

РУКОВОДСТВО ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ



РУКОВОДСТВО ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

**(включая особенности помощи при туберкулезе,
ВИЧ-инфекции и в педиатрии)**

КИШИНЭУ-2017

АВТОРЫ:

Андрей БРАДУ, врач, доцент, Медико-социальный благотворительный фонд «Angelus Moldova»

Валериан ИСАК, врач, директор, Национальная ассоциация паллиативной помощи, внештатный старший специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения

Орнелия ЧОБАНУ, врач-педиатр, Медико-социальный благотворительный фонд «Angelus Moldova»

Светлана ПОПОВИЧ, врач координатор антиретровирусной терапии, ПМСУ Больница дерматологии и коммуникабельных болезней, член рабочей группы по лечению ВИЧ-инфекции при Национальном координационном совете по ВИЧ/ТБ

София АЛЕКСАНДРУ, заместитель директора по лечебной работе, Институт фтизиопульмонологии им. К. Драганюка

ОГЛАВЛЕНИЕ

Раздел 1

Основная информация о паллиативной помощи	13
1.1. Роль паллиативной помощи в уходе за пациентами	15
1.2. Общие принципы оказания паллиативной помощи.....	16
1.3. Типы паллиативной помощи	17
1.4. Учреждения и персонал, оказывающие паллиативную помощь	18
1.5. Получатели паллиативной помощи	19
1.6. Нормативные документы в сфере паллиативной помощи в Республике Молдова.....	20

Раздел 2

Диагностика и лечение боли	21
2.1. Определение боли	23
2.2. Диагностика боли	23
2.3. Боль при ВИЧ/СПИДе.....	24
2.4. Облегчение и лечение боли	25
2.4.1 Общие правила применения обезболивающих препаратов.	25
2.4.2. Лечение обезболивающими препаратами в зависимости от интенсивности боли.	26
2.4.3. Рекомендации для пациентов, их родственников и сиделок по применению обезболивающих препаратов:.....	27
2.4.4. Побочные эффекты при приеме опиоидных препаратов.....	27
2.4.5. Мифы о лечении опиоидными препаратами.	31
2.4.6. Применение опиоидов при почечной и печеночной недостаточности.....	34
2.4.7. Адьювантные средства в лечении хронической боли	36
2.4.8. Нефармакологические методы лечения боли	37
2.4.9. Автоматический шприц-пистолет для лечения хронической боли	37
2.4.10. Нервные блокады для лечения острой и хронической боли	39
2.5. Специфическая боль и ее лечение	41
2.5.1. Боль в костях	41
2.5.2. Боль в брюшной полости	41
2.5.3. Боль в заднем проходе.....	42
2.5.4. Нейропатическая боль.....	42
2.5.5. Мышечные судороги	43
2.5.6. Обострение боли на фоне медикаментозного лечения (болезненный приступ).....	43

Раздел 3

Симптоматическое лечение 45

3.1. Рекомендации по проведению комплексной оценки для установления диагноза и назначения соответствующего лечения.....	47
3.2. Уход и лечение при пищеварительных симптомах.....	47
3.2.1. Галитоз (неприятный запах изо рта).....	47
3.2.2. Ксеростомия (сухость во рту)	48
3.2.3. Стоматит	50
3.2.4. Кандидоз полости рта.....	52
3.2.5. Дисгевзия (расстройство вкуса)	53
3.2.6. Тошнота и рвота.....	54
3.2.7. Непроходимость кишечника.....	57
3.2.8. Анорексия.....	59
3.2.9. Диарея	60
3.2.10. Запор	61
3.2.11. Стома.....	63
3.2.12. Свищ	65
3.2.13. Асцит	66
3.3. Респираторные симптомы.....	67
3.3.1. Диспноэ (одышка)	67
3.3.2. Кашель	70
3.3.3. Икота.....	72
3.4. Уход и лечение при неврологических симптомах.....	74
3.4.1. Повышенное внутричерепное давление	74
3.4.2. Судороги	75
3.4.3. Компрессия спинного мозга	76
3.5. Уход и лечение при психических/психологических симптомах	77
3.5.1. Депрессия.....	77
3.5.2. Тревожное расстройство	81
3.5.3. Бессонница.....	83
3.5.4. Сонливость.....	84
3.5.5. Слабоумие	85
3.5.6. Делирий.....	85
3.5.7. Терминальное возбуждение	88
3.5.8. Слабость/усталость	89
3.6. Гематологические симптомы	90
3.6.1. Геморрагия	90
3.6.2. Рвота кровью (гематемезис), дегтеобразный стул (мелена), вагинальное кровотечение.....	91
3.6.3. Гемоптизис (кровохарканье)	92
3.6.4. Анемия.....	93

3.6.5. Кровотечение	94
3.6.6. Гиперкальциемия	95
3.7. Уход и лечение при кожных симптомах	96
3.7.1. Кожные высыпания.....	96
3.7.2. Пролежни.....	98
3.7.3. Лимфедема.....	99

Раздел 4

Особенности паллиативной помощи больным туберкулезом	101
4.1. Роль паллиативной помощи в контроле над ТБ.....	103
4.2. Клиническая паллиативная помощь больным ТБ.....	104
4.2.1. Боль	105
4.2.2. Тошнота и рвота.....	105
4.2.3. Нарушение глотания и кашель.....	106
4.2.4. Наркотические препараты и побочные эффекты	106
4.2.5. Ночное потоотделение	106
4.2.6. Поддерживающее питание:.....	106
4.2.7. Здоровье семьи и опекунов.....	106
4.3. Инфекционный контроль	107
4.4. Гигиена кашля	109
4.5. Поведение родных и близких при оказании паллиативной помощи больному ТБ.....	109

Раздел 5

Особенности паллиативной помощи детям	111
5.1. Основные принципы предоставления педиатрической паллиативной помощи	113
5.2. Значение и роль педиатрической паллиативной помощи	113
5.3. Сходства и различия между паллиативной помощью детям и взрослым	114
5.4. Критерии отбора пациентов-детей для предоставления паллиативной помощи	115
5.5. Боль	116
5.5.1. Оценка боли у детей.	117
5.5.2. Медикаментозное лечение боли.	123
5.6. Симптоматическое лечение	129
5.6.1. Диспноэ.....	129
5.6.2. Кашель.....	130
5.6.3. Икота.....	131
5.6.4. Рвота и тошнота.....	132

5.6.5. Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР).....	133
5.6.6. Запор.....	136
5.6.7. Диарея	138
5.6.8. Зуд	141
5.6.9. Задержка мочи	143
5.6.10. Судороги.....	143
5.6.11. Бред и терминальное беспокойство	144
5.6.12. Анорексия	144
5.6.13. Тревога	145
5.6.14. Трахеостомия.....	145
5.6.15. Гастростомия	145

Раздел 6

Психологическая поддержка пациентов и их семей.

Помощь в последних стадиях болезни и после смерти пациента 147

6.1. Психологическая поддержка	149
6.1.1. Проведение психоэмоциональной оценки требует учета следующих факторов:	149
6.1.2. Сообщение печальных новостей	150
6.1.3. Духовная поддержка как часть психологической поддержки.....	154
6.2. Учет культурных особенностей при оказании паллиативной помощи	155
6.3. Уход за умирающим	156
6.3.1. Подготовка к уходу из жизни:	156
6.3.2. Участие:	157
6.3.3. Обеспечение комфорта пациенту:	159
6.4. Поддержка родственников пациента после его смерти.....	160
6.4.1. Этапы страданий, переживаемых человеком в случае тяжелой потери, описаны в специальной литературе.....	160
6.4.2. Незрешенные (неестественные) страдания.....	160

СПИСОК ТАБЛИЦ

Таблица 2.1. Назначение обезболивающих препаратов в зависимости от интенсивности боли.....	27
Таблица 2.2. Рекомендации по лечению побочных эффектов опиоидных препаратов	30
Таблица 2.3. Рекомендации по применению опиоидов у пациентов с почечной и печеночной недостаточностью	35
Таблица 2.4. Препараты, используемые для адъювантной терапии боли	36
Таблица 2.5. Препараты, которые могут быть введены при помощи автоматического шприца-пистолета.....	38
Таблица 3.1. Рекомендации по назначению препаратов для устранения тошноты и рвоты.....	56
Таблица 3.2. Фармакологическая характеристика препаратов, назначаемых при тошноте и рвоте, и рекомендуемые дозы	57
Таблица 3.3. Помощь при диарее и связанных с ней состояниях.....	62
Таблица 3.4. Терапия при депрессии и при депрессивных симптомах.....	79
Таблица 3.5. Терапия тревожных расстройств.....	82
Таблица 3.6. Терапия при слабоумии	87
Таблица 5.1. Инструменты для измерения интенсивности боли у детей.....	124
Таблица 5.2. Применение НПВП для контроля боли у детей	125
Таблица 5.3. Количество РПР, которое необходимо принимать в течение 4 часов, в зависимости от возраста и веса тела.....	140
Таблица 6.1. Основные изменения в состоянии пациентов, находящихся при смерти	158
Таблица 6.2. Рекомендации для членов семьи и других лиц, осуществляющих уход за пациентом, при появлении любых изменений, связанных с уходом из жизни	159

СПИСОК РИСУНКОВ

Рис. 2.1. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ).....	26
Рис 2.2. Шкала оценки боли ВОЗ и лечение обезболивающими препаратами в зависимости от интенсивности боли	26
Рис. 3.1. Механизмы возникновения тошноты и рвоты	55
Рис. 5.1. Шкала OUCHER.....	118
Рис. 5.2. Шкала с символическими образами (лицевая шкала, пересмотренная)	119
Рис. 5.3. Шкала изображения боли, пересмотренная, или шкала с символическими образами, пересмотренная (ШСО-П)	120
Рис. 5.4. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ).....	120
Рис. 5.5. Шкала числовой оценки боли	121

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Рекомендации по применению кортикостероидов при паллиативной помощи	165
Приложение 2. Меры предосторожности при уходе на дому за пациентом с ВИЧ/СПИДом и помощь при случайном контакте с ВИЧ	170
Приложение 3. Взаимодействие АРВ препаратов с другими лекарственными средствами.....	173
Приложение 4. Наиболее распространенные побочные эффекты АРВ препаратов	175
Приложение 5. Взаимодействие между антидепрессантами и антиретровирусными препаратами.....	176
Приложение 6. Терапия побочных эффектов препаратов, применяющихся при лечении туберкулеза с лекарственной устойчивостью (ЛУ-ТБ)	177
Приложение 7. Фармакологическая терапия побочных эффектов препаратов, применяемых при лечении ЛУ-ТБ.....	185
Приложение 8. Инструкция по правильному использованию маски для защиты органов дыхания	187
Приложение 9. Препараты, назначаемые при паллиативном уходе за детьми (краткий фармацевтический справочник)	189
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	216

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

АППП	Ассоциация педиатрической паллиативной помощи
АРВ	Антиретровирусный
АРВТ	Антиретровирусная терапия
АД	Артериальное давление
ВАШ	Визуальная аналоговая шкала
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
в/в	Внутривенно
в/м	Внутримышечно
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГАМК	Гамма-аминомасляная кислота
ГКС	Глюкокортикостероиды
ГЭР	Гастроэзофагеальный рефлюкс
ДВС	Синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания
ЖК	Желудочно-кишечный
ИВБДВ	Интегрированное ведение болезней детского возраста
ИП	Ингибитор протеаз
ИПП	Ингибиторы протонной помпы
КПП	Когнитивно-поведенческая психотерапия
ЛУ-ТБ	Лекарственно-устойчивый туберкулез
МЛУ-ТБ	Туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью
НПВП	Нестероидные противовоспалительные препараты
НИОТ	Ненуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы
НПВ	Непрерывное подкожное вливание
НШ	Нумерическая шкала
НО ₂	Насыщение кислородом
ОНМК	Острое нарушение мозгового кровообращения, инсульт
ОПСВ	Определение пиковой скорости выдоха
ОРДС	Острый респираторный дистресс-синдром
ПВД	Повышенное внутричерепное давление
ПИН	Потребители инъекционных наркотиков
п/к	Подкожно
ПТГ	Паратиреоидный гормон
ПШСИ	Пересмотренная шкала с символическими изображениями
РМ	Республика Молдова
РПР	Раствор для пероральной регидратации
СВР	Синдром системной воспалительной реакции
СИОЗС	Селективный ингибитор обратного захвата серотонина
ТБ	Туберкулез
ТЭЛА	Тромбоэмболия легочной артерии
ХОБЛ	Хроническая обструктивная болезнь легких
ЦНС	Центральная нервная система
ЧЭГ	Чрескожная эндоскопическая гастростома
ШЛУ-ТБ	Туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью
ЭКГ	Электрокардиограмма
ЯМР	Ядерный магнитный резонанс
AVC	Инсульт
Hb	Гемоглобин
H2Ras	Блокаторы H2-гистаминовых рецепторов

ВВЕДЕНИЕ

Руководство по паллиативной помощи было разработано в соответствии с потребностями специалистов в области паллиативного ухода, оказывающих помощь пациентам, которые перестали отвечать на терапию. В частности, оно предназначено медперсоналу центров семейной медицины, центров лечения и ухода на дому, территориальных медицинских учреждений, отделений паллиативного лечения, а также специалистам по внутренним болезням, педиатрам и т.д.

Кроме того, руководство может оказаться полезным медсестрам и сиделкам, оказывающим паллиативную помощь, поскольку предоставляет подробную информацию, связанную с осуществлением ухода за пациентами и симптоматического лечения. Пациенты, находящиеся на паллиативном лечении, и члены их семей также могут в случае необходимости обращаться к данному руководству.

Авторы руководства постарались сделать его практичным и простым в использовании. Руководство состоит из 6 разделов и 9 приложений.

В разделе 1 представлены основные сведения о паллиативной помощи, ее принципах и типах, о том, кто и где оказывает паллиативную помощь, кто является ее получателем, а также информацию о нормативных документах, регламентирующих организацию и предоставление паллиативной помощи в Республике Молдова.

В разделе 2 идет речь о диагностике и лечении боли, представлена обширная информация, связанная с применением опиоидных препаратов.

Раздел 3 посвящен симптоматическому лечению и включает информацию об уходе и лечении при пищеварительных, респираторных, неврологических, психических/психологических, гематологических и кожных симптомах.

В разделе 4 представлена информация об особенностях оказания паллиативной помощи больным ТБ, включая меры инфекционного контроля.

В разделе 5 рассказывается о паллиативной помощи детям. Большое внимание уделено методам оценки и лечения боли, а также симптоматическому лечению.

Раздел 6 посвящен таким сложным проблемам как психологическая поддержка пациентов и их близких, а также уходу за пациентами в терминальной стадии и поддержке семей в случае утраты близких.

В приложениях можно найти различные рекомендации, дополняющие отдельные разделы, а также фармацевтический справочник препаратов, используемых при паллиативной помощи детям.

Авторы надеются, что данное руководство, разработанное с учетом современных стандартов и рекомендаций, даст возможность медработникам получить необходимые и современные знания о симптоматической терапии, что, в конечном счете, позволит повысить качество паллиативной помощи пациентам.

Мнения, изложенные в настоящем руководстве, не обязательно представляют мнение спонсора. Частичное или полное воспроизведение руководства разрешается только с письменного согласия авторов.

Руководство было разработано и опубликовано в рамках проекта «Повышение роли пациентов и общества при лечении туберкулеза в Молдове» (финансирование - Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией, основной реципиент – Центр политики и исследований в здравоохранении).

Основная информация о паллиативной помощи

Паллиативная помощь представляет собой активную и комплексную поддержку пациентов, не отвечающих на лечение. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), паллиативная помощь – это «деятельность, направленная на улучшение качества жизни пациентов и их семей посредством



предотвращения и облегчения страданий, раннего выявления болезни, правильной оценки и лечения симптомов, равно как и решения физических, психологических, социальных и духовных проблем».

1.1. Роль паллиативной помощи в уходе за пациентами

Паллиативная помощь не приближает и не отсрочивает смерть, а помогает принять ее как естественный процесс и придает ценность жизни. Цель паллиативной помощи - максимально улучшить оставшуюся жизнь. Будучи действенным и сравнительно недорогим способом облегчить человеку страдания, паллиативная помощь не ограничивается предсмертным уходом. Доказано, что раннее начало симптоматического лечения улучшает качество жизни пациентов и уменьшает необходимость сложного и агрессивного лечения.

Таким образом, паллиативную помощь все чаще называют важной частью процесса ухода за пациентами, как при раке, так и при других заболеваниях, например при инфицировании вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и туберкулезе (ТБ). В странах с высоким уровнем заболеваемости ВИЧ-инфекцией ВОЗ не рекомендует создавать отдельные структуры для оказания паллиативной помощи ВИЧ-инфицированным людям. Главная особенность лечения ВИЧ-инфекции заключается в том, что АРВ-терапию не стоит прекращать, пока существует возможность ухода за пациентом. В то же время, при оказании паллиативной помощи следует учитывать взаимодействие АРВ-препаратов с лекарствами, назначаемыми для облегчения симптомов и болей у пациента. Все меры, направленные на облегчение страданий, вызванных болезнью, следует начинать в момент установления диагноза и продолжать независимо от успеха лечения.

Паллиативная помощь также является важной и неотъемлемой составляющей ухода за пациентами — взрослыми и детьми, — страдающими туберкулезом с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и туберкулезом с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ). В этом случае паллиативная помощь должна стать частью симптоматической терапии с момента диагностирования МЛУ-ТБ или ШЛУ-ТБ вплоть до излечения либо смерти пациента.

Паллиативная помощь:

- представляет собой полноценную и активную поддержку пациентов и их семей в условиях, когда болезнь уже не поддается назначенному лечению, даже если оно было начато своевременно;
- помогает облегчить боль и другие симптомы;
- призвана максимально улучшить качество жизни пациентов и их семей;
- соответствует физическим, психологическим, социальным и духовным потребностям человека;
- продолжается по мере необходимости при жизни пациента, а также после его смерти для оказания поддержки его родным.

1.2. Общие принципы оказания паллиативной помощи

Паллиативная помощь предусматривает:

- контроль симптомов заболевания;
- психологическую, духовную и эмоциональную поддержку;
- поддержку семьи;
- поддержку родных в горе.

Цели и задачи паллиативной помощи в соответствии с рекомендациями ВОЗ:

- облегчать боль и другие причиняющие страдания симптомы;
- давать жизнеутверждающий настрой и помогать осознать смерть как естественный процесс, при этом ни приближая, ни отсрочивая ее;
- оказывать психосоциальную и духовную помощь пациентам;
- создать систему поддержки, позволяющую пациенту вести как можно более привычный образ жизни;
- обеспечить поддержку членам семьи в борьбе с трудностями, связанными с болезнью близкого человека, а также после его смерти;
- использовать комплексный подход для удовлетворения всех потребностей пациентов и их родственников, в том числе в рамках услуги «bereavement» (поддержка при необходимости лиц, утративших близкого);
- повышать качество жизни пациентов, что может благотворно повлиять на течение болезни.

Паллиативная помощь применяется и на ранних стадиях заболевания в сочетании с другими видами терапии, предназначенными для продления жизни пациента, такими как химиотерапия или радиотерапия, и включает проведение исследований, помогающих лучше понять клинические осложнения и справиться с ними. Оказанием паллиативной помощи занимается многопрофильная группа, что позволяет удовлетворить разнообразные потребности пациента и его родных. Члены многопрофильной группы — врач, помощник врача, социальный работник, медсестра (сиделка), психолог, священник, физиотерапевт, эрготерапевт, игротерапевт, диетолог, фармацевт и волонтер — взаимодействуют с пациентом и членами его семьи, а также друг с другом, в зависимости от сложности случая или течения болезни.

1.3. Типы паллиативной помощи

Клиническая помощь (лечение) предоставляется медицинским персоналом.

Лечение при отсутствии симптомов предназначено людям без специфических проявлений болезни.

Этот тип вмешательства предусматривает систематический контроль и клиническую оценку, включая определение оптимального времени для начала специального лечения; меры профилактики туберкулеза и прочих условно-патогенных инфекций; консультирование по вопросам питания и оценка режима питания; разъяснение принципов личной и бытовой гигиены; анализ психологических проблем; предоставление дополнительных рекомендаций по основному уходу.

Симптоматическое лечение предназначено людям с определенными клиническими проявлениями.

Этот тип вмешательства предусматривает лечебные мероприятия при отсутствии симптомов вместе с лечением, направленным на устранение самих симптомов.

Помощь в последних стадиях болезни и после смерти пациента предназначена как пациенту, так и его семье.

Поддержка в терминальной стадии является неотъемлемой частью паллиативной помощи и предполагает уход за пациентами, смерть которых неизбежна и может наступить в течение нескольких часов или дней. Сюда входит лечение симптомов и боли, а также личный уход за пациентом.

После смерти пациента его родные также могут получить поддержку и консультацию. В услуги, оказываемые людям в горе, входят: оказание поддержки после смерти пациента; проведение индивидуальных и семейных бесед; переписка/ телефонные звонки; посещение скорбящих семей; духовная поддержка; налаживание связей с другими общественными источниками поддержки. Эти услуги оказывают члены многопрофильной группы и волонтеры, прошедшие специальную подготовку и сотрудничающие с медперсоналом и социальными работниками.

Психологическая поддержка пациентов и их семей. Этот тип вмешательства предусматривает анализ душевного и умственного состояния пациента, беседы с родными и друзьями; оказание психологической помощи пациенту и его семье; создание групп поддержки; сохранение конфиденциальности; поддержку родных после смерти пациента; разработку и осуществление программ психологической поддержки; лечение психологических состояний, таких как депрессия, тревога, суицидальные наклонности и т.д.

Беседы проводит каждый член многопрофильной группы. В случае сложных психологических проблем человека направляют к специалистам в соответствующей области.

Духовная/религиозная поддержка предоставляется в критические моменты. Этот тип вмешательства включает беседы, молитвы, специальные религиозные ритуалы и службы, активное слушание, медитации, участие в похоронах. В этом случае характер помощи зависит от вероисповедания, культуры и традиций конкретного человека или группы. Духовную/религиозную поддержку оказывают служители церкви или представители религиозных групп.

Социальная поддержка предусматривает: психосоциальную оценку; участие в составлении и реализации плана помощи; взаимодействие с другими службами; образование, защиту прав пациента и/или его родных; содействие в организации похорон; поддержку членов семьи в горе; участие в отборе волонтеров; пропаганду паллиативной помощи; надзор, исследование, борьбу с психосоциальной дискриминацией; оказание юридических услуг, включая нотариальное оформление документов (свидетельств о праве наследования и т.д.); помощь в лечении на дому.

1.4. Учреждения и персонал, оказывающие паллиативную помощь

Отделения с койками для паллиативного ухода/хосписы. Для паллиативного ухода за пациентами организуют отделения со специальными койками. В Республике Молдова такие отделения находятся в государственных и частных медико-санитарных учреждениях. Специализированные многопрофильные группы, работающие в таких отделениях, проходят специальную подготовку по поддержке пациентов и семей с комплексными потребностями в физической, психологической, социальной и/или духовной помощи.

Больничные мобильные бригады паллиативной помощи. Мобильные бригады, специализирующиеся в оказании паллиативной помощи, выполняют консультативную и вспомогательную функцию в больнице, в то время как лечение пациента остается обязанностью лечащего врача, который может обращаться за консультацией к специалистам в области паллиативной помощи. В Республике Молдова такая функциональная бригада действует в Институте онкологии.

Группы оказания паллиативной помощи на дому. Специализированная группа паллиативной помощи посещает пациентов по месту их проживания (дома, в общежитии, в учреждении интернатного типа, в пенитенциарном учреждении) для оказания им услуг. На непродолжительное время пациенты могут быть помещены в отделение с койками для паллиативного ухода с целью комплексного лечения возникших состояний или предоставления передышки семье больного.

Консультационные кабинеты по оказанию паллиативной помощи в амбулаторных условиях. Такие кабинеты, как правило, организуют в

больницах, где лежат пациенты с острыми состояниями, а консультации проводит группа специалистов больницы для ходячих пациентов, проходящих лечение в амбулаторных условиях.

1.5. Получатели паллиативной помощи

Паллиативная помощь оказывается пациентам любого возраста, страдающим от хронических заболеваний в поздних стадиях и других заболеваний с неблагоприятным прогнозом, для которых характерны устойчивые симптомы, сильные психоэмоциональные или духовные страдания и/или определенная степень зависимости.

Получателями паллиативной помощи являются пациент и его семья. Согласно действующим нормативным актам, в Республике Молдова паллиативная помощь оказывают пациентам, чья продолжительность жизни, по оценкам врачей-специалистов, составляет менее 12 месяцев (кроме больных ВИЧ/СПИДом, ТБ и детей), в тех случаях, когда:

- лечение является неэффективным;
- наблюдаются стойкие клинические проявления;
- у пациента имеются психологические, социальные и духовные потребности в помощи;
- пациент отличается определенной степенью зависимости.

Тщательная первоначальная оценка, а также, при необходимости, повторная оценка совершенно необходимы для успешного лечения симптомов. Облегчение страдания — этическая необходимость и естественное право пациента.

Критерии для оказания паллиативной помощи периодически пересматриваются, однако ограниченные финансовые возможности пока не позволяют расширить список лиц, которые могут ею воспользоваться.

На паллиативную помощь имеют право:

- дети и взрослые с врожденными заболеваниями или пороками, при которых требуется лечение для поддержания жизни или долгосрочный уход для осуществления повседневной деятельности;
- люди любого возраста с острым заболеванием, представляющим угрозу для жизни (тяжелые травмы, острая лейкемия, инсульт и др.), если данное состояние поддается лечению, но при этом сама болезнь или назначенное лечение причиняют сильные страдания;
- люди, страдающие от прогрессирующих хронических заболеваний (заболевание периферических артерий, рак, почечная или печеночная

недостаточность, тяжелое функциональное нарушение вследствие инсульта, болезнь сердца или легких в тяжелой форме, возрастное ухудшение состояния, нейродегенеративные расстройства и слабоумие);

- люди в терминальной стадии болезни;
- люди, страдающие от хронических заболеваний в результате несчастного случая или тяжелой травмы, ограничивающей возможности человека;
- больные ТБ, ВИЧ-инфицированные.

1.6. Нормативные документы в сфере паллиативной помощи в Республике Молдова

Предоставление паллиативной помощи в Республике Молдова регламентируется следующими документами:

- Национальная политика здравоохранения, утвержденная постановлением Правительства № 886 от 06.08.2007, глава XIV, в которой прямо или косвенно говорится о паллиативной помощи;
- Закон № 382-XIV от 06.05.1999 «Об обороте наркотических, психотропных веществ и прекурсоров» с поправками от 27.11.08 и 14.05.10 (в рецепте на лекарства врач указывает количество опиоидных препаратов, необходимых для курса лечения продолжительностью до 30 дней);
- Приказ Министерства здравоохранения Республики Молдова (МЗ) № 162 от 23.04.2007 «Об утверждении регламента и списка основных лекарств», измененный приказом МЗ № 144 от 28.02. 2011;
- Типовой договор Национальной компании медицинского страхования;
- Приказ МЗ № 234 от 09.06.2008 «О развитии услуг паллиативной помощи в Республике Молдова»;
- Приказ МЗ № 154 от 01.06.2009 «Об организации услуг паллиативной помощи»;
- Приказ МЗ № 884 от 30.12.2010 «Об утверждении Национального стандарта паллиативной помощи»;
- Приказ МЗ № 960 от 01.10.2012 «О порядке назначения и отпуска лекарств»;
- Приказ МЗ № 187 от 29.02.2012 «Об утверждении инструкции по назначению морфина перорального применения»;
- Приказ МЗ № 1022 от 30.12.2015 «Об организации услуг паллиативной помощи».

Диагностика и лечение боли

Паллиативная помощь изменила взгляд на боль и побудила врачебный мир принять ответственность за то, чтобы помочь пациенту прожить остаток жизни с достоинством и комфортом.



2.1. Определение боли

Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения. Боль всегда субъективна. Боль может быть острой или хронической. Острая и хроническая боль отличаются физическим и физиологическим проявлением и требуют разных подходов к лечению. Острая боль обычно возникает вследствие повреждения (травмы).

Хроническая боль, как правило, продолжается сверх нормального периода заживления тканей, является результатом хронического патологического процесса и может усиливаться. Сложно провести границу между острой и хронической болью. Боль при раке считается хронической, если превышает период времени, необходимый для выздоровления, и продолжается дольше 2 недель.

По словам большинства пациентов, страдавших от болей, врачи общего профиля не всегда могли помочь справиться с ними.

2.2. Диагностика боли

Точное диагностирование причин, вызывающих боль, важно для правильного назначения лечения. Существует целый ряд факторов, провоцирующих боль определенного типа. Кроме того, следует постоянно учитывать физические, психологические, социальные и духовные факторы. Болезнь не всегда является первопричиной появления боли.

Причины боли:

Физические:

- ноцицептивная боль, возникающая при соматических поражениях, поражениях внутренних органов или костей;
- нейропатическая боль, возникающая при поражениях нервных волокон.

Нефизические:

- злость, беспокойство, страх, грусть, бессилие;
- духовные и социальные факторы.

Оценка боли. Пациент должен самостоятельно описать тип испытываемой боли. Для этого необходимо задать ему следующие вопросы и уточнить:

Что и как у вас болит?

- характер боли (жгучая, режущая, рассеянная и т.д.);
- интенсивность боли (незначительная, средняя, сильная, невыносимая);
- влияние боли на распорядок дня и сон.

Что вызывает боль?

- болезнь, непосредственно связанная с проникновением, давлением и т.д.;
- лечение (например, лечение запора);
- рана, мышечный спазм;
- сопутствующая патология.

При проведении оценки следует учитывать и уточнять и другие факторы, вызывающие боль, - психологические, духовные, социальные.

2.3. Боль при ВИЧ/СПИДе

Около 25% ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом в бессимптомной стадии испытывают боль, у 40-50% таких лиц, получающих амбулаторное лечение, и у 80% стационарных пациентов боль может быть острой и преходящей или хронической и постоянной. Типы и причины боли у ВИЧ-инфицированных:

- **Боль, связанная с ВИЧ/СПИДом:**
 - нейропатия;
 - миелопатия;
 - саркома Капоши;
 - вторичные инфекции;
 - артрит/васкулит;
 - миопатия/миозит.
- **Боль, вызванная лечением:**
 - антиретровирусные, противовирусные препараты;
 - противотуберкулезные препараты, средства для профилактики пневмоцистной пневмонии;
 - химиотерапевтические средства;
 - радиотерапевтические средства;
 - хирургическое вмешательство;
 - диагностические и лечебные процедуры (бронхоскопия, биопсия и т.д.).
- **Боль, не связанная с ВИЧ/СПИДом:**
 - заболевания позвоночника;
 - диабетическая нейропатия.
- **Боль, вызываемая другими причинами**

Основные причины боли у ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом по локализации:

Боль в ротовой полости и глотке – кандидоз, вирусные инфекции (простой герпес, цитомегаловирус, вирус Варицелла-Зостер и т.п.), афтозный стоматит, злокачественные образования, гингивит, периодонтит и т.п.

Загрудинная боль – кандидоз пищевода, вирусные инфекции (простой герпес, цитомегаловирус, вирус Варицелла-Зостер и т.п.), язва пищевода, рефлюкс-эзофагит, пневмоцистная пневмония.

Головная боль – токсоплазмоз, криптококковый менингит, лимфома головного мозга.

Боль в животе – диарея (инфекционного или неинфекционного происхождения), первичный склерозирующий холангит, злокачественные образования (саркома Капоши, лимфома и т.п.), побочное действие лекарств (лактацидоз и т.п.), запор.

Перианальная боль – простой герпес, кандидоз, раздражение кожи, вызванное диареей.

2.4. Облегчение и лечение боли

В большинстве случаев пациенты страдают от хронических болей, облегчение и лечение которых является одной из важнейших задач паллиативной помощи. При любых типах боли необходимы обезболивающие препараты, но наряду с ними рекомендуется рассматривать и адъювантные средства, помогающие при некоторых типах боли.

2.4.1. Общие правила применения обезболивающих препаратов.

Согласно рекомендациям ВОЗ:

- **обезболивающие препараты следует принимать регулярно, в зависимости от продолжительности действия — по часам;**
- схема лечения подбирается с учетом режима сна, чтобы пациенту не приходилось просыпаться для приема очередной дозы обезболивающего;
- обезболивающие препараты назначаются перорально или ректально (при отсутствии в анамнезе пациента случаев проктита, ректальных абсцессов и других противопоказаний), а в случае сильной боли — внутримышечно, хотя сами инъекции тоже могут сопровождаться болью. При необходимости и возможности сильные обезболивающие следует назначать внутривенно или подкожно, особенно в условиях стационара или на дому;

- применяемое обезболивающее средство должно быть адекватно степени болезненных ощущений;
- при использовании обезболивающих препаратов пациентам назначают слабительное;
- кроме обезболивающих препаратов необходимо рассматривать и другие способы лечения хронической боли.

2.4.2. Лечение обезболивающими препаратами в зависимости от интенсивности боли.

Для оценки интенсивности боли ВОЗ рекомендует использовать шкалу от 0 до 10, где 1 — это незначительная боль, а 10 — невыносимая боль.

Рис. 2.1. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)



ВОЗ предлагает оценивать боль по ее интенсивности при помощи ВАШ и использовать трехступенчатую схему лечения рекомендуемыми препаратами (рис. 2.2, табл. 2.1).

Рис 2.2. Шкала оценки боли ВОЗ и лечение обезболивающими препаратами в зависимости от интенсивности боли

1-я ступень		2-я ступень		3-я ступень	
Легкая боль		Умеренная боль		Сильная боль	
< 4 по ВАШ		4–6 по ВАШ		> 7–10 по ВАШ	
неопиоидные средства		Слабые опиоиды		Сильные опиоиды	
		± неопиоиды		± неопиоиды	

± Адьювантные средства

Не обладают болеутоляющим действием, однако в сочетании с обезболивающими препаратами усиливают действие последних

± Специальная терапия

Лучевая терапия, химиотерапия, хирургическое вмешательство или паллиативная помощь

± Решение психологических и духовных проблем

Таблица 2.1

Назначение обезболивающих препаратов в зависимости от интенсивности боли

Интенсивность боли	Препараты
1-я ступень (легкая боль, < 4 по ВАШ)	<p>Неопиоидные обезболивающие препараты:</p> <ul style="list-style-type: none"> • парацетамол перорально или ректально (максимальная суточная доза - 4-6 г); • ибупрофен – 200-400 мг каждые 6 часов. Максимальная суточная доза — 2,4 г; • ацетилсалициловая кислота (аспирин) – 325-500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов. <p>Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП):</p> <ul style="list-style-type: none"> • ибупрофен (200-400 мг, не более 2,4 г в сутки). Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови; • диклофенак (100–150 мг/сутки). <p>Примечание. При назначении НПВП необходимо сопоставлять риски и пользу. При почечной недостаточности необходимо снизить дозу НПВП на 30-50%. Следует помнить, что НПВП относительно противопоказаны пациентам с сердечной недостаточностью. НПВП назначают вместе с препаратами для защиты слизистой оболочки желудка (омепразол, ранитидин).</p>
2-я ступень (умеренная боль, 4–6 по ВАШ)	<p>Слабые опиоиды:</p> <ul style="list-style-type: none"> • кодеин - начальная дозировка 30 мг каждые 6 часов. Максимальная суточная доза – 240-320 мг; • трамадол - капсулы 50 мг, 100 мг; раствор для инъекций 50 мг/мл - 2 мл; суппозитории 100 мг; таблетки пролонгированного действия 100 мг, 150 мг. Максимальная суточная доза — 600 мг. Лечение обычно начинается с приема пероральных форм: 50 мг каждые 6 часов. Целесообразно также применять трамадол при болях с нейропатическим компонентом.
3-я ступень (сильная боль > 7–10 по ВАШ)	<p>Сильные опиоиды:</p> <ul style="list-style-type: none"> • морфин - раствор 10 мг/мл, таблетки 10 мг, 15 мг, 20 мг, 30 мг, 50 мг, 60 мг; раствор для перорального применения 2 мг/мл; питьевой раствор 20 мг/мл; • фентанил - раствор 0,05 %/мл; трансдермальный пластырь 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч, 100 мкг/ч; • тримеперидин - раствор 2% , 1 мл. Не назначается при хронических болях, поскольку в больших дозах токсичен, а время действия составляет всего 2-4 часа. • омнопон - раствор 2% 1 мл. Не назначается при хронических болях, поскольку представляет собой многокомпонентный раствор и имеет ограничение по дозировке.

Примечания:

- Опиоидные обезболивающие входят в список лекарственных препаратов первой необходимости, рекомендованный ВОЗ и утвержденный приказом МЗ Республики Молдова № 305 от 07.09.09.
- **Оптимальным выбором при лечении хронических болей является морфин.** При правильной дозировке уровень риска минимален.
- В период приема морфина следует отказаться от управления транспортом и выполнения потенциально опасной работы, требующей концентрации внимания.
- Частым побочным действием приема опиоидов является запор. Обязателен прием слабительных препаратов.
- Обсуждается назначение метадона для лечения хронических болей. В настоящее время в Республике Молдова метадон применяется в заместительной терапии при опиоидной зависимости и также для лечения сильной хронической боли.
- Людям, принимающим наркотики внутривенно, опиоидные обезболивающие назначаются по аналогичной схеме, однако, как правило, в **больших** дозах. В случае заместительной терапии к ней добавляется наркотическое обезболивающее средство. Необходимо учитывать возможность злоупотребления кодеином и другими препаратами на основе морфина пациентами, принимающими наркотики внутривенно.
- Уменьшение дозы морфина зависит от длительности его применения. Если морфин вводили в течение короткого промежутка времени, следует немедленно прекратить его применение, либо резко уменьшить дозу. Если морфин вводили более 2 недель, дозу следует снижать постепенно и наблюдать за возникновением симптомов абстиненции.

2.4.3. Рекомендации для пациентов, их родственников и сиделок по применению обезболивающих препаратов:

- Помните о необходимости регулярного приема (по часам, каждые 4-6 часов).
- В случае приступов сильной боли требуется прием дополнительных доз.
- Регулярно пересматривайте схему дозировки.
- Учитывайте возможные побочные эффекты (запор, тошнота, рвота, угнетение дыхания).
- Разрушайте мифы о морфине.

2.4.4. Побочные эффекты при приеме опиоидных препаратов

- **Запор** - практически неизбежен. Для профилактики необходимо назначать слабительное.
- **Тошнота и/или рвота** - часто бывают при приеме опиоидов, особенно у тех, кто раньше не принимал такие препараты. Иногда тошнота проходит через неделю, однако может вернуться в случае увеличения дозировки.
- **Угнетение дыхания** - развивается редко, если доза морфина повышается постепенно.
- **Спутанность сознания** - как правило, развивается в начале лечения либо при увеличении дозы и длится несколько дней. Может также развиваться в терминальной стадии болезни у пациентов с почечной недостаточностью.
- **Сонливость** - длительный сон может свидетельствовать об истощении от боли. Повышенная сонливость возникает в начале приема препарата или при увеличении его дозы; обычно проходит максимум через 7 дней.
- **Галлюцинации** - могут возникать особенно при приеме больших доз.
- **Миоклония, судороги, конвульсии** – могут возникнуть при передозировке препаратов.
- **Гипералгезия** – обострение болевой чувствительности обычно возникает при передозировке препаратов.
- Другие проявления: **сухость во рту, зуд, потливость** (как правило, проходят).

Рекомендации по лечению побочных эффектов опиоидных препаратов даны в табл. 2.2.

Таблица 2.2

Рекомендации по лечению побочных эффектов опиоидных препаратов

Побочный эффект	Рекомендации по лечению
Запор	<ul style="list-style-type: none">• Увеличить в рационе количество жидкости и клетчатки, добавив фрукты, овощи и злаки• Наряду с опиоидами назначить размягчающие и смазочное слабительное (докузат 200-800 мг/сутки), а также препараты стимулирующие перистальтику кишечника (гликозиды сенны - Senna glycosides) - 2-4 таблетки по 7,5- 8,6 мг, 2 раза в сутки). Если улучшения нет, добавить лактолозу (10-20 мл 3 раза в сутки)• При отсутствии эффекта назначить бисакодил 5-15 мг в таблетках или ректальных свечах• Рекомендуется проводить профилактику запора одним или несколькими перечисленными выше средствами (если пациент не страдает хронической диареей)
Тошнота и/или рвота	Назначить противорвотное средство. Как правило, тошнота и рвота прекращаются через несколько дней; может потребоваться круглосуточный прием противорвотного средства. См. также раздел 3.2.6 «Тошнота и рвота»
Угнетение дыхания	<ul style="list-style-type: none">• Если частота дыхания составляет более 6-8 дыхательных движений в минуту, как правило, лечение не назначают• Если угнетение дыхания выраженное, следует отменить следующую дозу, затем сократить дозу наполовину• Могут быть также назначены антагонисты опиатных рецепторов: наллоксон, налтрексон, налмефен (не зарегистрирован в Республике Молдова)
Спутанность сознания	Следует сократить дозу наполовину и увеличить интервалы между приемами
Миоклония (если носит выраженный характер и возникает в течение дня), судороги, конвульсии	<ul style="list-style-type: none">• Если доза препарата велика, можно попытаться ее уменьшить, перейти на схему с чередованием доз или назначить 2 опиоидных анальгетика• Повторно оценить боль и лечение; при некоторых типах боли морфин является неэффективным• Пересмотреть дозировку и назначить миорелаксант, например, толперизон
Сонливость	Если повышенная сонливость сохраняется более 2 суток подряд, следует снизить дозировку на 30-50%
Галлюцинации	Следует назначить нейролептик, например, галоперидол
Гипералгезия	Следует снизить дозировку

2.4.5. Мифы о лечении опиоидными препаратами.

Морфиновая терапия до сих пор окутана множеством мифов. Тот факт, что морфин как лекарство долгое время находился под запретом и назначался только неизлечимо больным, особенно больным раком, привел к укоренившемуся убеждению, что морфин подходит только для лечения в терминальных стадиях болезни или в качестве общей анестезии, что у него много побочных эффектов и даже, что он приближает смерть. Необходимо отметить, что морфин, как и многие другие препараты, имеет очевидные преимущества и хорошо изученные побочные эффекты. Научный подход к применению морфина, основанный на международном медицинском опыте, позволяет купировать хроническую боль, особенно при онкологических заболеваниях, что делает его предпочтительным обезболивающим средством.

Благодаря медицинским исследованиям последних десятилетий, а также широкому применению препаратов на основе морфина, мнение о морфиновой терапии изменилось, однако ряд мифов продолжают циркулировать в обществе и лица, осуществляющие паллиативный уход, должны уметь аргументированно противостоять им.

Миф 1. Если потребовался морфин, значит, конец близок.

Необходимость введения опиоидов диктуется не стадией болезни, а уровнем боли. Морфин назначается тогда, когда он нужен. Начало опиоидной терапии не означает, что пациент находится в терминальной стадии болезни. Морфин не только облегчает боль, но и делает ситуацию более комфортной для пациента и его родных.

Прием морфина не приводит к смерти. Его можно использовать длительными курсами в течение многих лет, а при правильной дозировке можно вести привычный образ жизни.

Миф 2. Морфин вызывает угнетение дыхания.

Значительное угнетение дыхания маловероятно, не считая случаев, когда предрасположенность к этому состоянию вызвана и другими факторами. Исследования показали, что боль оказывает действие на дыхательные центры. Морфин назначают при одышке у больных раком легких в последней стадии.

Устойчивость к угнетению дыхания вырабатывается быстро. Угнетенному дыханию всегда предшествует сонливость, поэтому, заметив сонливость у пациента, можно вовремя принять меры. Постоянная оценка и правильная дозировка опиоидов снижает риск возникновения угнетенного дыхания. Правильнее утверждать, что передозировка морфина может привести к угнетению дыхания.

Миф 3. У пациентов, принимающих морфин, возникает зависимость (привыкание).

Риск привыкания к лекарствам у больных раком, страдающих от болей, ничтожен. Страх перед зависимостью является преувеличенным при грамотном назначении опиоидов для лечения боли. Привыкание, или психологическая зависимость означает прием опиоидов ради действия, которое они оказывают на психическое состояние. Исследования показали, что у больных раком не вырабатывается психологическая зависимость от опиоидных обезболивающих, не считая некоторых пациентов, у которых в прошлом были психические нарушения или лекарственная зависимость.

Важно подчеркнуть разницу между привыканием (психологической зависимостью) и физической зависимостью. Привыкание - это зависимость от определенного препарата с тенденцией к постоянному увеличению дозировки. Физическая зависимость представляет собой нормальную реакцию организма на резкое прекращение приема опиоида или прием антагониста. В результате возникает абстинентный синдром. Физическая зависимость вполне ожидаема при приеме опиоидов, равно как и стероидов. Абстинентного синдрома можно избежать при постепенном снижении дозировки препарата до полной его отмены.

Миф 4. При приеме опиоидов быстро развивается устойчивость к лекарству.

Устойчивость к принимаемым опиоидам возникает довольно медленно. Это не снижает их клинической пользы. Устойчивость - физиологическая реакция на хроническое лечение, выраженное в необходимости увеличивать дозировку для достижения того же эффекта. В то же время у людей, принимающих опиоиды внутривенно при отсутствии болей, устойчивость развивается быстро.

У больных раком потребность в приеме все больших доз препарата в целом связана с развитием болезни, а не с появлением устойчивости.

Страх перед возникновением устойчивости не оправдывает отказ от приема опиоидов вплоть до наступления терминальной стадии болезни. Устойчивость не является синонимом психологической зависимости.

Миф 5. Морфин оказывает неблагоприятное побочное действие.

Самыми частыми побочными эффектами опиоидов являются тошнота, рвота, сонливость и запор. Тошнота и рвота часто возникают в начале опиоидной терапии. Как правило, они незначительны и проходят через несколько дней.

После начала лечения опиоидами пациенты часто в течение нескольких дней испытывают сонливость. Как правило, организм вырабатывает устойчивость

к этому побочному действию, и пациенты могут вести активный образ жизни. В большинстве случаев небольшая сонливость не беспокоит пациента, если при этом он не испытывает боли. Седативный эффект большей частью вызывается другими препаратами - транквилизаторами или анксиолитиками, принимаемыми по какой-либо причине одновременно с опиоидами.

Устойчивость к запору не вырабатывается, поэтому с самого начала опиоидной терапии необходимо назначать слабительное.

Реакция на опиоидные обезболивающие всегда индивидуальна. Необходимая дозировка варьируется в широких пределах и должна корректироваться с учетом реакции организма. Не существует максимальных доз морфина, существуют только оптимальные дозы, то есть такие дозы, при которых достигается обезболивающий эффект при приемлемых побочных эффектах.

Миф 6. При сильных болях помогают только внутривенные инъекции.

Долгое время считалось, что морфин помогает только в случае внутривенного введения. Практика паллиативной помощи показала, что морфин и другие опиоиды обладают болеутоляющим действием и при пероральном приеме. Даже если пациент в больнице получает морфин в уколах (это наиболее распространенный способ лечения), после выписки он сможет перейти на морфин в таблетках. Кроме того, существуют препараты с пролонгированным действием, которые можно принимать раз в 12 часов или раз в 72 часа, что упрощает схему лечения и повышает эффективность терапии.

Миф 7. Ранний прием морфина истощает возможности борьбы с болью в терминальной стадии.

При усилении боли дозировка морфина увеличивается, при этом необходимо следить за побочными эффектами. Прием морфина в случае необходимости даже в ранних стадиях болезни не означает, что он будет неэффективен в терминальной стадии.

Миф 8. Если один опиоид не помогает, ни один из них не поможет.

Каждый пациент по-своему отвечает на определенное лекарство. Поэтому, если один опиоидный препарат не действует или оказывает тяжелое побочное действие, рекомендуется опробовать другие опиоиды.

Миф 9. Морфин вредит организму и ускоряет смертельный исход.

Как и любое лекарство, опиоиды обладают побочными эффектами, которые чаще всего проходят. Терапию начинают с малой дозировки, которая постепенно увеличивается до достижения обезболивающего эффекта. Опиоиды не воздействуют прямо на определенные органы. Их можно принимать годами

без риска ранней смерти, что было доказано продолжительным применением опиоидов при неонкологических хронических заболеваниях.

Исследование, проведенное Американским обществом по проблемам старения, доказало, что для пожилых людей опиоиды безопаснее, чем НПВП, и их побочные эффекты устраняются легче, чем побочные эффекты НПВП.

Миф 10. Если пациент находится без сознания или в терминальной стадии, рекомендуется снизить дозировку опиоидов.

Когда пациент уже не способен сообщить, испытывает ли он боль или нет, лучше исходить из предположения, что он ее испытывает, и продолжить регулярное применение препарата. Только в этом случае можно быть уверенным, что его смерть будет максимально безболезненной.

Миф 11. Опиоиды следует назначать только онкологическим больным.

Опиоиды можно применять при умеренной и сильной боли любого рода, включая хроническую боль неонкологического происхождения. Решение о применении опиоидов для лечения боли нужно принимать, исходя из интенсивности боли, а не характера заболевания. Опиоиды короткого действия применяются при острой, временной боли, а лекарства с контролируемым высвобождением назначаются при умеренных или сильных хронических болях.

Опиоиды используются для устранения боли при многих неонкологических состояниях, таких как ВИЧ, ТБ, остеоартрит, боли в позвоночнике, послеоперационные боли, переломы, травмы, а также нейропатические боли.

2.4.6. Применение опиоидов при почечной и печеночной недостаточности

При почечной недостаточности происходит накопление ряда метаболитов морфина в организме, что может оказать седативное или возбуждающее действие на нейромускульную систему и проявляется следующими симптомами:

- повышение сонливости;
- галлюцинации;
- судороги/миоклония/конвульсии;
- гипералгезия.

Почечная недостаточность может стать важной причиной терминального возбуждения. У пациентов с потерей мышечной массы уровень креатинина в крови не является достоверным показателем степени почечной недостаточности. Любые миоклонические проявления при уровне мочевины в крови выше 15 ммоль/л

должны пробудить подозрение о токсическом воздействии метаболита морфина. В этом случае снижается дозировка и/или сокращается частота приема, однако лучше перейти на опиоид, не накапливающийся в организме при почечной недостаточности, например, фентанил, бупренорфин или метадон.

Токсичность опиоидов также может проявляться при печеночной недостаточности и при этом легко диагностируется: протромбиновое время (ПТВ) является самым чувствительным показателем. В этом случае следует пересмотреть дозировку. В случае комы главным приоритетом остается снятие болевого синдрома.

Таблица 2.3

Рекомендации по применению опиоидов у пациентов с почечной и печеночной недостаточностью

Опиоид	Почечная недостаточность		Печеночная недостаточность	
	умеренная	тяжелая*	умеренная	тяжелая*
Морфин	Снижение дозы	Не применяется	Обычная доза	Снижение дозы
Диаморфин**	Снижение дозы	Не применяется	Обычная доза	Снижение дозы
Фентанил	Обычная доза	Обычная доза	Обычная доза	Снижение дозы
Гидроморфон**	Снижение дозы	Снижение дозы	Обычная доза	Снижение дозы
Оксикодон**	Снижение дозы	Не применяется	Обычная доза	Снижение дозы
Метадон**	Обычная доза	Обычная доза	Обычная доза	Снижение дозы
Алфентанил**	Обычная доза	Обычная доза	Обычная доза	Снижение дозы
Бупренорфин**	Обычная доза	Обычная доза	Обычная доза	Снижение дозы

Примечания:

- * В случае тяжелой почечной недостаточности или печеночной недостаточности всегда необходима консультация специалиста в области паллиативной помощи.
- ** Не зарегистрированы в Государственном реестре лекарственных средств под коммерческими названиями.

2.4.7. Адъювантные средства в лечении хронической боли

Адъювантная терапия боли – специфический медикаментозный способ лечения препаратами, которые не оказывают первичного обезболивающего действия, однако в сочетании с лечением опиоидами или другими анальгетиками, играют особую роль в усилении их действия.

Выбор средств для адъювантного лечения зависит от типа присутствующей у пациента боли и сопутствующих симптомов, которые необходимо устранить.

Что касается дозировки, хорошо известно, что независимо от дозы анальгетика лечение начинается с малых доз, которые впоследствии увеличиваются до достижения желаемой цели (ремиссия боли), что позволяет избежать нежелательных побочных эффектов.

Адъювантное лечение можно классифицировать в зависимости от фармакологической категории, к которой оно относится, или по типу боли, которую необходимо излечить.

Таблица 2.4

Препараты, используемые для адъювантной терапии боли

Антагонисты NMDA-рецепторов	Кетамин
Антагонисты α-адренергические	Клонидин
Антигистаминные препараты	Дифенгидрамин
Антидепрессанты классические	Амитриптилин, клоназепам
Антидепрессанты современные	Флуоксетин, пароксетин
Бисфосфонаты	Золедроновая кислота
Блокаторы кальциевых каналов	Нифедипин
Нейролептики	Галоперидол
Местные пероральные анестетики	Лидокаин
Противосудорожные препараты	Карбамазепин
Психостимуляторы	Кофеин
Стероиды	Дексаметазон, метилпреднизолон, преднизон
Прочие	Капсаицин, L-триптофан

2.4.8. Нефармакологические методы лечения боли

Эмоциональная и духовная поддержка. Боль переносится труднее, если она сопровождается депрессией, чувством вины, страхом смерти, беспокойством. Можно помочь пациенту преодолеть страх и беспокойство, обсудив переполняющие его страхи и чувства. Для этого:

- Проведите тщательную оценку боли:
 - оцените тип боли и определите вероятную причину её;
 - примите во внимание влияние боли на пациента и его семью.
- Определите диагноз и объясните его пациенту и семье.
- Составьте план лечения боли.
- Добейтесь того, чтобы обе стороны (пациент и родственники/семья) осознали необходимость применения лекарственных препаратов.
- Узнайте, как пациент воспринимает боль.

Техники релаксации и трудотерапия. Они могут быть применены специалистами, владеющими соответствующими техниками и методами их применения на практике. Противопоказаны пациентам, которые пребывают в состоянии тяжелой депрессии или психоза.

Иглокальвание или чрескожная стимуляция нервов (TENS) - назначают по возможности.

2.4.9. Автоматический шприц-пистолет для лечения хронической боли

Автоматический шприц-пистолет представляет собой переносной насос, который работает при помощи батареи и вводит лекарственные препараты путем непрерывной инфузии, с использованием иглы-бабочки. Это – альтернативный метод введения лекарственных препаратов с минимальным воздействием на двигательную активность и независимость пациента. В Республике Молдова переносные устройства типа автоматического шприца-пистолета имеются в наличии, но в ограниченном количестве.

Автоматический шприц-пистолет применяется в случаях, когда пероральное применение препаратов является сложным или неподходящим: при рвоте и/или сильной тошноте; дисфагии; опухоли, тяжелых ранах или инфекции в ротовой полости; если пациент, страдающий астенией, пребывает в бессознательном или неадекватном состоянии; при слабой абсорбции лекарственных препаратов, вводимых перорально.

После решения проблем возвращаются к пероральному применению препарата.

Таблица 2.5

Препараты, которые могут быть введены при помощи автоматического шприца-пистолета

Препарат	Характеристика	Доза
Галоперидол	Нейролептик, противорвотный антидофаминергический препарат. Высокие дозы иногда используются для седации. Экстрапирамидальные побочные эффекты встречаются при дозах, превышающих 20 мг	2,5-10 мг в течение суток
Дексаметазон	Используется для понижения повышенного внутричерепного давления, облегчения боли, связанной с растяжением капсулы печени и нейропатической болью, а также в качестве противорвотного препарата. При смешивании в шприце с другими лекарственными препаратами может образоваться осадок	Максимум 16 мг в течение суток
Левомепромазин	Входит в группу хлорпромазина, но эффект от него намного сильнее	<ul style="list-style-type: none">• 12,5- 25 мг (противорвотный препарат)• 25-100 мг (седативный препарат, действующий в течение суток)
Метоклопрамид	Противорвотный препарат. Могут возникнуть экстрапирамидальные побочные эффекты при высоких дозах, особенно у молодых женщин	10-30 мг в течение суток
Мидазолам	Седативный, противосудорожный препарат с коротким периодом полураспада. Большие дозы могут быть использованы только для седации в терминальной фазе заболевания	5-15 мг в течение суток
Скополамин	Спазмолитическое средство, которое используется для лечения спазм желудочно-кишечного тракта, боли, рвоты. Его можно назначать для сокращения секреции	20-80 мг в течение суток
Циклизин	Противорвотный препарат (антигистаминный и антиму斯卡риновый), действующий на рвотный центр. Часто вызывает местное раздражение	100-150 мг в течение суток

Практические советы по использованию автоматического шприца-пистолета:

- Автоматический шприц-пистолет необходимо подвести к пациенту согласно инструкции.
- Скорость введения устанавливается в зависимости от прохождения препаратом **расстояния в миллиметрах** за единицу времени, **а не от объема**.
- Место прокола иглой-бабочкой может воспалиться по разным причинам, в том числе в результате применения раздражающих препаратов и гипертонических растворов. Поэтому место инфузии следует проверять не реже одного раза в день.
- Необходимо использовать простые комбинации лекарственных препаратов (максимум 3 или меньше).
- Необходимо избегать введения диазепама, прохлорперазина и хлорперазина, поскольку они вызывают серьезные местные осложнения.

В идеале, автоматический шприц-пистолет рекомендуется для непрерывного введения морфина.

2.4.10. Нервные блокады для лечения острой и хронической боли

Местная (регионарная) анестезия - блокирование ноцицептивной, двигательной и вегетативной проводимости в четко разграниченных областях. По уровню, на котором происходит перехват нервной проводимости, различают следующие **виды блокад:**

- **центральные нейроаксиальные блокады:**
 - спинальная анестезия – СА (спинальная, субарахноидальная);
 - перидуральная анестезия – ПА (эпидуральная, экстрадуральная);
- **блокады сплетения;**
- **блокады периферических нервов.**

Регионарная анестезия применяется при хирургических вмешательствах, лечении острой и хронической боли, в диагностических и лечебных целях.

Преимущества регионарной анестезии:

- пациент остается в сознании, дыхание и дыхательные пути не затронуты;
- восстановление пациента протекает постепенно и без осложнений, а уход за ним значительно проще, чем в случае общей анестезии;.
- возможность дальнейшего применения нервных блокад после операции для обеспечения наиболее эффективного обезболивания и устранения необходимости введения системных анальгетиков;
- минимизация эндокринной и метаболической реакции на хирургический стресс.

Недостатки регионарной анестезии:

- сонливость у некоторых пациентов;
- необходимость квалифицированного персонала для получения высоких результатов;
- длительность установки блокад (30-40 мин.), что требует надлежащей организации для нормального проведения программы оперативного вмешательства;
- необходимость введения системных анальгетиков, если обезболивание окажется недостаточно эффективным;
- возможность возникновения системной токсичности при внутривенном введении или при передозировке;
- гипотония в случае применения некоторых регионарных техник (спинальная или эпидуральная блокада);
- небольшой процент длительного неврологического повреждения.

Для регионарной анестезии чаще используют следующие препараты:

Бупивакаин	0,5%-ный раствор, рекомендуемая доза 2-4 мл
Лидокаин	В концентрации не более 2%
Мепивакаин	4%-ный раствор, рекомендуемые дозы 1-3 мл, 3-6 мл
Прокаин	Рекомендуемая доза 100-200 мг
Тетракаин	1%-ный раствор, рекомендуемая доза 1-4 мл (5-20 мг)

Мониторинг анестезии осуществляется в зависимости от места проведения блокады. Если она была применена на уровне нервных корешков (например, межлестничная блокада), тестирование эффективности осуществляется путем проверки дерматома; если она была применена на уровне периферического нерва, проверяют область ее распространения.

Противопоказания к применению регионарной анестезии:

- отказ пациента;
- психические расстройства;
- тяжелые коагулопатии;
- инфекция в месте инъекции;
- существовавший ранее неврологический дефицит;
- нескорректированный метаболический дисбаланс.

Подготовка пациента к проведению регионарной анестезии. Регионарная анестезия предполагает активное взаимодействие с пациентом. Благодаря опи-

санию преимуществ регионарной анестезии (послеоперационное обезболивание, уменьшение тошноты и рвоты, снижение послеоперационной сонливости, возможность скорейшего возобновления приема пищи) сопротивляемость и недоверие большинства пациентов сокращаются. В противном случае пациентов нельзя принуждать соглашаться на такой тип анестезии.

При проведении регионарной анестезии пациенту с ТБ необходимо соблюдать меры инфекционного контроля.

2.5. Специфическая боль и ее лечение

2.5.1. Боль в костях

- Рекомендуется ранняя паллиативная лучевая терапия – как правило, одного курса достаточно. Пациенты с множественными метастазами могут воспользоваться лечением радиоактивными изотопами.
- НПВП могут быть эффективными, однако они вызывают побочные эффекты. Если нет улучшения, введение НПВП прекращается. Гастропротекторные препараты (ингибиторы протонной помпы или мизопростол) назначаются пациентам, которым вводятся НПВП, кортикостероиды, а также пациентам с язвенной болезнью или с повышенным риском язвообразования.
- Внутривенные инфузии бифосфонатов могут облегчить боль у пациентов с метастазами в кости, в частности, при раке молочной железы, простатите и миеломе: памидронат 60-90 мг или золедроновая кислота 4 мг каждые 3-4 недели, в зависимости от результата.

2.5.2. Боль в брюшной полости

- Запор является обычной причиной; избегайте догмы, согласно которой боль появляется исключительно в случае рака.
- При боли в капсуле печени назначается дексаметазон 8-12 мг/сутки в сочетании с опиоидами, с НПВП или без них.
- При болях, вызванных опухолью в верхней части брюшной полости, может быть затронуто солнечное сплетение, поэтому назначается дексаметазон 16 мг или производные гамма-аминомасляной кислоты.

Внимание! НПВП являются общей ятрогенной причиной боли в брюшной полости.

2.5.3. Боль в заднем проходе

- Необходимо исключить ректальное исследование.
- Тенезмы или ложные позывы могут быть снижены amitриптилином в дозе 25 мг.
- Необходимо вводить глюкокортикоиды локально или системно.
- Лекарственные средства, используемые при мышечных спазмах: нифедипин с немедленным высвобождением (предпочтительный препарат) в капсулах 10-20 мг, перорально или сублингвально; бензодиазепины, например, диазепам 2-10 мг на ночь.
- Нервные блокады используются в качестве альтернативы.

2.5.4. Нейропатическая боль

Зачастую нейропатическая боль носит жгучий, колющий характер; иногда приступы возникают в ночное время. На морфин реагирует непредсказуемо и часто кроме морфина также необходимо вводить адъювантные средства для облегчения боли. Наиболее распространенные причины нейропатической боли:

- ВИЧ-инфекция, провоцирующая периферическую нейропатию;
- опоясывающий лишай (Herpes Zoster).

Медикаментозное лечение при нейропатической боли:

- **Амитриптилин** – сначала 10-25 мг на ночь, затем доза увеличивается до максимально переносимой (обычно 75 мг). Эффект купирования боли не наступает быстро, поэтому необходимо подождать минимум 5 дней; если улучшений нет, применение препарата прекращается через 7 дней.
- **Габалентин** – 300 мг/день (100 мг/день пациентам в преклонном возрасте, в истощенном состоянии). Доза вводимого препарата увеличивается через каждые 1-3 дня, максимум до 3600 мг/день. Небольшие дозы показаны при почечной недостаточности.
- **Карбамазепин** – 200-200 мг/сутки.
- **Диазепам** – 5 мг (максимум 20 мг/сутки).
- **Вальпроат натрия** – 400-800 мг/сутки.
- **Прегабалин** – доза 75 мг может оказать положительное действие, однако практика применения ограничена.
- **Дексаметазон** – 16-32 мг ежедневно. Следует отменить, если не подействует через 3-5 дней.
- Кроме вышеуказанных препаратов, могут применяться также **клонидин, кетамин, метадон, мидазолам, кетамин, метадон, мидазолам.**

Другие методы лечения, которые могут быть использованы - иглоукалывание, нервные блокады. **Нервные блокады** с временным или постоянным прерыванием потока нервных импульсов при помощи местных анестетиков эффективны для лечения нейропатической боли. Данные блокады должны осуществляться специалистом.

Рекомендации по проведению нервных блокад:

- Для уменьшения местного воспаления можно назначить глюкокортикостероиды, которые используются, в частности, если боль вызвана сдавливанием нерва.
- Интратекально или эпидурально при трудно поддающихся лечению болях применяются опиоиды или местные анестетики.
- Боль, вызванная метастазами, часто проходит при эпидуральном введении стероидов (8-12 мг) и местных анестетиков. Пункция в хвостовой области легко осуществима и практикуется при сакральных болях.
- При плевральной боли назначают межреберные паравerteбральные блокады.
- Боли в брюшной полости, в частности, боли, вызванные опухолью в области поджелудочной железы, проходят при применении блокады солнечного сплетения примерно в 80% случаев. Данную блокаду можно применить во время лапаротомии.
- Боль в бедре можно снять при помощи блокады запирающего нерва и квадратной мышцы бедра (*quadratus femoris*).
- При перинеальной боли практикуется интратекальное введение фенола.

2.5.5. Мышечные судороги

- **Диазепам** - 10 мг, назначают на короткий период времени (не более 6-8 дней).
- **Физиотерапия** (при необходимости).
- **Амитриптилин** – 10-75 мг вечером.
- **НПВП**.
- **Оксибутинин** (при спазмах мочевого пузыря) - 2,5-5 мг/сутки.

Внимание! Мышечные судороги не лечатся морфином.

2.5.6. Обострение боли на фоне медикаментозного лечения (болезненный приступ)

- **Морфин** немедленного высвобождения перорально или инъекционный морфин; назначается 1/6 от общей суточной дозы морфина.

Симптоматическое лечение

Симптоматическое лечение – метод лечения, целью которого является устранение внешних признаков (симптомов) болезни, независимо от ее причин и обычно без ликвидации причины, и облегчение страданий больного (избавление от болей, приступов удушья и кашля, учащенного сердцебиения и т.п.).



3.1. Рекомендации по проведению комплексной оценки для установления диагноза и назначения соответствующего лечения:

- Помните о важности нефизиологических — психологических, социальных и духовных — проявлений, которые часто путают с физическими симптомами.
- При наличии симптомов, с трудом поддающихся лечению, этому может быть несколько причин или могут существовать скрытые психологические, социальные и духовные факторы.
- Назначайте подходящее лечение, которое поможет поддерживать надлежащий уровень жизни и позволит пациенту и заботящимся о нем людям сосредоточиться на других важных вещах.
- Подбирайте препараты для лечения пациента с осторожностью, принимая во внимание сопутствующие побочные эффекты.
- Вовлекайте пациента и ухаживающих за ним людей в принятие информированных решений по поводу симптоматического лечения.
- Многосторонний подход необходим, и его применению может способствовать использование соответствующих специализированных руководств или консультации с коллегами, специализирующимися в других областях.
- Учитывайте возможность обратиться за консультацией к специалисту в области паллиативной помощи:
 - если проблема не решается так, как ожидалось;
 - в сложных ситуациях, когда вам недостает необходимых знаний;
 - если необходима госпитализация или оказание первой медико-санитарной помощи.

3.2. Уход и лечение при пищеварительных симптомах

3.2.1. Галитоз (неприятный запах изо рта)

Основные причины галитоза:

- недостаточная гигиена полости рта и зубов;
- инфекции или некрозы в ротовой полости, глотке, носу, придаточных пазухах носа, носовых проходах или легких;

- желудочный стаз по различным причинам;
- употребление в пищу веществ, летучие вещества которых выводятся через легкие или слюну (лук, чеснок, алкоголь);
- курение.

Лечение:

- правильная гигиена полости рта;
- стоматологическое лечение при необходимости;
- употребление жидкости;
- использование дезинфицирующих растворов для полоскания полости рта;
- лечение кандидоза полости рта.

В случае опухоли в области ротоглотки, лечение имеет некоторые особенности, в частности:

- введение антибиотиков при инфекциях;
- чистка полости рта и полоскание горла утром после пробуждения, после каждого приема пищи и вечером перед сном. Могут использоваться различные растворы, такие как:
 - смесь сидра и минеральной воды (газированной) в равных частях;
 - 6%-ный раствор перекиси водорода;
 - 1,4%-ный раствор фенола;
 - искусственная слюна при недостаточности слюноотделения.

Респираторные инфекции, сопровождающиеся выделением патологической мокроты, также могут вызвать неприятный запах изо рта. Необходимо собрать мокроту для посева и антибиограммы; до получения результатов следует начать первичное лечение амоксициллином по 500 мг 3 раза в день, в течение 7 дней. Если возбудители инфекции являются анаэробными, а также при появлении рентгенологических признаков легочного некроза, следует вводить метронидазол (по 400 мг 2-3 раза в день, в течение 10 дней). Легочный кандидоз встречается редко. Кандидоз лечится кетоконазолом (по 200 мг 2 раза в день) или флуконазолом (по 100 мг в день, в течение 7 дней).

3.2.2. Ксеростомия (сухость во рту)

Основные причины сухости во рту:

- пониженное слюноотделение;
- увеличенное испарение жидкой слюны (дыхание через рот, лихорадка);
- повреждение слизистой оболочки полости рта различного генеза:

- рак: эрозии слизистой оболочки полости рта, опухоль слюнных желез, литиаз слюнных желез на фоне опухолевой гиперкальциемии;
- лечение: последующая местная лучевая терапия после местных радикальных хирургических вмешательств, стоматит на фоне нейтропении;
- лекарственные средства: антихолинергические, опиоиды, диуретики, недостаточно увлажненный кислород;
- другое: беспокойство, депрессия, обезвоживание, инфекции (кандидоз, эпидемический паротит), неконтролируемый сахарный диабет, аутоиммунное поражение слюнных желез, амилоидоз, саркоидоз.

Общее лечение заключается в следующем:

- повторяющееся употребление обычной или минеральной холодной воды (газированной). Газированную воду можно смешивать в различных пропорциях с обычной водой (в соответствии с предпочтениями пациента) с тем, чтобы снизить уровень газированности и поддержать стимуляцию слюноотделения;
- замена препаратов, которые вызывают заметное снижение слюноотделения, другими, которые имеют меньше побочных эффектов. Например, amitriptilin можно заменить дезипрамином, который является менее антихолинергическим; галоперидол можно заменить прохлорперазином или хлорпромазином;
- полоскание полости рта каждые 2 часа. Для этого можно использовать растворы, полученные путем растворения в 100 мл воды специальных таблеток, содержащих мятную и чесночную эссенцию, ментол, тимол и метилсалициловую кислоту. Не рекомендуется применять таблетки с тимолом и глицерином, поскольку они вызывают позывы к рвоте;
- легкая чистка щеткой обожженного или сухого языка, сопровождаемая полосканием рта раствором сидра и минеральной воды (газированной) в равных частях или 6%-ным раствором перекиси водорода;
- использование стимуляторов слюноотделения: положить под язык $\frac{1}{2}$ таблетки аскорбиновой кислоты, рассасывание свежих кусочков ананаса (содержит протеолитический фермент);
- можно смазывать полость рта небольшим количеством сливочного или растительного масла, или маргарина 3 раза в день и вечером перед сном.

Умиравшим пациентам рот смачивают водой при помощи капельницы или губки. Пациент может держать во рту кусочки льда, применяемые каждые 30 мин. Сухость губ предупреждают путем их смазывания парафиновым маслом каждые 4 часа. При жаркой и сухой погоде необходимо принимать меры для повышения влажности воздуха (возможно, кондиционирование воздуха).

Слюноотделение стимулируется при помощи твердых и кислых веществ (кусочки льда, жевательная резинка, кислые или лимонные леденцы, сироп, концентрированные сладости, холодные или газированные цитрусовые напитки, 2%-ный раствор лимонной кислоты).

Может быть назначен **пилокарпин** – парасимпатомиметический, преимущественно мускариновый препарат с легкой бета-адренергической активностью, который стимулирует секрецию экзокринных слюнных желез, в том числе после лучевой терапии, за счет увеличения концентрации муцина, защищающего полость рта от случайных повреждений и сухости. Положительный результат применения был достигнут у 50% пациентов. Начальная доза составляет 2,5-5 мг 3 раза в день и может быть увеличена до 10 мг 3 раза в день. Пилокарпин противопоказан при непроходимости кишечника, астме, ХОБЛ. Побочные эффекты: потливость, тошнота, приливы крови к лицу, частое мочеиспускание, кишечные колики, слабость.

В трудно поддающихся лечению случаях, помимо вышеуказанного лечения, рекомендуется использовать искусственную слюну. При отсутствии препарата, можно использовать смесь из 10 г метилцеллюлозы и 0,2 мл лимонной эссенции, растворенной в одном литре воды, которую вводят капельницей, по 1 мл каждый час.

При наличии кандидоза полости рта проводят описанное в разделе 3.2.4 специфическое лечение.

3.2.3. Стоматит

Стоматит – понятие, используемое в основном для воспалительных, эрозивных и язвенных заболеваний слизистой оболочки полости рта.

Основные причины стоматита:

- лекарственные средства: цитостатики, кортикостероиды, антибиотики;
- инфекции: кандидоз, афтозные язвы;
- сухость во рту;
- недостаточность питания: гиповитаминоз, анемия, гипопропротеинемия;
- нарушение иммунитета.

Специфическое лечение стоматита заключается в следующем:

- лечение сухости во рту;
- изменение медикаментозного лечения: прекращение приема или сокращение доз антихолинергических препаратов;
- лечение кандидоза;
- лечение афтозных язв.

Афтозные язвы могут быть вызваны аутоиммунными заболеваниями или условно-патогенными инфекциями. Терапия включает введение антибиотиков и антисептиков или препаратов, подавляющих иммунные реакции (супрессоров):

- полоскание полости рта 10 мл 0,2%-ного раствора хлоргексидина глюконата;
- назначение суспензии тетрациклина, 250 мг 3 раза в день, в течение 3 дней.
- (Суспензию готовят путем смешивания содержимого капсулы тетрациклина с небольшим количеством воды. Раствор набирают в рот и держат в течение 3 мин., после чего выплевывают);
- прием таблеток гидрокортизона (2,5 мг) 4 раза в день. (Таблетку прикладывают к самому больному месту в ротовой полости);
- применение зубной пасты с триамцинолоном, 0,1%. (Наносят тонким слоем на уровне изъязвлений от 2 до 4 раз в день).

Симптоматическое лечение заключается в следующем:

- применение геля «Холина салицилат»;
- полоскание бензидамином – нестероидным противовоспалительным препаратом, который оказывает легкое местное обезболивающее действие и абсорбируется через кожу и слизистую оболочку полости рта;
- нанесение геля «Лидокаин» (2%-ного) на слизистую оболочку полости рта перед едой и при необходимости;
- полоскание 2%-ным раствором кокаина гидрохлорида, приготовленным непосредственно перед применением;
- полоскание дифенгидраминам (дифенгидрамина гидрохлорид – димедрол - антигистаминный препарат местного применения с обезболивающим эффектом. (Дифенгидрамин, 25 мг или 5 мл, смешивают с гидроксидом магния в равных частях, разбавленных в спиртовом растворе с минимальным содержанием спирта. Назначают по 30 мл каждые 2 часа. Ополаскивают ротовую полость жидкостью, а затем либо проглатывают, либо выплевывают);

- использование смеси от стоматита, разработанной Национальным институтом рака США, которая содержит в равных частях 2%-ный гель «Лидокаин», раствор дифенгидрамина (12,5 мг/5 мл) и маалокс (антацид). (Смесь держат в ротовой полости в течение около 2 мин., после чего выплевывают).

3.2.4. Кандидоз полости рта

Симптомы, как правило, заключаются в появлении тонких и изолированных беловатых бляшек на уровне слизистой оболочки ротовой полости, а на уровне языка наоборот – толстых и сливающихся. Клинически эти симптомы проявляются в виде сухого, красного, гладкого и болезненного языка или углового стоматита.

Основные причины:

- ВИЧ-инфекция;
- введение кортикостероидов;
- лечение антибактериальными антибиотиками;
- сахарный диабет;
- сухость во рту.

Применяют специфическое лечение, при котором назначаются противогрибковые препараты.

Местное лечение предполагает прием следующих препаратов:

- **нистатин** в виде таблеток или суспензии, 2-4 раза в день, следующим образом:
 - 1-5 мл суспензии (концентрация 100 000 ед./мл);
 - таблетки (100 000 ед./таблетка, в течение 5 дней);
- **миконазол** в виде таблеток. Одну таблетку миконазола принимают под язык каждые 24 часа, в течение 7 дней.

Системное лечение заключается в назначении следующих препаратов:

- **кетоконазол** (1 таблетка по 200 мг в день, в течение 5 дней) - принимать после еды для уменьшения раздражения желудка. Данное лечение помогает большинству пациентов, тем не менее, у трети из них возникают рецидивы, которые требуют возобновления терапии. Длительное лечение более 10 дней может вызвать повреждение печени;
- **флуконазол** (капсулы по 150 мг). Эффект от препарата, включая возникновение рецидивов, такой же, как от кетоконазола, который стоит дороже. Для иммуносупрессивных пациентов первоначальная ударная доза составляет 200 мг (в первые сутки), поддерживающая доза - 100 мг в сутки, в течение 10-14 дней, или до исчезновения симптомов.

Кетоконазол оказывает ингибирующее действие на ферменты, опосредованные цитохромом Р-450, что приводит к ингибированию синтеза адренокортикальных стероидов (кортикостероидов, тестостерона, эстрогена, прогестерона) и метаболизма некоторых лекарственных средств. Миконазол и итраконазол являются одинаково эффективными, но значительно более слабыми по сравнению с флуконазолом.

Системное лечение является более подходящим, нежели лечение нистатином, и не требует удаления зубных протезов во время приема. Тем не менее, необходимо соблюдать надлежащую гигиену полости рта для предотвращения отложений пищевых остатков, что может вызвать инфекции.

3.2.5. Дисгевзия (расстройство вкуса)

Примерно 50% пациентов жалуются на расстройство вкуса. Клинически пациент может жаловаться на общее снижение вкусовых ощущений (гипогевзия, агевзия) или на изменение (снижение или повышение) одного из 4 типов вкусовых ощущений.

Основные причины расстройства вкуса:

- снижение чувствительности вкусовых рецепторов;
- уменьшение количества вкусовых рецепторов;
- токсическое поражение вкусовых рецепторов;
- дефицит питательных веществ;
- прием лекарственных препаратов, провоцирующих расстройство вкуса:
 - фенитоин снижает вкусовые ощущения;
 - инсулин, назначенный в больших количествах, снижает ощущение сладкого и соленого;
 - лидокаин снижает вкусовую чувствительность к сладкому и соленому;
 - бензокаин повышает чувствительность к кислому вкусу;
 - 5-фторурацил изменяет чувствительность к горькому и кислому;
 - доксорубин, флуразепам, леводоп обуславливают появление металлического привкуса;
 - литий создает ощущение, что молочные продукты имеют прогорклый вкус, препятствует потреблению сельдерея.

Лечение расстройства вкуса предполагает ряд мер общего характера:

- улучшение гигиены полости рта и зубов;
- лечение кандидоза полости рта при наличии;
- изменение рациона питания:

- потребление продуктов с сильным вкусом;
- изменение содержания сахара в продуктах питания по вкусу;
- уменьшение количества мочевины в рационе и употребление в пищу белого мяса, яиц, молочных продуктов;
- маскировка горького вкуса пищи, содержащей мочевину, путем добавления вина или пива в супы или соусы;
- потребление соленого мяса, использование некоторых специй, потребление пищи комнатной или ниже комнатной температуры;
- увеличение потребления жидкости.

3.2.6. Тошнота и рвота

Тошнота - неприятное ощущение надвигающейся рвоты, часто сопровождается бледностью, холодным потом, слюноотделением, тахикардией и поносом. У ВИЧ-инфицированных пациентов тошнота и неприятные ощущения в животе могут быть вызваны побочными реакциями на антиретровирусные препараты или препараты, которые используются при лечении условно-патогенных инфекций.

Рвоту можно определить как выведение пищи из желудка через рот.

Рвота представляет собой рефлекторную реакцию, которая включает в себя согласованные действия желудочно-кишечного тракта, диафрагмы и мышц брюшного пресса, индуцированные соматическим нервным путем.

Антиперистальтика желудка связана с атонией желудка и расслаблением нижнего пищеводного сфинктера. Нервный центр рвоты расположен в самом заднем поле ромбовидной ямки (*area postrema*), в каудальном конце четвертого желудочка, вне гематоэнцефалического барьера, что делает его чувствительным к концентрации в крови различных гемопоэтических веществ (ионы кальция, мочевина, морфин, дигоксин). Они действуют на дофаминовые рецепторы типа 5HT₃, расположенные на этом уровне. Самое заднее поле также получает импульсы от вестибулярного аппарата и вагусным путем (см. рис. 3.1).

Обычно у пациентов тошнота и рвота возникают по нескольким причинам. Рекомендации по назначению препаратов в различных случаях приведены в табл. 3.1, а в табл. 3.2 приведены фармакологические характеристики препаратов, назначаемых при тошноте и рвоте.

Противорвотные препараты необходимо также назначать при применении опиоидных препаратов и, в частности, пациентам, получающим опиоиды впервые. Для профилактики тошноты препарат вводится перорально, но если рвота сохраняется, он вводится парентерально.

Если симптомы тошноты и рвоты вызваны лекарственными препаратами, препарат следует отменить или изменить метод/способ введения.

Рис. 3.1. Механизмы возникновения тошноты и рвоты

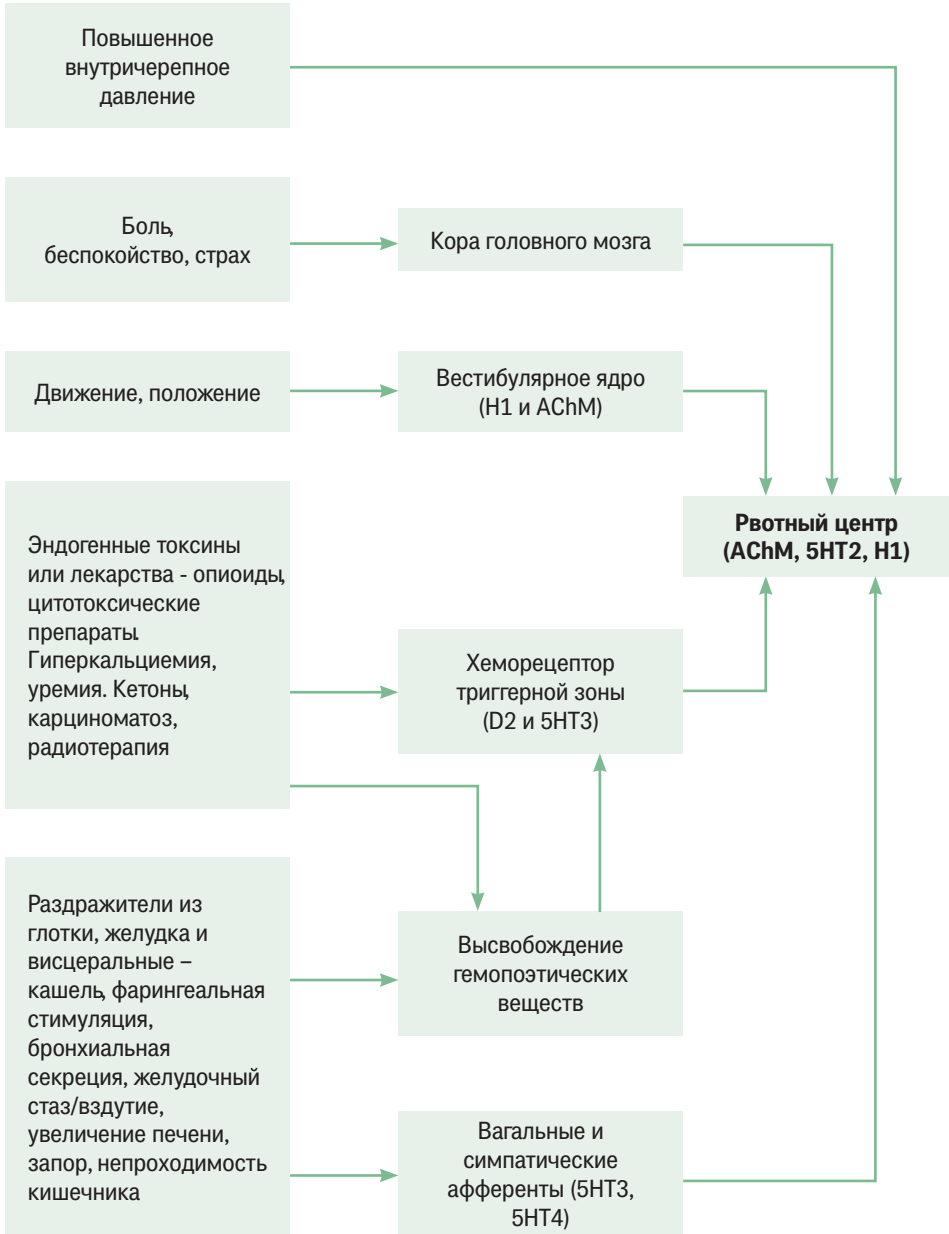


Таблица 3.1

Рекомендации по назначению препаратов для устранения тошноты и рвоты

Причины, вызывающие тошноту/рвоту	Лечение
Повышенное внутричерепное давление	<ul style="list-style-type: none">• Дексаметазон 16-24 мг однократно• Осмотические диуретики (маннитол 25%-ный, 250 мл в/в постепенно)
Беспокойство	<ul style="list-style-type: none">• Диазепам – 10 мг
Лекарства, эндогенные токсины	<ul style="list-style-type: none">• Галоперидол – 5 мг• Левомепромазин (метотримеперазин) – 25 мг• Метоклопрамид – 10 мг 2-3 раза в день
Химиотерапия	<ul style="list-style-type: none">• Консультация онкологов-химиотерапевтов• 5НТ3 антагонисты (ондансетрон – 8 мг в/в медленно)• Дексаметазон - 8 мг, 5 дней• Метоклопрамид - 10 мг, 2-3 раза в день
Желудочный стаз	<ul style="list-style-type: none">• Домперидон -10 мг, 3-4 раза в день• Метоклопрамид - 10 мг, 2-3 раза в день
Раздраженный желудок	<ul style="list-style-type: none">• Оценка назначенных препаратов• Антациды: гидроксид алюминия + гидроксид магния – по 1 чайной ложке, 2-3 раза в день• Блокаторы протонной помпы: омепразол – 20 мг, утром• Мизопростол - 400 мкг, 2 раза в день
Неустановленные	<ul style="list-style-type: none">• Циклизин – 50 мг, 3 раза/день, перорально• Галоперидол - 2,5 - 10 мг в 2 приема• Левомепромазин – 25 мг в сутки
Запор	См. раздел 3.2.10 «Запор»
Непроходимость кишечника	См. раздел 3.2.7 «Непроходимость кишечника»

Таблица 3.2

Фармакологическая характеристика препаратов, назначаемых при тошноте и рвоте, и рекомендуемые дозы

Галоперидол	<ul style="list-style-type: none"> • D₂ прямой антагонист. Предпочтительный препарат при индуцированной опиоидами рвоте • 1,5-5 мг, на ночь, перорально или п/к • 2,5-5 мг в течение суток путем непрерывного подкожного вливания
Домперидон	<ul style="list-style-type: none"> • D₂ антагонист и прокинетик. В редких случаях вызывает седативный эффект и экстрапирамидные эффекты • 10-20 мг 3 раза в день перорально • 30-60 мг в виде свечей 3 раза в день ректально
Левомепромазин (метотримеперазин)	<ul style="list-style-type: none"> • Действие на несколько рецепторов (AChM, D₂, H₁, 5HT₂); противорвотный препарат в умеренных дозах (6-25 мг в день) • Используйте минимальную эффективную дозу, если необходим седативный эффект • Как правило, вводится перорально вечером или путем непрерывного п/к вливания
Метоклопрамид	<ul style="list-style-type: none"> • D₂ антагонист и прокинетик; в больших дозах (> 100 мг/день) действует как антагонист 5HT₃ рецепторов • 10-20 мг 3 раза в день перорально или в/м; можно вводить также путем непрерывного п/к вливания
Ондансетрон	<ul style="list-style-type: none"> • 5HT₃ антагонист • 4-8 мг для в/в и в/м введения или приема внутрь • Профилактика тошноты и рвоты при проведении противоопухолевой химио- или лучевой терапии; • Профилактика и лечение тошноты и рвоты в послеоперационном периоде; • Вызывает запор • Избегайте длительного применения • Большой недостаток – высокая стоимость
Скополамин	<ul style="list-style-type: none"> • Антихолинергический антиму斯卡риновый препарат • 10 мг максимально, 4 раза в день под язык или п/к • 10 мг в течение суток путем непрерывного п/к вливания (седативный эффект) • 1 мг каждые 72 часа посредством трансдермального пластыря
Прохлорперазин	<ul style="list-style-type: none"> • Преимущественно D₂ антагонист; слабый анти-AChM, H₁ • 5-10 мг 3 раза в день перорально или 3-6 мг 2 раза в день в виде жевательных таблеток • 25 мг в виде суппозиторий 3 раза в день в прямую кишку • 12,5 мг 3 раза в день в виде глубокой в/м инъекции • Не вводится п/к
Циклизин	<ul style="list-style-type: none"> • H₁ антигистаминный препарат антихолинергического действия • 50 мг 3 раза в день перорально или в виде п/к инъекций (болезненно) • 100-150 мг в течение суток путем непрерывного п/к вливания

3.2.7. Непроходимость кишечника

Синдром кишечной непроходимости встречается часто и, как правило, он трудно поддается лечению. Бывает вызван механическими и функциональными причинами (затрудненная двигательная активность).

Диагностика

- Симптомы в зависимости от уровня непроходимости:
 - рвота (сопровождаемая тошнотой);
 - запор, хотя транзит газов может быть проницаемым;
 - дискомфорт и вздутие живота;
 - сильная или слабая отрыжка;
 - сопровождающие спазмы.
- Проверьте данные о предыдущих хирургических вмешательствах. Рекомендуется рентгенография брюшной полости.
- Исключите простой запор путем проведения пальцевого ректального исследования.

Причины

- Чаще встречается при первичных опухолях яичников и толстой кишки.
- Может наблюдаться при первичных опухолях любого типа, в том числе при раке молочной железы.
- Опухолевая масса в просвете кишечника.
- Перитонеальная опухоль, вызванная компрессией или спайками.
- Инфильтрация мышечных слоев, нарушающая нормальную перистальтику кишечника.
- Поражение автономных нервных сплетений с опухолевой инфильтрацией мезентериальных узлов.
- Рак поджелудочной железы может вызвать желудочный стаз, механизм которого неизвестен.
- Спайки, фиброз после лучевой терапии, нарушение обмена веществ, запор, сепсис.

Лечение

Зависит от места непроходимости, общего состояния и пожеланий пациента.

- Хирургическое вмешательство требуется в следующих случаях:
 - Непроходимость была локализована в одном единственном месте или
 - Выраженное вздутие живота, вызванное газами, требует паллиативного ухода за колостомой.

- В случае неоперабельной опухоли симптомы рекомендуется лечить следующим образом:
 - применение назогастрального зонда или чрескожной гастростомии (предпочтительны для пациентов с гастродуоденальной непроходимостью или в случае неэффективности медикаментозной терапии);
 - гидратация (1 литр/день в/в или п/к) может помочь пациенту чувствовать себя комфортнее.
- Лечение сухости во рту (рассасывание кубиков замороженного ананаса).
- Симптоматическое лечение гастроэзофагеального рефлюкса (метоклопрамид 10 мг в 2-3 приема).

Медикаментозная терапия

Постоянная боль в брюшной полости

Сильные опиоиды, например, **раствор морфина** 5 мг п/к каждые 4 часа с ежедневной переоценкой (при необходимости доза увеличивается на 30-50%).

Спазмы

- Не назначайте или отмените стимулирующие или объемные слабительные.
- Не назначайте противорвотные препараты прокинетического действия (метоклопрамид, домперидон), которые действуют на перистальтику кишечника.
- **Скополамин** (40-80 мг в день) путем непрерывного подкожного вливания.
- **Лоперамид** максимально 16 мг, помогает, если пациент может принимать лекарство перорально.

3.2.8. Анорексия

Анорексию можно определить как отсутствие аппетита.

Диагностика

- Снижение интереса к пище, что в самых тяжелых случаях может проявляться в виде тошноты.
- Часто сопровождается расстройством вкуса.
- Возможные проблемы в полости рта, дисфагия, ощущение преждевременной сытости из-за желудочного стаза.

Причины

- Быстрое озлокачествление.
- Симптомы, не поддающиеся лечению.
- Психологический, эмоциональный и духовный стресс, в частности, депрессия.
- Лекарственные препараты, в частности, цитотоксические препараты, дигоксин.

Лечение

- Лечение тошноты, боли и других симптомов (тошнота лечится метоклопрамидом 10 мг 2-3 раза в день, боль лечится согласно рекомендациям ВОЗ по обезболиванию).
- Снижение психологического стресса путем психоэмоциональной поддержки.
- Лечение депрессии антидепрессивными препаратами (как правило, эти действия согласуются с врачом-психиатром).
- Пациенту предлагается принимать пищу часто, в приемлемых, небольших, порциях, в приятной атмосфере.

Медикаментозная терапия

- Алкогольные напитки до еды, в небольшом количестве, в том виде, в котором предпочитает пациент.
- Для стимулирования аппетита – **дексаметазон** – 2-4 мг каждое утро или **преднизолон** – 10-30 мг в сутки, до 6 недель.

Внимание! Глюкокортикостероиды следует использовать с осторожностью (см. приложение 1).

Рекомендации по уходу на дому

- Проанализировать причины потери веса (опухоль, кандидозный эзофагит, ТБ, инфекции, вызванные атипичными микобактериями, цитомегаловирусный колит, криптоспоридиоз и др.).
- Не готовить пищу при пациенте.
- Позволить пациенту выбирать продукты питания из доступных.
- Учитывать тот факт, что по мере прогрессирования болезни пациент будет есть все меньше и меньше.
- Обратиться к врачу, если у пациента наблюдается резкая потеря веса, если он постоянно отказывается от еды или если не может глотать пищу.

3.2.9. Диарея

Диарея - увеличение частоты актов дефекации и/или текучести фекальных масс. В очень тяжелых случаях может проявляться в виде непроизвольного стула.

Основные причины диареи на поздних стадиях рака:

- **механические:** кишечная непроходимость, фекаломы, сокращение кишечника в результате хирургических вмешательств, илеостомия, подвздошно-ободочный свищ, колостомия;

- **функциональные:** диета (клетчатка, фрукты, специи, алкоголь), стеаторея при раке поджелудочной железы, обструктивная желтуха, синдром слепой кишечной петли, паранеопластическая висцеральная нейропатия, блокада солнечного сплетения, поясничная симпатэктомия.

У ВИЧ-инфицированных пациентов диарея может возникнуть в результате побочных эффектов антиретровирусных препаратов, а также как проявление колита, вызванного криптоспоридиозом, микроспоридиозом, лямблиозом, другими инфекциями, саркомой Капоши и другими заболеваниями.

Рекомендации о помощи при диарее приведены в табл. 3.3.

3.2.10. Запор

Запор - это нарушение функции пищеварительной системы, характеризующееся задержкой стула более чем на 3 дня. В ряде источников задержка стула на 48 часов уже считается запором. Постоянная задержка стула приводит к хроническому запору.

Причины

- **В результате опухоли:**
 - кишечная непроходимость - внутрикишечная; компрессионная;
 - повреждение спинного мозга.
- **В результате побочных эффектов болезни:**
 - недостаточное питание;
 - диета с низким содержанием клетчатки;
 - обезвоживание организма;
 - пассивность, слабость;
 - спутанность сознания;
 - несоответствующие туалетные удобства.

Лечение запора, длящегося более 2 дней

Застой фекальных масс:

- Провести пальцевое ректальное исследование и удалить фекальные массы.
- Рекомендовать частое питье жидкости.
- Включить в рацион питания больше фруктов (в том числе сухофрукты) и овощей, каши из семян льна, мягкую пищу.

Таблица 3.3

Помощь при диарее и связанных с ней состояниях

Диарея

Лечение и дозировка препаратов для взрослых:

- Увеличить потребление жидкости для профилактики обезвоживания. При острой диарее использовать средства для пероральной регидратации.
- Назначить лечебное питание.
- При отсутствии крови в фекальных массах и жара, пациенту в возрасте выше 5 лет следует назначить антидиарейные средства, такие как лоперамид. **Лоперамид** – 4 мг первая доза, далее по 2 мг после каждого жидкого стула (максимум 12 мг в течение суток, хотя некоторым пациентам необходимо назначать более высокую дозу). Также может быть назначен **кодеин** - 10 мг, 3 раза/сутки (до 60 мг каждые 4 часа на протяжении 3 дней), а в случае острой диареи – **морфин** – перорально, 2,5-5 мг каждые 4 часа.

Рекомендации по уходу на дому:

- Назначить питье для восстановления потерянной жидкости (пить часто, но понемногу).
- Увеличить частоту приема пищи, кормить небольшими порциями; давать рисовый суп, каши, средства для пероральной регидратации; воздержаться от молока и шоколада.
- Уход за кожным покровом перианальной области:
 - после каждого акта дефекации обработать кожный покров гигиенической бумагой или мягкой тканью;
 - промывать перианальную область водой и мылом 3 раза в сутки;
 - если пациент жалуется на боль во время акта дефекации, нанести вазелин на перианальную область
- Обращаться за медицинской помощью в любом из следующих случаев:
 - рвота и жар;
 - наличие крови в фекальных массах;
 - продолжительная диарея – более 5 дней;
 - повышенная утомляемость

Чувствительность в перианальной области

Лечение и дозировка препаратов для взрослых:

- Обезболивающая мазь или вазелин для обработки кожного покрова.

Недержание фекальных масс

Лечение и дозировка препаратов для взрослых:

- Вазелин для защиты кожного покрова перианальной области.

Другие формы запора:

- Назначить средства, смягчающие фекальные массы или увеличивающие объем кишечного содержимого. Первоначально рекомендуется принять слабительные препараты, увеличивающие объем кишечного содержимого, например, отруби, 4 таблетки в течение суток, или семена подорожника (*Psyllium*) по 2-3 чайных ложки, растворенные в воде или соке, принимать до 3 раз в сутки.
- **Макрогол 13**, 125 г (разовая доза) 1-2 раза в сутки.
- **Лактулоза** - по 10-20 мл 3 раза в сутки.
- **Бисакодил** - 5-15 мг на ночь.
- **Гликозиды сенны** – начать с 2 таблеток (по 7,5-8,6 мг) 3 раза в сутки, затем до 2 таблеток каждые 4 часа.

Важно! При введении опиоидов, в частности, морфина или кодеина, необходимо всегда принимать препараты, смягчающие фекальные массы, вместе с препаратами для стимулирования перистальтики или без них.

3.2.11. Стома

Стома - это искусственное отверстие на поверхности тела. Она наблюдается примерно у 5% паллиативных пациентов. Стомы можно классифицировать в зависимости от их функции:

- стома с функцией выведения (колостомия после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки; илеостомия после тотальной колэктомии или панпроктоколэктомии; уростомия с отверстием в области подвздошной кишки после цистэктомии);
- стома с функцией перенаправления (временная защита анастомоза; обход участка непроходимости - гастростомия, трахеостомия; для паллиативного лечения симптомов - недержание, сопровождающее ректовагинальные или пузырновагинальные свищи);
- стома с функцией введения (гастростомия с целью кормления).

Долгосрочные осложнения илеостомии (уролитиаз или холелитиаз) не наблюдаются на поздних стадиях рака из-за очень низкой продолжительности жизни.

Лечение стомы

- **Социальная реабилитация**

Реабилитация включает в себя ряд важных этапов (выбор одежды, физическая активность, сексуальные отношения, дальние поездки). Семья должна участвовать в уходе за больным.

Психологическая подготовка перед операцией по созданию стомы играет очень важную роль и, вероятно, является основой послеоперационной реабилитации. Объяснение роли стомы заставит пациента чувствовать себя лучше и уменьшит степень его изоляции от общества.

- ***Уход за кожей***

Повреждение перистомальной кожи часто происходит тогда, когда фекальные массы вступают в непосредственный контакт с кожей. Другими факторами повреждениями кожи являются: неправильное применение мешка-накопителя, ненадлежащая гигиена кожи, радиотерапия брюшной полости, потливость, кожные аллергические реакции.

Большинство мешков-накопителей содержат гидроколлоид, который защищает кожу на месте их наложения. Для пациентов, продолжительность жизни которых исчисляется в месяцах, мешки-накопители могут быть изготовлены индивидуально, с приспособлением к каждому типу стомы. Одной из проблем являются протекания, возникающие в стомах, что может привести к покраснению и раздражению кожи. Чтобы приостановить изменения кожи, следует использовать очищающие средства. Эти средства быстро высыхают и не оставляют жирного следа на поверхности кожи.

Подобные средства не применяются при шелушении кожи. В этих случаях мешки-накопители могут быть оставлены на 4-5 дней, чтобы дать коже определенное время для заживания.

На шелушащуюся кожу можно нанести защитную пудру (кармеллозу, желатин, пектин), излишки которой удаляются продувкой.

Уход за перистомальной кожей осуществляется в момент замены мешков-накопителей. Очистка производится с помощью легких растворителей у пациентов с чувствительной кожей. Прилегающая кожа очищается теплой водой и вытирается насухо бумажными полотенцами. Удаляются все следы слизи, которые в противном случае могут уменьшить прилипание мешка-накопителя к коже.

Средства защиты кожи используются как при стоме, так и при ректальных выделениях.

Инфекции перистомальной кожи можно лечить с помощью кремов, в состав которых входит антибиотик и кортикостероид: миконазол 2%+ гидрокортизон 1% - фузидовая кислота 2% + бетаметазон 0,1%.

- ***Нормализация консистенции фекальных масс***

У большинства колостомизированных пациентов наблюдается спонтанная (иногда при помощи гидрофильного агента) нормализация консистенции стула.

Обезвоживание при илеостомии приводит к значительным потерям натрия и воды. Это можно исправить с помощью перорального введения солей путем регидратации. Выделения можно сократить с помощью антидиарейного опиоида (лоперамид). Гидрофильные агенты являются неэффективными. При эффективном контроле потери воды и натрия при илеостомии не превышают обычные потери более чем в 3 раза. Чтобы компенсировать потери, достаточно придерживаться диеты.

В случае пациента со стомой, который жалуется на диарею, несмотря на проведенное лечение, необходимо принять следующие меры:

- по возможности изменить принимаемое медикаментозное лечение;
- определить и исключить продукты, которые повышают выделение через стому (фруктовые соки, пиво, алкоголь, кофеин-содержащие продукты, шоколад, свежие фрукты, фасоль, овощи, пряные блюда, крупы, блюда в больших количествах);
- рекомендовать потребление продуктов питания, вызывающих запор (яблочный соус, бананы, вареный рис, творог, арахисовое масло, белый хлеб, картофель, макароны, лапша);
- если диарея не проходит, взять анализ на посев для выявления возможных инфекций.

Запор у пациентов с колостомией, как правило, связан:

- с потреблением малого количества жидкости;
- нехваткой в рационе растительных волокон;
- потреблением продуктов, вызывающих запор;
- приемом обезболивающих и других лекарств, вызывающих запор.

Первоначальное лечение запора включает в себя проведение очистительной клизмы, с последующим регулярным использованием перорального слабительного. При подозрении на фекаломы, последние будут удалены вручную через отверстие стомы. Масляные клизмы или клизмы с раствором фосфата являются очень эффективными.

Большинство используемых сегодня мешков-накопителей имеют в составе специальный фильтр, который поглощает газы. Выделение дурно пахнущих газов можно устранить путем исключения продуктов, которые вызывают избыток кишечных газов (пиво, газированная вода, молоко и молочные продукты, сушеные бобы, овощи, огурцы, лук).

3.2.12. Свищ

Свищ - аномальное соединение ткани между двумя полыми органами или между одним полым органом и кожей.

Причины

У неизлечимых пациентов свищи чаще всего вызваны инвазивными опухолями в брюшной полости.

Лечение

Цель терапии свища у неизлечимых больных заключается не в лечении свища, а в минимизации симптоматики и обеспечении комфорта, в котором они нуждаются.

Уход за пациентом со свищом заключается в следующем:

- тщательная обработка участка свища теплой водой без моющих средств и раствором медронидазола для контроля запаха;
- наложение повязки или специального накопителя для поглощения выделений из свища. Обратитесь за консультацией к специалистам хосписа.

3.2.13. Асцит

Асцит - это накопление патологической жидкости в брюшной полости.

Причины

- Перитонеальные метастазы (перитонеальный карциноматоз).
- Гипоальбуминемия.
- Вторичная ретенция натрия.
- Тромбоз печеночных вен или синдром Бадда-Киари.
- Опухоль яичников.
- Другие причины.

Диагностика

- Клиническая оценка: прогрессирующее вздутие живота, притупление при перкуссии, колебание жидкости.
- УЗИ брюшной полости (для оценки объема жидкости и проведения парацентеза при необходимости).
- Исключение опухолевых масс, органомегалии, переполненного мочевого пузыря (пузырного шара), кишечной непроходимости.

Лечение

Если симптомы являются минимальными, медикаментозное лечение не применяется (как правило, достаточно понятного для пациента объяснения). В более сложных случаях прибегают к медикаментозной терапии.

Медикаментозное лечение

- При болезненном вздутии живота рекомендуется обезболивание (как правило, сильными опиоидами – раствором морфина, в соответствии с общими принципами введения опиоидных препаратов).

- Цитотоксическая химиотерапия (местная и системная) может быть назначена, в частности, в случаях первичной карциномы яичников, молочных желез или кишечника. Проконсультируйтесь с онкологом!
- Диуретики: **фуросемид** 40-80 мг в день (риск гипокалиемии); **спиронолактон** (при наличии гипоальбуминемии) 100 мг 1-2 раза в день.
- Противорвотные препараты: **метоклопрамид** – 10 мг 2-3 раза в день при желудочном стазе.

Парацетез

Показан пациентам с асцитом при давлении и дискомфорте, особенно если он сопровождается одышкой. Может быть осуществлен повторно. В ходе первой процедуры выводится 2 литра жидкости, затем максимум по 6 литров в день.

Внимание! Быстрое высвобождение жидкости может вызвать коллапс.

Перитонеально-венозное шунтирование можно рассматривать как возможность для тщательно отобранных пациентов (прогноз жизни более 12 месяцев).

3.3. Респираторные симптомы

3.3.1. Диспноэ (одышка)

Диспноэ - это субъективное ощущение недостаточности воздуха (дискомфорта) при дыхании. Специалисты выделяют 4 группы патологий, при которых возникает диспноэ:

- **Вызванные раком:**
 - плевральный или перикардиальный выпот;
 - бронхиальная обструкция;
 - крупные опухолевые массы с инфильтрацией и разрушением легких;
 - карциноматозный лимфангит;
 - медиастинальная обструкция;
 - массовый асцит, вздутие живота.
- **Вызванные лечением:**
 - постлучевой фиброз;
 - химиотерапия: блеомицин, доксорубицин.
- **Вторичные причины рака:**
 - анемия;
 - ателектаз;
 - легочная эмболия;
 - пневмония;
 - эмпиема;

- синдром анорексии-кахексии;
- слабость.
- **Другие:**
 - ХОБЛ;
 - астма;
 - сердечная недостаточность;
 - ацидоз.

Причины развития одышки

- Непроходимость дыхательных путей:
 - **основные дыхательные пути:** опухоль; внешняя компрессия медиастинальных лимфатических узлов; раздражение гортани; структуры после лучевой терапии;
 - **малые дыхательные пути:** хроническая обструктивная бронхопневмопатия; бронхиальная астма; карциноматозный лимфангит.
- Уменьшенный объем легких на вдохе: пневмофиброз; жидкость в плевральной полости; пневмоторакс; отек легких; респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ); синдром системной воспалительной реакции (ССВР); опухоль на экстенсивной стадии роста; выраженное вздутие живота.
- Низкая диффузия газов: тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА); эмфизема легких; экссудативный перикардит.
- Боль: плеврит; инфильтрация в стенки грудной клетки; переломы ребер или позвоночника; боли в капсуле печени.
- Нервно-мышечные расстройства: параплегия; раздражение диафрагмального нерва; кахексия; паранеопластические синдромы.

Немедикаментозное лечение

- Оцените, как одышка влияет на состояние пациента. Объясните пациенту и семье механизмы одышки.
- Обеспечьте пациенту приток свежего воздуха .
- Посоветуйте позы и упражнения, облегчающие дыхание (наклониться вперед, опираясь руками/локтями в колени или о стол; вытянуться лежа на животе).
- Посоветуйте дыхательные упражнения (глубокое, медленное и регулярное дыхание) и методы релаксации (например, глубокий выдох, быстрый выдох).

- Консультация и реабилитация, проводимые специалистом-физиотерапевтом или специализированной медсестрой (если это возможно).
- Иглокальвание, ароматерапия, рефлексотерапия (по возможности и необходимости).
- Необходимо оказывать пациентам психологическую поддержку. Одышка пугает пациентов, поскольку часто связана со страхом смерти.

Медикаментозное лечение

Симптоматическое медикаментозное лечение одышки проводится только после того, как были исчерпаны возможности немедикаментозного лечения.

Опиоиды часто помогают снизить субъективное ощущение одышки. Одышка вызывает чувство тревоги, которое может вызвать гипервентиляцию, усиливающую одышку. Внезапная сильная одышка обычно относится к терминальному периоду заболевания. В этом случае рекомендуется перорально принимать **морфин** (0,1 мг/кг) **в сочетании с мидазоламом** или диазепамом. Если пациент не принимал опиоиды и является опиоид-наивным, лечение начинается с 2,5 мг морфина (перорально каждые 6 часов с последующим титрованием). Если пациент уже принимает морфин для лечения боли, доза может быть увеличена на 30-50% в случае ко-ассоциированной одышки.

Бензодиазепин применяется в сочетании с опиоидами для достижения анксиолитического эффекта. **Диазепам** принимают по 5-10 мг в день в качестве основного лечения с добавлением (при необходимости) лоразепама по 1-2 мг сублингвально, который действует сразу при острых кризах и панике. **Мидазолам** по 2,5-10 мг п/к или 5-15 мг, в течение суток путем непрерывного п/к вливания, если пациент не может принимать лекарство перорально. **Внимание!** Препарат может вызвать аллергическую реакцию.

Кислород оказывает различное действие, но особенно важен для улучшения психологического состояния пациента. Использование кислорода показано в терминальных состояниях. Кислород назначают осторожно, в случаях прогнозирования продолжительной жизни, при насыщении $O_2 > 92\%$.

Специфическое лечение

- **Стероиды: дексаметазон** 4-8 мг в день, в случае компрессии дыхательных путей из-за внутреннего или внешнего роста опухоли, стриктуры/ постлучевого фиброза, бронхоспазма и карциноматозного лимфангита.
- **Радиотерапия/ брахитерапия, эндоскопическая лазерная диатермия** могут быть назначены при непроходимости крупных дыхательных путей и

как следствие внутренней или внешней компрессии.

- **Антибиотики широкого спектра действия** в случае инфекции.
- **Дренаж плеврального выпота.**
- **Парацентез** в случае асцита и/или диуретики в сочетании/без сочетания со стероидами.
- **Торакоцентез** в случае пневмоторакса.
- **Диуретики** в случае отека легких.
- **Вдыхание бронходилататоров при обструктивном синдроме** – аэрозоль «Сальбутамол» или глюкокортикостероиды в виде аэрозоля «Скополамин» для уменьшения чрезмерной секреции верхних дыхательных путей.
- **Физиотерапия** в случае выделений из бронхоэктазов (по возможности).
- **Трахеостома** может помочь улучшить качество жизни тщательно отобранных пациентов (с прогнозом продолжительной жизни).

Следует принять во внимание:

- Даже при отсутствии хрипов сальбутамол и ипратропий (через небулайзер) могут оказаться полезными.
- При внутричерепных опухолях дыхательный центр может быть затронут внутричерепной гипертензией прямо или индуцировано. В таких случаях рекомендуется краткосрочный курс лечения дексаметазоном.
- Одышка является очень распространенным явлением при нейродегенеративных заболеваниях в связи с нарушениями дыхательной мускулатуры и невозможности удаления выделений. В этом случае рекомендуется легкая физиотерапия. Всасывание выделений иногда может принести больше вреда, чем пользы (всасывание должно быть осуществлено обученным персоналом с осторожностью).
Внимание! У некоторых детей может наблюдаться рефлекторный бронхоспазм после ингаляций.
- При очень вязких выделениях назначается введение N-ацетилцистеина.

3.3.2. Кашель

Кашель - рефлекторный акт защиты, посредством которого происходит удаление инородных тел, раздражающих частиц, экссудативных продуктов вследствие воспалительных процессов и обильных выделений из дыхательных путей и его, как правило, не надо лечить. Становится патологическим в случае, если не проходит, а его последствия влияют на сон, питание, отдых и социальную жизнь.

Диагностика

- Уточните характер кашля: мокрый или сухой; если есть мокрота - ее количество, консистенция, цвет.
- Спросите, не вызван ли кашель положением тела?
- Осмотрите грудную клетку. Рентгенография грудной клетки (по возможности) может быть полезной.
- Пикфлоуметрия (по возможности) для контроля обратимости бронхоспазма.

Причины:

- носоглоточные – задние носовые выделения, опухоль;
- ларингеальные – опухоль, воспаление, инфекция;
- бронхиальные – воспаление, непроходимость, опухоль, инфекции, ингибиторы АПФ, трахеобронхиальные свищи;
- легочные – пневмония, альвеолит, абсцесс, бронхоэктазия, отек, фиброз, метастазы в легких;
- плевральные – плеврезия, плевральные метастазы;
- нейродегенеративные заболевания;
- средостенные – опухоль, лимфаденопатия;
- сердечные – сердечная недостаточность;
- гастроэзофагеальный рефлюкс с аспирацией.

Немедикаментозное лечение

- Рекомендовано высокое положение тела.
- Введение аэрозолей с дексаметазоном, ингаляций через небулайзер с солевым раствором 4 раза в день при густых выделениях.
- Физиотерапия грудной клетки, если назначена/доступна (с аспирацией мокроты или без нее). При некоторых заболеваниях, особенно нейродегенеративных, потеря способности кашлять является серьезной проблемой. В таких случаях требуется физиотерапия, постуральный дренаж с аспирацией выделений, мокроты.
- Лечение инфекции (если инфекция сохраняется и пациент находится в терминальной стадии).
- Радиотерапия, если кашель вызван опухолью.
- Увлажнение воздуха или назначение кислорода.

Медикаментозное лечение (выбор зависит от типа кашля)

- Общее:
 - ингаляторы (настойка ментола с эвкалиптом)
 - небольшие дозы опиоидов (кодеин, морфин)

- Специфическое:
 - **носоглоточное** (антибиотики; глюкокортикостероиды в виде назального спрея);
 - **ларингеальное** (глюкокортикостероиды через ингаляторы и небулайзеры; местные анестетики через небулайзер; **бупивакаин** 0,5%, 5 мл 3 раза в день, по крайней мере, за 30 мин. до еды – есть риск идиосинкратического бронхоспазма, иногда серьезного);
 - **бронхиальное** (бронходилататоры в стандартных дозах; ингаляции с салбутамометилом; глюкокортикостероиды перорально, через ингалятор или небулайзер; местные анестетики);
 - **желудочный рефлюкс** (антациды, содержащие симетикон; прокинетиические препараты).

3.3.3. Икота

Икота – это резкое, непроизвольное и спастическое сокращение дыхательных мышц, в частности, диафрагмы, которое останавливает поток воздуха и издает характерный звук.

Механизмом возникновения икоты является спонтанный вдох, вызванный внезапным сжатием диафрагмы. Внезапная остановка вдоха с соответствующим звуком вызвана клоническим сжатием голосовой щели и вибрацией голосовых связок под действием воздушного потока, который при резком поглощении бурно проходит через приоткрытое отверстие голосовой щели. Триггеры икоты представлены нервными раздражителями на висцеральном, периферическом уровне (диафрагма, желудок, плевра, брюшная полость), проводимыми через диафрагмальный или блуждающий нерв гуморальным путем (мочевина при почечной недостаточности), или раздражителями, которые действуют непосредственно на нервные центры (патологические процессы головного мозга).

Причины

- **Периферические** (стимуляция диафрагмы, диафрагмального нерва):
 - вздутие или раздражение желудка;
 - гепатомегалия и участие печени;
 - опухоль или внутригрудные лимфатические узлы.
- **Центральные** (стимуляция спинного мозга):
 - повышенное внутричерепное давление;
 - инсульт/опухоль ствола головного мозга;
 - уремия;
 - биохимические нарушения, такие как гипонатриемия, гипокальциемия при лечении бисфосфонатами.

Немедикаментозное лечение

- Дыхание в бумажный пакет (повышает уровень CO₂)
- Фарингеальная стимуляция с использованием холодной воды, кусочков льда или чайной ложки сахарного песка, проведением ингаляции (2 мл физиологического раствора в течение 5 мин.) или массажем соединения между твердым и мягким небом при помощи ватной палочки.

Медикаментозное лечение

- Периферические причины:
 - **Метоклопрамид**, 10 мг 4 раза в день.
 - **Домперидон**, 10-20 мг каждые 4-8 часов.
 - **Антациды**, которые содержат симетикон.
 - **Дексаметазон**, 4-12 мг раз в день.
 - **Ранитидин**, 150 мг 2 раза в день.
- Центральные причины:
 - **Хлорпромазин** 10-25 мг 3 раза в день.
 - **Галоперидол** 0,5 мг 3 раза в день.
 - **Диазепам** 2,5 мг 3 раза в день.
 - **Дексаметазон** 4-12 мг раз в день.
 - **Нифедипин** 10 мг 3 раза в день.
 - **Баклофен** 5 мг 3 раза в день.
 - **ГАМК-агонисты** - вальпроат натрия 200-500 мг в день.
 - **Нефопам** 10 мг в рефракторных случаях.

Следует принять во внимание:

- Перечисленные выше лекарственные препараты не являются эффективными в случае приема поодиночке. Используйте комбинации!
- В терминальном периоде наиболее распространенной причиной икоты является вздутие желудка; в данном случае рекомендуется антифлатулентная терапия (симетикон). В случае неэффективности рекомендуется добавить прокинетики для опорожнения желудка и центрального действия (метоклопрамид - антагонист дофамина).
- При повреждении диафрагмы следует принимать баклофен, который является предпочтительным препаратом, благодаря его миорелаксантному свойству. Фарингеальная стимуляция может оказать благоприятное действие для снятия данного симптома.
- Если, несмотря на все усилия, икота продолжается, следует рассматривать вероятность инфекции или травмы головного мозга, или внутричерепного поражения.

3.4. Уход и лечение при неврологических симптомах

3.4.1. Повышенное внутричерепное давление

Повышенное внутричерепное давление (ПВД) определяется как повышение внутричерепного давления, обусловленное нарушением механизмов, регулирующих баланс внутричерепного давления.

Диагностика

- Сильная головная боль, усиливающаяся в положении лежа.
- Рвота, судороги, диплопия, астения.
- Может наблюдаться отек диска зрительного нерва.
- Магнитно-резонансная или компьютерная томография (МРТ/КТ) – по показаниям.

Причины

- Метастазы в головном мозге (общие с первичными).
- Первичные опухоли головного мозга.
- Другие причины – абсцесс, инсульт, повышенное артериальное давление.

Прогрессирующие неврологические симптомы сильно воздействуют на состояние пациентов с ВИЧ/СПИД. Как минимум, у 40% таких пациентов выявляют значительные клинические проявления нарушения функции центральной нервной системы, при вскрытиях в 90% случаев обнаруживают повреждение головного мозга.

Лечение

- Поднятие головы, придание телу полулежачего положения.
- **Дексаметазон** до 16 мг в день, не более 7 дней. Избегайте назначения дексаметазона после 14.00, так как он может вызывать бессонницу. Постепенно снижайте дозу до минимально эффективной и контролируйте симптомы. Отмените дексаметазон, если спустя 5-7 дней не наступает эффект.
- **Противосудорожные препараты** могут быть назначены пациентам, страдающим от судорожных припадков. **Карбамазепин** может снизить терапевтический эффект некоторых лекарственных препаратов на 50% вследствие воздействия ферментов.

- **Мидазолам** в дозировке 10-60 мг (титрированный до достижения клинического эффекта), назначаемый в виде непрерывного п/к введения, в тех случаях, когда он не может быть назначен перорально.
- **Диазепам** – в виде ректальных тубиков (10-20 мг) может приостановить судороги.
- **Нестероидные болеутоляющие препараты** показаны в случаях головных болей.

3.4.2. Судороги

Судороги – это неконтролируемые **спазмы (сокращения), возникающие вследствие ненормальной электрической активности головного мозга.**

Причины

- Эпилептические припадки, травмы/хирургические вмешательства, опухоли/метастазы в головном мозге.
- Метаболические нарушения – например, гипоксия, гипонатриемия, гипогликемия, уремия.
- ВИЧ-инфекция, туберкулез, токсоплазмоз, криптококковая инфекция.
- Отравление лекарственными препаратами – трициклическими антидепрессантами, фенотиразином, петидином.
- Отмена лекарственных препаратов – бензодиазепинов, барбитуратов, опиоидов.

Лечение

- **Предупреждение судорог:**
 - **карбамазепин**, изначально 100-200 мг 1-2 раза в день, увеличивая на 100-200 мг каждые 2 недели до 800-1200 мг в день;
 - **вальпроат натрия**, изначально 200 мг 2-3 раза в день, увеличивая каждые 3 дня до 1-2 г в день. Избегайте, по возможности, комбинированной терапии. Если это невозможно, назначайте лекарственный препарат перорально.
 - **мидазолам** 10-60 мг в сутки в виде непрерывного п/к введения;
 - **карбамазепин** в форме суппозиторий 2 раза в день (125 мг ректально, равнозначно 100 мг перорально);
 - **дексаметазон** 8-16 мг в день, в случаях опухолей/метастазов в головном мозге.
- **Эпилепсия с большими судорожными припадками:**
 - **дiazepam** ректально 10-20 мг;
 - **мидазолам** 5-10 мг.

- **Эпилептический статус:**

- амбулаторно: **диазепам** 10-20 мг ректально, внутримышечно; **мидазолам** 5-10 мг интраназально или в/в медленно, повторяя при необходимости через 15-20 мин.;
- стационарно: **лоразепам** 4 мг в/в.

3.4.3. Компрессия спинного мозга

Компрессия или нарушение целостности спинного мозга возникает вследствие наличия опухолей в телах позвонков и регистрируется у 3-5% пациентов, страдающих раком в поздней стадии. В 40% случаев компрессия спинного мозга возникает вследствие рака легких, бронхов, молочной железы и простаты.

Диагностика

- Ранняя диагностика и срочное лечение (в течение нескольких часов) важны для улучшения результатов лечения. Обратите внимание на ранние признаки, которые могут быть показательными (например, тяжесть в ногах). Если синдром компрессии спинного мозга подтверждается, то максимум 5% пациентов опять смогут ходить и немногие проживут больше года.
- Компрессия спинного мозга возникает вследствие повреждения корешка соответствующего нерва, протекает с болями в спине, с иррадиацией или без (90%), со слабостью в ногах (75%), изменениями чувствительности (50%), а так же с нарушением функции мочевого пузыря или кишечника (40%).
- Если компрессия возникла на уровне грудной клетки (а в большинстве случаев она возникает именно на этом уровне), чувствительные рефлексы могут быть восстановлены. Компрессия на уровне конского хвоста (*Cauda equina*) клинически проявляется в виде замедления рефлексов и нарушения сфинктерных функций.

Причины

- Эпидуральная инвазия метастазов из тел позвонков или паравертебральных узлов.
- Костная деформация ввиду коллапса тела позвонка.
- Эпидуральные или субдуральные метастазы, распространяющиеся гематогенным путем.
- Первичные опухоли спинного мозга.

Лечение

Компрессия спинного мозга – это неотложное состояние, требующее вмешательства.

- Незамедлительно:
 - **дексаметазон** 16-32 мг в день (или пульс-терапия);
 - МРТ является методом выбора, поскольку стандартная рентгенография определяет и показывает метастазы и/или коллапс позвонка только в 80% случаях. КТ с миелографией может пригодиться в случае, если МРТ недоступна;
 - срочное обращение к радиотерапевту или нейрохирургу.
- Если первая стадия протекает постепенно или быстро, а параплегия была обнаружена, по меньшей мере, за сутки, может быть осуществлена хирургическая декомпрессия или назначен курс лучевой терапии (один сеанс);
- Если первая стадия протекает быстро, а параплегия уже была обнаружена, курс лучевой терапии применяется исключительно для уменьшения боли.
- Если первая стадия протекает постепенно, а параплегия уже была обнаружена:
 - позаботьтесь об области сдавления;
 - установите мочевой катетер; регулярно применяйте клизмы или суппозитории в случае запоров;
 - используйте инвалидную коляску, функциональную кровать, противопролежневые матрасы;
 - оказывайте пациенту психологическую поддержку для его выздоровления.
- Рекомендуется осмотр специалистом в области паллиативной помощи для терапии и/или дальнейшей реабилитации.

3.5. Уход и лечение при психических/психологических симптомах

3.5.1. Депрессия

Депрессия - патологическое состояние, которое проявляется в виде таких симптомов, как грусть, пессимизм, заниженная самооценка, безразличие, беспокойство, психомоторная заторможенность, а также в виде любых других психически или соматических симптомов. Она возникает у 5-15% пациентов, страдающих раком, а у остальных выявляются другие депрессивные симптомы.

Депрессивные симптомы обнаруживаются также у большинства пациентов с ВИЧ/СПИДом на различных стадиях заболевания.

Следует различать клиническую депрессию, грусть и выраженное слабоумие. Необходимо понять, что некоторые обычные соматические симптомы депрессии такие, как анорексия, потеря веса, нарушения сна, могут быть выявлены у пациентов со злокачественными опухолями. Депрессия может быть скрытой, и пациенты могут вести себя бодро и сохранять улыбку или шутливое выражение лица.

Диагностика

- **Биологические симптомы:**
 - изменение душевного состояния в течение дня;
 - нарушения сна, в частности, частые пробуждения ночью или ранние утренние пробуждения;
 - анорексия, невосприимчивая к стероидам.
- **Психологические симптомы:**
 - постоянно подавленное душевное состояние, отсутствие удовольствия и радости;
 - болезненное чувство вины, ощущение бессилия и ненужности/ потеря собственного достоинства;
 - суицидальные мысли и наклонности.

Причины

- Предшествующие события, которые привели к депрессии.
- Необходимость приспособления к жизни с различными изменениями за короткий период времени.
- Слабый контроль симптомов.
- Неподвижность и изоляция с ухудшением жизненных условий, а так же отсутствие поддержки.
- Неточная или неправильная информация о заболевании и его прогнозе.
- Лекарственные препараты – кортикостероиды, некоторые цитотоксические, антигипертензивные препараты, нейролептики, бензодиазепины. Причиной депрессии также может стать эфавиренз – АРВ препарат для лечения пациентов с ВИЧ/СПИДом.

Лечение

Рекомендации по уходу и лечению при депрессии и депрессивных симптомах приведены в табл.3.4.

Таблица 3.4

Терапия при депрессии и при депрессивных симптомах

Депрессия (общая)
<p>Рекомендации по лечению:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценить и классифицировать депрессию: риск самоубийства, степень тяжести, сложную реакцию на потерю или на другие тяжелые события в жизни и т.д. • Проконсультироваться с психиатром по поводу лечения. • Исключить побочные эффекты всех лекарственных препаратов.
<p>Рекомендации по уходу на дому:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить поддержку и консультацию специалиста. • Привлечь к помощи членов семьи и друзей; направить пациента в группу самоподдержки или в группу поддержки религиозных организаций. • Не оставлять пациента без надлежащего присмотра: разговаривать с ним, помочь в нормализации сна, наблюдать за пациентом в динамике.
Депрессивный эпизод легкой степени
<p>(Как правило, выявляют 2 или 3 симптома из перечисленных выше биологических и психологических симптомов. Пациент депрессивен, но, в целом, способен выполнять основные действия).</p>
<p>Рекомендации по лечению:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Антидепрессанты не рекомендуются, более важен надлежащий присмотр, решение обозначенных проблем и физические усилия.
Депрессивный эпизод средней степени
<p>(Как правило, выявляют 4 или более из перечисленных выше биологических и психологических симптомов. Пациенту тяжело дается его обычная деятельность).</p>
<p>Рекомендации по лечению:</p> <ul style="list-style-type: none"> • В случае единичного депрессивного эпизода лечение рекомендуется проводить в течение 4-6 месяцев, в случае повторных приступов – более продолжительное время.
<ul style="list-style-type: none"> • Лекарственные препараты 1-й линии: селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС), например, циталопрам, 10-20 мг в сутки. Доза может быть увеличена до 60 мг в сутки в течение нескольких недель. Всегда используйте минимальную эффективную дозировку. В начале лечения СИОЗС тщательно наблюдайте за состоянием пациента: возможны беспокойство, возбуждение, суицидальное поведение. Большинство людей с ВИЧ/СПИДом отмечают потерю либидо как нежелательный побочный эффект.

- **Лекарственные препараты 2-й линии:** назначают после 6-8 недель лечения, если СИОЗС плохо переносятся или не действуют. Могут быть показаны антидепрессанты других классов (как правило, один трициклический антидепрессант или один из класса ингибиторов МАО, с осторожностью, например, **амитриптилин**, начиная с 25 мг 3 раза в сутки), в соответствии со стандартными рекомендациями по поводу отмены или замены препарата. Необходимо учитывать то, что трициклические антидепрессанты очень токсичны в случае передозировки, поэтому противопоказаны пациентам с суицидальными наклонностями. Альтернативой может послужить другой препарат из группы СИОЗС, к примеру, **сертралин**, начиная с дозы 50 мг в сутки.

Внимание! Препараты на основе зверобоя взаимодействуют с препаратами группы ингибиторов протеазы (ИП) и нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ), уменьшая тем самым их концентрацию в крови; это может спровоцировать появление резистентных штаммов ВИЧ, поэтому препараты на основе зверобоя не рекомендуются пациентам, принимающим препараты из группы ИП и ННИОТ.

Депрессивный эпизод тяжелой степени без психотических симптомов

(Некоторые перечисленные ранее биологические и психологические симптомы проявляются более выражено; типично чувство вины, отсутствие личной ценности и снижение самооценки; присутствуют частые суицидальные мысли и намерения, а также соматические симптомы).

Рекомендации по лечению:

- Рекомендуются антидепрессанты в сочетании с когнитивно-поведенческой психотерапией (КПТ).
- В зависимости от степени тяжести состояния и факторов риска, психиатр может назначить **карбонат** или **цитрат лития** (плазменный уровень должен составлять 0,4-1,0 ммоль/л), электросудорожную терапию или **венлафаксин** (начальная доза 75 мг в сутки). Перед назначением препаратов проводят беседу с пациентом и следующие обследования: ЭКГ, функции почек и щитовидной железы (литий), ЭКГ и артериальное давление (венлафаксин).

Рекомендации по уходу на дому

- Проконсультировать пациента и членов семьи по поводу назначения препаратов и побочных эффектов.
- Направить на консультацию к соответствующему специалисту.
- Обеспечить наблюдение в динамике.

Депрессивный эпизод тяжелой степени с психотическими симптомами
(Тяжелая депрессия с галлюцинациями, делирием, психомоторной заторможенностью или ступором)

Рекомендации по лечению:

- При симптомах психоза могут быть показаны нейролептики, которые назначают после консультации с психиатром.

Суицидальные мысли

Рекомендации по лечению:

- Определить у пациента наличие плана и средств для самоубийства. При их наличии, поместить пациента в больницу, ввиду повышенного риска самоубийства.

Рекомендации по уходу на дому:

- Не оставлять пациента без присмотра. Ограничить доступ к предметам, представляющим опасность. Привлечь к уходу за пациентом членов семьи и друзей.

3.5.2. Тревожное расстройство

Тревожное расстройство (нейротизм) – это эмоциональное состояние, характеризующееся чувством небезопасности, тревоги, рассеянности. Тревожные расстройства наблюдаются довольно часто и выявляются у 14% населения. Жалобы пациентов, при всем их различии, связаны с проблемами физического характера. При этом пациенты не понимают, что в основе беспокоящих их проблем лежит тревожное расстройство.

Тревожное расстройство может протекать в острой (проходящей) или хронической (постоянной) форме.

Симптомы

- Беспокойство, раздражительность.
- Бессоница или волнение.
- Сложность/невозможность концентрации/расслабления.
- Физические проявления, такие как повышенное потоотделение, тахикардия, тремор, тошнота, расширенные зрачки.
- Панические атаки.

Причины

- Органические: сильная боль, опухоль головного мозга, бессоница, слабый контроль над симптомами.
- Ситуативные: семейные хлопоты, страх перед больницами/лечением, ненадлежащая/неточная информация, неуверенность в будущем, беспокойство о семье/финансах, социальные проблемы.
- Психиатрические: предшествующие события, которые привели к беспокойству, депрессия, делирий, психоз.
- Медикаментозные: лечение стероидами или сальбутамолом, прекращение приема опиоидов, бензодиазепинов.
- Другие.

Лечение

Рекомендации по лечению и уходу при тревожных расстройствах приведены в табл. 3.5.

Таблица 3.5

Терапия тревожных расстройств

Тревожный невроз

Рекомендации по лечению:

- Обсуждение способа решения тревожного расстройства в соответствии с конкретной ситуацией; обучение способам расслабления; внимательное выслушивание и обеспечение моральной поддержки. Пациента следует научить, как справляться с тревогой, используя принципы когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ), или, по возможности, направить его к соответствующему специалисту (последний вариант предпочтительнее). В случае КПТ, после нескольких сеансов с психотерапевтом или психиатром, определяют причины и предпосылки тревожного расстройства, а также помогают сформировать навыки по его преодолению.
- Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут быть использованы в качестве препаратов 1-й линии, к примеру, циталопрам 10 мг, раз в сутки, в течение недели, с последующим увеличением дозы до 20 мг и более в течение нескольких недель (максимальная доза – 60 мг в сутки).
- Бензодиазепины могут быстро купировать тревожное расстройство, но из-за развития толерантности и зависимости, их не следует принимать более 2-4 недель. Они могут быть эффективными в начале лечения СИОЗС для предупреждения ухудшения симптоматики в этот период.

Рекомендации по уходу:

- Отведите достаточно времени, чтобы внимательно выслушать пациента.
- Обсуждайте проблемы, соблюдая конфиденциальность.
- Успокаивающая музыка или массаж могут помочь пациенту расслабиться.
- Направьте пациента в группу психологической поддержки.
- При усилении тревожного расстройства или депрессии направьте пациента к врачу.

Панические атаки
<p>Рекомендации по лечению:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Препаратам СИОЗС следует отдать предпочтение. • Если они противопоказаны или неэффективны, можно назначить кломипрамин (изначально 25 мг 1 раз в сутки, в течение 2 недель, с постепенным увеличением дозы до 100-150 мг в сутки). • Чтобы помочь пациенту преодолеть панические атаки, следует использовать принципы КПТ, поэтому желательно направить его на курс КПТ.
Фобии
<p>Рекомендации по лечению:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Могут быть назначены СИОЗС. Важную роль играет КПТ, например, методы с постепенным усилением воздействия раздражающего фактора.

Примечание. Если пациент не может глотать, а ему был установлен автоматический шприц-пистолет по иным причинам, считается эффективным назначение **мидазолама** в виде непрерывного п/к введения, по 10-20 мг ежедневно.

3.5.3. Бессонница

Бессонница представляет собой нарушение сна, которое проявляется уменьшением продолжительности сна и/или его глубины.

Диагностика

Бессонница – это субъективное ощущение плохого сна. Это может означать недостаточный или прерывистый сон, или засыпание в неподходящее время. Важно отличать **неспособность** уснуть (как один из симптомов тревожного расстройства; лечится анксиолитиками) от **склонности** к раннему или неоднократному пробуждению (как один из симптомов депрессии, который лечится антидепрессантами).

Причины

- Психологические: тревожное расстройство, депрессия, страх смерти, боязнь кошмаров. Не следует говорить пациенту, что он может умереть во сне, а тем более намеренно убеждать его в этом.
- Несоответствующий контроль над симптомами.
- Физиологические причины, приводящие к пробуждению (шум, свет, частое мочеиспускание), сон в течение дня.
- Изменение среды: госпитализация, прерывание сна (беспокойство) со стороны персонала.
- Медикаментозные: назначение стимуляторов (кофеин), стероидов, диуретиков, опиоидов, флуоксетина, пропранолола (в случае кошмаров); резкая отмена некоторых лекарственных препаратов – бензодиазепинов, барбитуратов, (алкоголь).

Лечение

- Сведение причин бессонницы к минимуму.
- Контроль симптомов.
- Консультация по поводу тревожного расстройства.
- Введение/тестирование модели хорошего сна – предотвращение слишком раннего отхода ко сну и дневного сна, выработка ритуала перед отходом ко сну. (Теплое молоко, выпитое перед сном, может помочь). Применение различных расслабляющих техник.

Медикаментозное лечение

Лекарственные препараты могут быть назначены в единичной дозе, вечером:

- **Темазепам** (10-20 мг) для краткосрочного применения.
- **Зопиклон** (3,75-7,5 мг) или **золпидем** (5-10 мг) могут вызывать меньше побочных эффектов, чем бензодиазепины.
- **Амитриптилин** (12,5-75 мг) в случаях слишком раннего пробуждения утром.

3.5.4. Сонливость

Повышенную сонливость также называют гиперсомнией. Гиперсомния представляет собой нарушение количества, качества или регуляции сна.

Причины

- Органические: мысли о неминуемой смерти; инфекция, в частности, дыхательных и мочевыводящих путей; повышенное внутричерепное давление.
- Биохимические: метаболические нарушения (уремия, в частности, если пациенту были назначены опиоиды, гипер- или гипогликемия, гиперкальцемиа, печеночная или дыхательная недостаточность).
- Медикаментозные: опиоиды, трициклические антидепрессанты, бензодиазепины, антихолинергические и антигистаминные препараты.
- Другие: усталость, бессонница, психологическая изоляция.

Лечение

- Точное определение причин. В случае если пациент находится при смерти, инвазивные вмешательства не показаны.
- Медикаментозное лечение: **дексаметазон** – 16 мг в день; **пароксетин** – 20 мг, в случае тяжелой депрессии.

3.5.5. Слабоумие

Слабоумие – это синдром нарушения памяти, мышления, ориентации, понимания, способности к обучению, речи, суждения и других функций коры головного мозга, вызванный, как правило, хроническими прогрессирующими заболеваниями головного мозга.

Нарушение когнитивных функций часто сопровождается (а иногда предвосхищается) ухудшением контроля эмоций, социального поведения (например, заторможенностью) или нарушением мотивации.

Следует учесть, что у ВИЧ-инфицированных людей:

- ухудшение памяти и нарушение концентрации внимания часто являются проявлениями депрессии и беспокойства, поэтому, в случае диагностирования слабоумия, их нужно исключить в первую очередь;
- острые инфекции могут протекать с нарушением сознания (делирием);
- на поздних стадиях ВИЧ-инфекции с пониженным уровнем лимфоцитов CD₄, когнитивные нарушения могут быть обусловлены непосредственным влиянием ВИЧ на центральную нервную систему (ЦНС) или иммунным ответом на наличие вируса в организме.

Лечение

Рекомендации по лечению и уходу при слабоумии приведены в табл. 3.6.

3.5.6. Делирий

Делирий характеризуется помрачением сознания, которое зачастую сопровождается зрительными иллюзиями или галлюцинациями, повышением или уменьшением психомоторной активности и спутанностью сознания. Как правило, делирий является обратимым состоянием в случае правильного определения его причины и назначения соответствующего лечения.

Делирий может быть:

- гиперактивным – проявляется в виде галлюцинаций и иллюзий;
- гипоактивным – проявляется в виде помрачения сознания и ступором;
- смешанным – проявляется в виде чередования возбужденного состояния и апатии.

Делирий следует отличать от слабоумия.

Симптомы

- Нарушение сознания со сниженной способностью концентрировать внимание.

- Общее снижение познавательных способностей, которое влияет на память, ориентацию, внимание и навыки планирования и организации.
- Эмоциональные симптомы.
- Нарушение мозговых и двигательных процессов.
- Данные из анамнеза, которые указывают на наличие соматической причины.

Причины

- Возраст и ранее существовавшие когнитивные нарушения.
- Медикаментозные: опиоиды, трициклические антидепрессанты антихолинергические или любые седативные препараты.
- Инфекции.
- Нарушения биохимического баланса: в частности, гиперкальциемия, уремия, гипонатриемия.
- Изменения среды: семейные конфликты, госпитализация, социальная изоляция.
- Слабый контроль симптомов: боль, запор, задержка мочеиспускания, беспокойство, депрессия.
- Прекращение употребления алкоголя и лекарственных препаратов.
- Причины, связанные с головным мозгом: опухоль, масштабные поражения, инфекции, инсульт.
- Токсичность опиоидов, которую усиливает уремия, может привести к путанице при определении причин делирия. Необходимо проверить суженность зрачков, миоклонические судороги, гиперчувствительность кожи.

Лечение

- Лечение и сведение к минимуму возможных причин, в частности, влияния лекарственных препаратов и инфекций.
- Сведение к минимуму внешних раздражителей, воздействующих на пациента: помещение его в палату с рассеянным светом, со сниженным уровнем шума и нечастой сменой персонала.
- Поддержание связи пациента с реальностью и окружающей средой (зачастую зрительный контакт и прикосновения помогают).
- Смягчение подозрительности и страха (разъясняем все процедуры, не меняем положение кровати пациента, по возможности; было бы неплохо, если бы рядом с пациентом находился родственник или друг).
- Пациент не всегда раздражен, могут появляться светлые промежутки – определите их.

Таблица 3.6

Терапия при слабоумии

Слабоумие с поведенческими нарушениями (Агрессивность или беспокойство)

Рекомендации по лечению:

- Исключить другие причины нарушений поведения, такие как депрессия или делирий.
- Определить наличие обратимых причин слабоумия, в частности, нормотензивную гидроцефалию, операбельную опухоль, гипотиреоз, нейросифилис, дефицит V_{12} и фолиевой кислоты. Назначить соответствующее лечение.
- Нарушения могут быть обусловлены болью и страхом. Назначить соответствующее лечение.
- Основой лечения комплекса «СПИД-слабоумие» является АРТ.

Примечание. Предпочтение отдается немедикаментозным методам лечения, например, попытке успокоить пациента. Если пациент ведет себя спокойно и требует медикаментозного лечения можно применять **кветиапин** в малых дозах (12,5 мг в сутки). Если пациент находится дома, семье необходимо оказать помощь (например, госпитализировать пациента на некоторый срок для того, чтобы родные могли отдохнуть). Лечение поведенческих отклонений у пациентов, за которыми ухаживают на дому, играет очень важную роль, поскольку со временем они отрицательно сказываются на членах семьи.

Рекомендации по уходу на дому:

- Пациенту следует проводить как можно больше времени в знакомой среде.
- Следует хранить вещи пациента в привычных местах для того, чтобы ему было легче их найти.
- Необходимо соблюдать привычный режим дня.
- Прятать (устранять) предметы, которыми пациент может пораниться или причинить себе вред. Использовать при общении с пациентом простые предложения, внятно и раздельно произносить слова, не допускать одновременного разговора еще с кем-либо.
- Не допускать посторонних шумов и звуков или уменьшить их количество.
- Постоянно присматривать за пациентом.

Параноидальные состояния, выраженное возбуждение или ночная активность (Беспокойное поведение пациента, в частности, параноидальный бред или другие симптомы психоза)

Рекомендации по лечению:

- Предпочтение отдается немедикаментозным методам лечения. Необходимо проконсультировать и успокоить пациента. Если все же пациент ведет себя беспокойно, после тщательной оценки психиатром характера симптомов, может быть назначен, например, **кветиапин** в малых дозах (12,5 мг в сутки). В случае лечения нейролептиками существует риск падений.

Медикаментозное лечение

Если пациент является параноиком, разочарован, раздражен или страдает галюцинациями:

- **галоперидол** – 1,5-5 мг до 4 раз в день; может быть назначен перорально, в/м или в виде непрерывного п/к введения;
- **левомепромазин** – 12,5-50 мг до 3 раз в день; может быть назначен перорально, в/м или в виде непрерывного п/к введения;
- **рисперидон** – 10-20 мг на ночь;
- **кислород** – в случае цианоза/гипоксии;
- **дексаметазон** – до 16 мг в день, в случае опухоли/повышенного внутричерепного давления;
- **мидазолам** – 10-60 мг при помощи автоматического шприца-пистолета, если пациент продолжает оставаться беспокойным, несмотря на ранее принятые меры.

Необходимо предварительное повторное обследование пациента, поскольку симптомы могут усилиться ввиду седативного действия лекарственных препаратов. Следует также выявить вторичные экстрапирамидальные эффекты, особенно у пожилых пациентов.

3.5.7. Терминальное возбуждение

Терминальное возбуждение у пациента, находящегося при смерти, может быть схоже с делирием. Иногда оно может отображать имеющиеся психологические или душевные страдания, особенно, если проблемы сохраняются.

Причины

- Физический дискомфорт (неконтролируемая боль, крайнее переполнение мочевого пузыря, фекаломы, неспособность двигаться, бессонница, неудобная кровать, затрудненное дыхание).
- Инфекции.
- Повышенное внутричерепное давление.
- Биохимические отклонения (например, гиперкальциемия, уремия, гипоксия).
- Медикаментозные: токсичность опиоидов (в особенности, в связи с почечной недостаточностью).
- Психологическое/душевное истощение – ярость, страх, вина. Будьте внимательны, особенно, если пациент не желает обсуждать заболевание

Лечение

- Привлечение семьи или основных родственников для комплексного ухода. Стоит иметь в виду, что в некоторых случаях присутствие семьи может ухудшить состояние пациента.
- Оценка состояния пациента.
- По возможности, соответствующий подход к физическому дискомфорту и его устранение (к примеру, обезболивание, катетеризация).
- Активное выслушивание пациента и беседа с ним по поводу ярости, страха или вины, которые он испытывает (по возможности).

Медикаментозное лечение

- **Мидазолам** - 10-60 мг в сутки, в виде непрерывного п/к введения или в/м в отдельной дозировке.
- **Левомепромазин** - 25-100 мг в сутки, перорально или в виде непрерывного п/к введения.
- **Фенобарбитал** - 200-1200 мг в сутки в отдельной дозировке, на длительный период; таким образом, доза может быть назначена на длительный период.
- **Диазепам** - 10-60 мг в сутки, перорально или ректально.

3.5.8. Слабость/усталость

Слабость может быть локализованная (компрессия спинного мозга, неоплазия, повреждения периферических нервов) или генерализованная (может указывать на приближение смерти).

Причины

- Истощение (кахексия), связанное с раком, неправильным питанием, хронической сердечной недостаточностью, ХОБЛ.
- Метаболические (гипонатриемия, гипокалиемия, уремия, гиперкальциемия, анемия, сахарный диабет, надпочечниковая недостаточность, гипертиреоз, гипотиреоз, печеночная недостаточность).
- Нейромышечные повреждения (внутричерепная опухоль, опухоль спинного мозга или периферических нервов, миопатия, периферическая нейропатия, миастения гравис).
- Медикаментозные (кортикостероиды, диуретики, седативные или антигипертензивные препараты).
- Эмоциональные (беспокойство, депрессия, страх, замкнутость, апатия).
- Продолжительное нахождение в кровати.
- Инфекции.

Лечение

- Тщательное обследование.
- Пересмотр режима приема лекарственных препаратов и, по возможности, отмена некоторых из них.
- Коррекция любых метаболических/биохимических отклонений по мере возможности.
- Предложение диеты по возможности и по мере необходимости.
- Реабилитационная программа и упражнения при хронической сердечной недостаточности, ХОБЛ, миопатии, вызванной стероидами, и других нарушениях.
- Если есть признаки кахексии/истощения/анорексии, см. раздел 3.2.8. «Анорексия».

3.6. Гематологические симптомы

3.6.1. Геморрагия

Геморрагия - кровотечение, возникающее вследствие высокой проницаемости стенки сосуда, либо при нарушении целостности сосуда.

Геморрагия у пациента при смерти может проявляться при терминальном состоянии, тогда реанимационные мероприятия не проводятся. В случае появления сомнений по поводу прогноза и стабилизации состояния пациента, показано переливание крови спустя сутки.

Геморрагия при разрыве артерии или при локальном развитии злокачественной опухоли (шея, область подмышек и паховая область) может быть очень тяжелой и требует срочного вмешательства.

Для остановки локального кровотечения накладывается регулярно сменяемая тугая повязка. Пациента седируют при помощи **мидазолама** 10 мг (подкожно) или **диазепама** 10 мг (ректально). Не следует оставлять пациента без присмотра до тех пор, пока кровотечение не будет взято под контроль.

Массивное кровотечение из сонной артерии при рецидивирующем раке в области ЛОР появляется особенно после хирургических вмешательств или лучевой терапии. Смерть может наступить в течение нескольких минут. Необходимо внимательно наблюдать за пациентом, поскольку это – единственный способ предотвращения кровопотери.

Если геморрагия наблюдалась в прошлом, могут быть назначены анксиолитики для профилактики (например, диазепам 5-10 мг вечером, перед сном).

3.6.2. Рвота кровью (гематемезис), дегтеобразный стул (мелена), вагинальное кровотечение

Рвота кровью при остром кровотечении в случае язвы или рака желудка, может усиливаться при приеме НПВП и/или кортикостероидов. Если пациенту предписано лечение, которое необходимо продолжить, следует снизить дозировку лекарственных препаратов и режим их приема. Это может быть связано с приемом мизопростола, ингибиторов протонной помпы, антагониста H₂-рецепторов или сукральфата.

При рвоте кровью может быть назначен **мидазолам** 10 мг (п/к) или **диазепам** 10 мг (ректально). В случае мелены или вагинального кровотечения диазепам также может быть назначен перорально.

Пациент должен оставаться под наблюдением вплоть до улучшения симптомов или летального исхода. Пульс определяется каждые 30 мин. Стабильные или увеличенные показания пульса указывают на остановку кровотечения. В измерении артериального давления нет необходимости.

У пациента следует взять кровь на пробу для определения группы крови в случае возможного переливания.

Если пациент жив спустя сутки, следует учесть возможность проведения переливания крови.

Показания к переливанию при паллиативном лечении:

- наличие симптомов, характерных для анемии (усталость, слабость, одышка), которые утомляют пациента, сильно ограничивая его деятельность, и которые можно устранить при помощи переливания;
- вероятность того, что переливание крови даст продолжительный эффект не менее чем на 2 недели;
- пациент требует определения группы крови и переливания.

Противопоказания к переливанию крови:

- отсутствие улучшений после предыдущего переливания,
- пациент при смерти, в терминальной стадии,
- промедление смерти пациента и продление его страданий,
- настойчивость семьи, которая требует что-либо предпринять.

Профилактические мероприятия предпочтительнее лечебных процедур.

Всегда назначается минимальная эффективная доза НПВП. На короткий срок - аспирин в сочетании с бикарбонатом натрия. Для предотвращения побочного воздействия на желудок назначаются таблетки аспирина, покрытые оболочкой.

Используются НПВП с наименьшим воздействием на слизистую оболочку желудка (например, ибупрофен или диклофенак). Снижение побочных эффектов достигается при использовании специфического ингибитора циклооксигеназы-2: мелоксикам, нимесулид.

Пациентам с серьезными проблемами, принимающим НПВП, назначается парацетамол.

3.6.3. Гемоптизис (кровохарканье)

Кровохарканье при кашле может быть обусловлено легочной геморрагией. У пациентов с тенденцией к тромбоцитопении, кровотечение наблюдается в особенности в области носа или глотки.

Лечение

- Врачу необходимо внимательно выслушать рассказ пациента, при этом ему не следует недооценивать ситуацию.
- Следует успокоить пациента, убедив его в том, что кровохарканье является неприятным и тревожным симптомом, но риск летального исхода крайне невысок.

Медикаментозное лечение

- Назначение кортикостероидов, которые подавляют или уменьшают небольшие приступы кровохарканья.
- Назначение антифибринолитических препаратов.
- Назначение гемостатических препаратов.

Массивное кровохарканье определяется потерей 400 мл крови в течение 3 часов или 600 мл в сутки. Уровень смертности пациентов с массивным кровохарканьем является высоким (около 75%).

Массивное кровохарканье следует лечить как неотложное медицинское состояние с применением инвазивных методов (бронхоскопия, интубация, эмболизация легочных артерий).

Важную роль играет сохранение проходимости дыхательных путей. Если место кровотечения определено, пациента укладывают на сторону пораженного легкого. Если место кровотечения неизвестно, пациента укладывают в такое положение, при котором голова находится ниже уровня тела, ему назначают кислород и аспирацию дыхательных путей. Если пациент не может находиться в таком положении, его усаживают на стул со спинкой, подбородок прижат к груди. Запрокидывание головы назад может вызвать повторное кровотечение. Спустя 1-2 часа пациент может встать.

При наклоне тела вперед и глубоком дыхании кашель спровоцирует смещение кровяного сгустка, что приведет к уменьшению хрипов. В случаях кровохарканья с риском летального исхода назначают опиоиды. Дозировка опиоидов зависит от предыдущего лечения опиоидами. Если пациенту ранее не назначался морфин, 10 мг будет достаточно (прием каждые 4 часа). Цель лечения – снижение страха у пациента. Если пациент пребывает в состоянии шока с наличием периферической вазоконстрикции, лечение назначается внутривенно, внутримышечно или ректально.

Снижение артериального давления может привести к прекращению кровохарканья, но последующее его повышение может опять привести к потере крови. Пациента не следует оставлять без присмотра вплоть до устранения опасности.

3.6.4. Анемия

Анемия – это качественный и количественный дефицит гемоглобина, молекулы, которого находятся в эритроцитах. У около 80% пациентов, страдающих ВИЧ/СПИДом, развивается анемия; ее частота и степень тяжести прямо пропорциональна усугублению иммунодефицита.

Диагностика

- Симптомы – усталость, слабость, одышка,
- Анализ крови – гемоглобин, эритроцитарные индексы, лейкоциты, тромбоциты.

Причины

- Кровопотери:
 - кровотечение – острое (анемия не может быть обнаружена сразу); хроническое (микроцитоз, ретикулоциты, тромбоцитоз);
 - гемолиз – первичный или вторичный (аутоиммунный процесс, лекарственные препараты, инфекции), (макроцитоз, ретикулоциты, повышенный билирубин).
- Пониженный объем эритроцитов в костном мозге:
 - хронические заболевания и патология почек (нормохромия, нормоциты или микроциты);
 - заболевания костного мозга – лейкемия, лимфома, карцинома (простаты, молочной железы);
 - аплазия – из-за лекарственных препаратов (НПВП, антибиотики, противосудорожные, психотропные и противодиабетические препараты);

- вторичная сидеробластная анемия при злокачественном поражении;
- инфекции, слабость;
- дефицит железа (микроцитоз), В12 или фолиевой кислоты (макроцитоз).

Лечение

- По возможности – лечение специфической причины.
- Если гемоглобин составляет 9,5 г/дл, рекомендуется переливание крови.
- У худых и пожилых пациентов переливание крови может вызвать острую сердечную недостаточность. Максимально применяется 2-4 единицы эритроцитарной массы в день. Одновременно назначается фуросемид. При хронической анемии пациент адаптируется к показателю гемоглобина 8,0-9,5 г/дл.

3.6.5. Кровотечение

Причины

- Патология тромбоцитов, ДВС-синдром, гепаринизация пациента, тромбоцитопения, опухоли, в том числе изъязвленные.
- Инфекции, в частности, протекающие с септициемией.
- Лекарственные препараты, такие как гепарин, варфарин, аспирин, НПВП.
- Изъязвления пищеварительной системы.

Общее лечение

- Отмена антикоагулянтов и назначение свежезамороженной плазмы и витамина К – 5 мг в/в (действует спустя несколько часов).
- Рекомендуются инфузионные растворы кристаллоидов, тромбоцитарная масса, физиологическая сыворотка.
- Лечение инфекций.
- Лучевая терапия, если причиной является опухоль.
- При массивных терминальных кровотечениях рекомендуется наблюдать за пациентом. Если кровотечение минимальное, рекомендуются адсорбирующие средства и в/в терапия, а в случае обильного кровотечения рекомендуется назначение мидазолама и морфина в/в или в/м.
- Для зрительного уменьшения/маскировки объема кровотечения следует избегать светлого белья и использовать полотенца и простыни зеленого, розового и красного цветов.

Симптоматическое лечение

- **Транексамовая кислота** 500 мг-1,5 г, 2-4 раза в день перорально (способствует формированию тромба).
- **Этамзилат 12,5%** 4 мл в/м, повышает степень способности тромбоцитов к агрегации.
- **Аминокапроновая кислота 5%** 100 мл.

3.6.6. Гиперкальциемия

Гиперкальциемия - общий синдром при наличии костных метастазов (например, рак легких, молочной железы, простаты), возникает в результате эктопической секреции белка, схожего с паратиреоидным гормоном (ПТГ). В 30% случаев множественной миеломы обнаруживается гиперкальциемия.

Диагностика

- Повышенная концентрация кальция в плазме > 2,6 ммоль/л.
- Симптомы начинают беспокоить на уровне > 2,9 ммоль/л.
- Выраженная гиперкальциемия > 4 ммоль/л (в большинстве случаев приводит к летальному исходу).
- Гиперкальциемия может быть выявлена с такими симптомами, как тошнота, усталость, анорексия, помрачение сознания или эмоциональные нарушения, полидипсия, полиурия, запор и боль в животе.

Причины

- Костные метастазы.
- Опухоли, синтезирующие паратиреоидный гормон связывающий протеин (ПТГсП), например, рак легких.
- Обезвоживание, нарушение функции почек.
- Лечение тамоксифеном.

Лечение

- **Оценка причины** – последствие медикаментозного лечения или терминальное состояние?
- **Контроль сопутствующих симптомов.**
- **Правильная гидратация:**
 - легкая или умеренная гиперкальциемия (2,7-3,0 ммоль/л) – пероральная или внутривенная регидратация при помощи 1,5-2 л физиологического раствора в сутки;

- умеренная или тяжелая гиперкальциемия ($> 3,0$ ммоль/л) – внутривенная регидратация при помощи 2-4 л физиологического раствора в сутки.
- **Назначение бифосфонатов:**
 - **памидронат** – 90 мг, растворенный в 500 мл физиологического раствора, в течение 2 часов;
 - **клюдронат натрия** 1500 мг, растворенный в 500 мл физиологического раствора, в течение 2-4 часов;
 - **золедроновая кислота** 4 мг, растворенная в 50-100 мл физиологического раствора, в течение 15 мин.

После назначения бифосфонатов эффект наступает в течение 48-72 часов. По этой причине уровень кальция в плазме крови не рекомендуется определять повторно вплоть до четвертого дня. Эффект длится 20-30 дней, но уровень кальция следует определять спустя 3 недели после назначения лечения бифосфонатами.

Примечание. Симптоматическое лечение гемопозитической системы у больного ТБ проводится с соблюдением мер инфекционного контроля.

3.7. Уход и лечение при кожных симптомах

3.7.1. Кожные высыпания

Причины

- **Вызванные гистамином:**
 - аллергия, острая крапивница, укусы насекомых, паразитозы, чесотка.
- **Гистамин-независимые (без вовлечения гистаминового механизма):**
 - заболевания печени (например, обструкция желчных путей);
 - хроническая почечная недостаточность;
 - лимфомы;
 - паранеопластический синдром;
 - кожные заболевания (например, экзема, псориаз);
 - реакция отторжения трансплантата костного мозга;
 - дефицит железа;
 - системное лечение опиоидами.

У пациентов, страдающих ВИЧ-инфекцией, легкие и выраженные кожные высыпания могут являться побочным эффектом при приеме АРВ препаратов.

Лечение

- По возможности избегайте причин (в частности, лекарственных препаратов), которые могут вызывать зуд.
- Прикройте пораженную область при помощи ткани из хлопка, салфеток, повязки с пастой.
- Компрессы с использованием бикарбонатом натрия и мыла с нейтральным рН.
- Местное применение смягчающих средств для предупреждения почесывания.
- Использование смягчающих средств от зуда (например, ментол 1%).

Медикаментозное лечение

- **Антигистаминные препараты:**
 - хлорфенамин 4 мг – 4 раза в день;
 - лоратидин 10 мг в разовой дозе (не вызывает седацию).
- **При обструктивной желтухе:**
 - стентирование при полной обструкции;
 - гидроксид алюминия в виде микстуры, 15 мл – 2 раза в день;
 - рифампицин 150-300 мг, как индуктор ферментов;
 - даназол 200 мг;
 - налтрексон 25 мг.
- **При уремии:**
 - лечение при помощи ультрафиолетового облучения;
 - налтрексон 25 мг.
- **При лимфомах:**
 - химиотерапия/лучевая терапия, кортикостероиды;
 - ранитидин 150 мг – 2 раза в день.
- **При полицитемии:**
 - аспирин 75 мг.
- **Паранеопластический зуд:**
 - пароксетин 5-20 мг в день;
 - митразапин 7,5-15 мг на ночь.
- **Другие лекарственные препараты:**
 - онданстерон 8 мг в день (в случае зуда, вызванного опиоидами);
 - габапентин 100-300 мг – 2 раза в день (в случае нейропатического зуда).

При необходимости, следует обратиться к дерматологу или специалисту по паллиативной помощи.

3.7.2. Пролежни

Пролежни представляют собой повреждения кожи, обусловленные длительным сдавливанием мягких тканей между костным выступом и внешней твердой поверхностью. Внешней поверхностью считается матрас, инвалидная коляска или даже некоторые части тела. При сдавливании мягких тканей (кожи и мышц) нарушается кровообращение, которое их питает, что в итоге приводит к их омертвлению.

Классификация пролежней

- 1-я степень – эритема (проходит после прекращения давления на кожные покровы);
- 2-я степень – эритема, которая не проходит после прекращения давления. Могут наблюдаться ссадины, везикулы, разрывы на уровне эпидермиса, теплые кожные покровы;
- 3-я степень – изъязвление на уровне кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку и выделением серозно-кровянистого экссудата;
- 4-я степень – изъязвление, распространяющееся на подкожный слой, фасции, мышцы и кость. Часто наблюдаются некроз и инфекция.

Причины

- Внешние факторы – давление, сжатие, натирание, мацерация, недержание мочи и кала.
- Неподвижность, нарушение питания, обезвоживание, нарушение иннервации, пожилой возраст.
- Такие заболевания, как сахарный диабет или лечение стероидами.
- Кахексия и астения при раковых заболеваниях.

Общие принципы лечения

- Сохранение целостности кожного покрова, его поддержание в чистоте и максимальное сокращение времени его контакта с мочой и фекалиями.
- Снижение давления на уровне костных выступов.
- Активная или пассивная мобилизация пациента.
- Отказ от интенсивного массажа или протирания спиртом.
- Обеспечение надлежащего питания и гидратации.
- Предотвращение перегрева.
- Нанесение увлажняющего крема на зоны риска.
- Обеспечение контроля над болью.

Лечение

Обработка неинфицированных пролежней - стерильный изотонический раствор (физиологическая сыворотка).

Обработка инфицированных пролежней - антисептический раствор риванола 1% и бетадина. Раствор перекиси водорода применяется недолго, поскольку его длительное применение вызывает появление и прогрессирование пролежней.

Повязки:

- пролежни 1-й и 2-й степени без экссудации - используются гидроколлоидные повязки (грануфлекс, комфил, аквацелл), которые способствуют заживлению.
- пролежни 3-й и 4-й степени с выраженной экссудацией - используются стерильные абсорбирующие повязки. При наличии признаков инфекции проводится антибиотикограмма, а антибиотик назначается в виде мази или порошка. В случае некроза его отменяют.

Идеальная повязка должна:

- быть абсорбирующей;
- не прилипать;
- сохранять влажность;
- надежно защищать от попадания бактерий;
- не беспокоить пациента;
- быть нетоксичной;
- защищать рану от других повреждений.

3.7.3. Лимфедема

Лимфедема – это аномальное накопление жидкости, богатой протеинами (лимфы) в интерстициальной ткани, обусловленное нарушением лимфатического дренажа. Наиболее часто поражаются конечности, иногда – лицо, половые органы или туловище.

Диагностика проводится на основе анамнеза и клинического обследования. Следует отличать от отека при сердечной и почечной недостаточности, венозной обструкции, гипоальбуминемии.

Причины

- Первичная, врожденная или семейная.
- Вторичная, обусловленная опухолью, постхирургическая, постлучевая.
- Повторная стрептококковая инфекция.

Немедикаментозное лечение

- Местная гигиена, аккуратная промывка с применением крема для предотвращения сухости кожного покрова.
- Наружная компрессия – бандаж, который накладывается на срок до 12 часов.
- Массаж осуществляется без крема или масла (начинают с массирования проксимальных зон и заканчивают конечностями).
- Физические упражнения, которые пациент переносит. Следует делать медленно и без усилий.

Медикаментозное лечение не очень эффективно. Рекомендуются диуретики, способные уменьшить ощущение напряжения, или **дексаметазон** 8 мг, а при наличии инфекции – лечение антибиотиками.

Примечание. Терапия поражений кожного покрова у больного ТБ проводится с соблюдением инфекционного контроля.

Особенности паллиативной помощи больным туберкулезом

Несмотря на то, что туберкулез (ТБ) в настоящее время поддается лечению, согласно данным ВОЗ, он является одной из 10 ведущих причин смерти в мире. Паллиативная помощь, оказываемая больным ТБ и лекарственно-устойчивым ТБ, способствует улучшению качества их жизни и позволяет уменьшить распространение заболевания.



4.1. Роль паллиативной помощи в контроле над ТБ

Услуги по паллиативной помощи, оказываемые больным ТБ, способствуют улучшению качества их жизни и являются полезными как для индивидуума, так и для общества, благодаря:

- росту самооценки пациентов с ТБ и членов их семей;
- уменьшению стигмы, связанной с ТБ;
- уменьшению распространения ТБ в результате эффективного инфекционного контроля на дому и в больнице;
- интенсивному выявлению новых случаев в ходе скрининга людей с риском заражения ТБ. Это касается всех новых пациентов, зарегистрированных пациентов, получающих паллиативную помощь, и членов семьи или окружающих больного людей, у которых имеются симптомы, связанные с заболеванием (кашель, ночное потоотделение, субфебрильная температура и потеря веса);
- обеспечению эффективной поддержки при лечении в результате информирования пациентов и членов их семей о заболевании. Подобное информирование должно охватывать пути передачи ТБ, инфекционный контроль, включая гигиену кашля, сбор и элиминацию мокроты в безопасных условиях, лечение ТБ и контроль побочных эффектов;
- организации ухода при ВИЧ и ТБ, проведению профилактического лечения ТБ у ВИЧ-инфицированных больных, у которых ТБ в активной форме был исключен;
- сотрудничеству с медицинскими работниками в области здравоохранения в целях обеспечения продолжительного оптимального ухода за пациентами, страдающими ТБ с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ-ТБ) и ТБ с широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ-ТБ);
- оценке риска заболевания членов семейства, в особенности детей, и обеспечению эффективного инфекционного контроля на дому до выписки пациента с МЛУ-ТБ и ШЛУ-ТБ;
- обеспечению ухода с состраданием в конце жизни и оказания поддержки родным после смерти больного;
- соответствующему обучению медицинского персонала в противотуберкулезных диспансерах паллиативной помощи для того,

чтобы пациенты, страдающие лекарственно-устойчивым ТБ, получали комплексный и надлежащий уход;

- поддержке медико-санитарных учреждений для усовершенствования лечения ТБ посредством оказания помощи в начале лечения, инфекционного контроля, отслеживания контактов и скрининга, поставки лекарственных препаратов.

Пациентам с МЛУ-ТБ паллиативную помощь следует обеспечить с момента постановки диагноза. Паллиативная помощь, предоставляемая таким пациентам, не замещает медикаментозное лечение, а дополняет его. Паллиативная помощь также включает уход в конце жизни и является абсолютной необходимостью, поскольку качество жизни любого пациента имеет значение.

Пациентам, страдающим чувствительным ТБ (особенно если они являются ВИЧ-инфицированными), также следует предоставить услуги паллиативной помощи.

При предоставлении паллиативной помощи больным ТБ возникает ряд проблем:

- страх заразиться ТБ и в то же время нерешительность при использовании защитной маски при контакте с пациентом, болеющим ТБ, связанная с нежеланием «стигматизировать» пациента;
- совмещение цели лечения с паллиативной помощью порождает неуверенность в предоставлении больному МЛУ-ТБ возможности общаться с членами семьи на прогрессирующей стадии заболевания;
- решение о вынужденной изоляции от семьи в конце жизни ввиду повышенного риска заражения близких МЛУ-ТБ или ШЛУ-ТБ.

4.2. Клиническая паллиативная помощь больным ТБ

Непрерывное размножение бактерий, подтвержденное микроскопически и/или при посеве культуры через 8-10 месяцев лечения, двухсторонний расширенный процесс развития, противопоказанное хирургическое лечение, наличие широкой лекарственной устойчивости, тяжелое состояние пациента (потеря веса, выраженная дыхательная недостаточность, полиорганная недостаточность) – критерии для отмены противотуберкулезного лечения. Но даже в таких случаях обеспечение надлежащего симптоматического лечения остается абсолютно необходимым.

4.2.1. Боль

Следует определить причину боли:

- воспаление, из-за того, что ТБ затронуты легкие, плевра или другие внутренние органы;
- болезненное сокращение мышц при сильном кашле;
- боль в костях как результат проникновения ТБ в позвоночник или кости;
- боли в суставах при подагре или гнойном артрите;
- боль в ногах: периферическая нейропатия, вызванная лекарственными препаратами.

Рекомендации по лечению боли:

- легкая боль: **парацетамол** 2×500 мг, каждые 4-6 часов;
- умеренная боль: **фосфат кодеина** 30-60 мг, каждые 4 часа;
- сильная боль: **сульфат морфина** 5-10 мг, каждые 4 часа;
- боли в костях: **ибупрофен** 200-400 мг, каждые 8 часов;
- нейропатическая боль: **витамин В₆** (пиридоксин) 100 мг (за исключением беременности) и **амитриптилин** 25 мг на ночь.

4.2.2. Тошнота и рвота

Тошнота и рвота у пациентов с ТБ могут возникнуть по разным причинам, поэтому необходимо выяснить, чем именно вызвано это состояние:

- побочные эффекты при приеме противотуберкулезных препаратов (некоторые лекарственные препараты, например, изониазид, рифампицин или пиперазид, могут вызвать разрушение печени). Необходимо проверить, нет ли симптомов желтухи, и, по возможности, исследовать печеночные ферменты пациента (АЛТ в норме);
- побочные эффекты при приеме антиретровирусных препаратов (необходимо учесть лактацидоз и направить таких пациентов в больницу для обследования и терапии);
- оппортунистические инфекции или другие осложнения;
- если пациент также жалуется на постоянные сильные головные боли, следует исключить повышение внутричерепного давления или менингит. Таких пациентов необходимо направить на обследование.

Терапия легкой тошноты и рвоты после исключения всех выше перечисленных причин:

- **метоклопрамид** 10 мг каждые 8 часов в течение 1 или 2 дней, затем повторное обследование;

В идеале противотуберкулезные лекарственные препараты следует принимать на голодный желудок, но в случаях тошноты и рвоты рекомендуется перед их приемом что-то перекусить, чтобы в течение 1-2 дней понять, будут ли лекарственные препараты переноситься лучше. (Более подробно рекомендации по лечению побочных эффектов противотуберкулезных лекарственных препаратов, а также информацию о взаимодействии противотуберкулезных и антиретровирусных препаратов см. в приложениях 3-7).

4.2.3. Нарушение глотания и кашель

Нарушение глотания и сильный кашель могут быть предотвращены путем назначения небольшой дозы морфина перорально. Начальная доза составляет 5 мг каждые 4 часа, (при необходимости ее следует постепенно увеличивать).

4.2.4. Наркотические препараты и побочные эффекты

Боль: см. выше

Тошнота: см. выше

Кожные высыпания: крапивница - **хлор-триметон** 2-4 мг в течение 2 дней, затем повторное обследование; при распространенных высыпаниях, сопровождающихся изъязвлениями в ротовой полости и конъюнктивитом (синдром Стивенса-Джонсона), необходимо обратиться в медицинское учреждение.

4.2.5. Ночное потоотделение

Требуется частая смена постельного белья и пижамы и исчезает, когда противотуберкулезное лечение начинает действовать.

4.2.6. Поддерживающее питание:

- поощрение более частого приема пищи в малых количествах вплоть до возвращения у пациента аппетита;
- ежедневный прием витаминов В и С;
- поиск возможности предоставления пациенту поддерживающего питания (наборы продуктов питания).

4.2.7. Здоровье семьи и опекунов

Команда по паллиативной помощи может проверить всех членов семьи на наличие ТБ. Каждого человека с подозрением на ТБ следует направить на тщательное обследование. Семье необходимо оказать поддержку для максимального инфекционного контроля на дому.

4.3. Инфекционный контроль

Инфекционный контроль над ТБ осуществляется путем сочетания мер, которые предусматривают снижение риска передачи ТБ. В основе этих мер - ранняя и своевременная диагностика, а также соответствующее лечение пациентов с ТБ.

Меры контроля передачи ТБ инфекции подразделяются на: управленческие или административные, инженерные (экологические) и личные меры защиты органов дыхания. Административные меры наиболее эффективны для снижения риска передачи инфекции ТБ.

Административные меры контроля подразумевают разработку политики, программ и других управленческих мероприятий в области инфекционного контроля над ТБ, которые способствуют снижению риска заражения людей, неинфицированных ТБ, от источника инфекции. Поскольку подверженность инфекционному аэрозолю не может быть устранена только посредством вышеупомянутых административных мер, в местах повышенного риска могут быть применены различные меры инженерного контроля для снижения концентрации инфекционного аэрозоля в палатах/домашних помещениях.

Инженерный контроль (экологический) предотвращает распространение и снижает концентрацию инфекционного аэрозоля в окружающей среде. Инженерный контроль включает в себя следующие технологии, которые подавляют или нейтрализуют *M.tuberculosis* (микобактерию ТБ или палочку Коха):

- естественная вентиляция;
- механическая вентиляция;
- высокоэффективные воздушные фильтры (высокоэффективная фильтрация частиц) устраняют инфекционные частицы из воздуха, который проходит через фильтр;
- ультрафиолетовое облучение (УФО), обладающее бактерицидным эффектом (разрушение микобактерий).

Ультрафиолетовое облучение используется как дополнительная инженерная мера, в случае если вентиляции недостаточно для инфекционного контроля над передачей туберкулезной инфекции. Медицинские устройства, которые генерируют такой тип облучения, называются ультрафиолетовые (бактерицидные) лампы.

Защитное УФО рекомендуется в зонах с высокой вероятностью распространения туберкулезной инфекции (помещения, в которых посетители медицинских учреждений – особенно в специализированных по ТБ клиниках - ожидают приема, отделение срочного приема, места скопления пациентов, палаты, в которых находятся больные, помещения с недостаточной вентиляцией) и его следует использовать постоянно (круглосуточно).

Помещения, в которых находятся пациенты с ТБ, должны хорошо освещаться и проветриваться.

Личные меры защиты органов дыхания – использование средств защиты органов дыхания (маска, респиратор) при высоком риске заражения, когда концентрация инфекционных частиц не может быть снижена надлежащим образом при помощи административного и инженерного контроля. Индивидуальная защита органов дыхания обеспечивает защиту медицинского персонала и помощников в помещениях, где концентрация инфекционных частиц не может быть снижена до минимального уровня за счет административного и инженерного контроля.

Средства индивидуальной защиты органов дыхания разработаны таким образом, чтобы покрывать рот и нос человека, обеспечивая фильтрацию инфекционных частиц из воздуха.

Хирургические маски были изначально созданы для защиты пациента от аэрозоля, выделяемого врачом и медсестрой во время медицинских процедур. Несмотря на то, что, как правило, хирургические маски используются медицинским персоналом для обеспечения защиты дыхательных путей, они не предоставляют полной защиты, людям, которые их носят в тех случаях, когда речь идет о *M.tuberculosis*, и их не следует использовать с этой целью. Хирургические маски следует предлагать пациентам с подозрением на инфекцию и носителям ее. Правильное использование маски снижает количество инфекционного аэрозоля, выделяемого пациентом с ТБ. Вот почему распределение/предоставление масок должно сопровождаться обучением пациентов их правильному использованию.

Респиратор является индивидуальным средством защиты органов дыхания, которое закрывает рот и нос и имеет специфическую способность фильтрации воздуха. В отличие от хирургической маски, респиратор содержит фильтр и разработан таким образом, чтобы герметично закрывать лицо для предупреждения проникновения инфекционных частиц под маску. Респираторы используются только в специализированных учреждениях, как правило, в туберкулезных диспансерах, в сочетании с административными мерами и мерами контроля окружающей среды. Так же, их следует рекомендовать поставщикам паллиативных услуг на дому и членам семьи, заботящимся о больном (в особенности тем, у которых снижен иммунитет), если больной является бацилловыделителем.

Важно! Если в семье, где больному ТБ оказывается паллиативная помощь на дому, есть дети в возрасте до 5 лет, им следует проводить как можно меньше времени в одном помещении с больным. При этом детей, контактировавших с больными, следует наблюдать согласно требованиям Национального клинического протокола «Детский туберкулез».

4.4. Гигиена кашля

Основные принципы:

- не кашлять в сторону других людей;
- не разрешать кому-либо кашлять в вашу сторону;
- не разрешать кому-либо кашлять в сторону других людей;
- научиться самому, и научить близких и пациентов использовать при кашле одноразовые салфетки или прикрывать рот тыльной стороной ладони;
- беседовать со всеми членами семьи по поводу гигиены кашля;
- не оставаться продолжительное время в помещениях, где кто-то кашляет;
- проветривать как можно чаще комнату, где кто-то кашляет.

4.5. Поведение родных и близких при оказании паллиативной помощи больному ТБ

Особенности режима и инфекционный характер заболевания предусматривают изолирование больного на начальном этапе лечения. В этот момент больной больше всего нуждается в поддержке близких. Внимание и забота окружающих людей позволяют пациенту перенести психоэмоциональный дискомфорт, вызывают у него позитивные эмоции и способствуют скорейшему выздоровлению. Близкие могут активно участвовать в лечении больного, побуждая его соблюдать режим и предписанные визиты к врачу.

Люди из окружения больного, как минимум раз в год, должны посещать семейного врача для профилактического контроля, а в случае появления симптомов заболевания, им следует как можно скорее обратиться за консультацией к специалисту.

Кто подвержен заражению ТБ?

Высокому риску инфицирования подвержены:

- люди, которые находятся в постоянном контакте с больным ТБ легких;
- люди со сниженным иммунитетом, вызванным недостатком питания и неблагоприятными условиями жизни, хроническими заболеваниями;
- люди, зараженные ВИЧ-инфекцией;
- люди, которые курят, употребляют алкоголь и/или наркотики;
- дети, не вакцинированные против ТБ.

Если дома находится больной ТБ, чтобы предотвратить заражение окружающих, следует часто проветривать помещение и проводить влажную уборку 2-3 раза в день. Больному во время кашля и чихания, следует прикрывать

нос и рот платком или салфеткой, использовать плевательницы, которые необходимо дезинфицировать. Платки и салфетки с мокротой необходимо сжечь. Очень важно соблюдать меры по инфекционному контролю путем предоставления сосуда с герметичной крышкой, который содержит дезинфицирующий раствор, используемый для сбора мокроты.

Как избежать заражения родных и близких ТБ?

Запомните:

- микобактерия ТБ быстро разрушается под действием прямых солнечных лучей, веществ, содержащих хлор и высоких температур;
- помещение, в котором находится пациент с ТБ, необходимо проветривать как можно чаще, не реже 2-3 раз в день; рекомендуется обработка поверхностей (полы, мебель и т.п.) дезинфицирующими растворами;
- во время кашля и чихания больному следует прикрывать рот и нос платком, желательнее разовым. Выделенную мокроту необходимо собирать в специальный контейнер, который затем моют и дезинфицируют. Платки и салфетки, которыми пользовался больной, так же необходимо собирать и уничтожать;
- больному следует пользоваться индивидуальной посудой. Вещи больного необходимо проветривать и просушивать на солнце.

Особенности паллиативной помощи детям

В педиатрии паллиативная помощь предоставляется детям, страдающим от тяжелых заболеваний (в том числе от генетических нарушений, рака, недоношенности, неврологических нарушений, заболеваний сердца и легких) и семьям, в которых есть такие дети. Паллиативная помощь призвана справиться с такими симптомами этих состояний, как боль, затрудненное дыхание, слабость, запор, тошнота,



потеря аппетита, нарушение сна и другие, чтобы облегчить жизнь ребенка и его родных.

5.1. Основные принципы предоставления педиатрической паллиативной помощи

Лечение желательно начинать как можно раньше, принимая во внимание, что в центре внимания паллиативной помощи детям, в первую очередь, находится семья, ее ценности, традиции и культура.

С каждым ребенком необходимо наладить открытое и искреннее общение на тему болезни или определенных ситуаций с учетом уровня развития и возраста пациента.

Чтобы помочь ребенку справиться с проблемами эмоционального характера, следует по возможности обеспечить ему эмоциональную поддержку, предоставить ему доступ к возможностям для личностного роста и развития талантов.

Ребенок должен как можно дольше продолжать обучение (при этом допускаются индивидуальные занятия на дому) и участвовать в социальной жизни, что позволит ему общаться со сверстниками, а впоследствии с группами и организациями волонтеров, и получать необходимую духовную поддержку в соответствии с религиозными и культурными особенностями его семьи.

Паллиативный уход за детьми предполагает сотрудничество между ребенком, семьей, школой и специалистами в области здравоохранения, включая медсестер, социальных педагогов и работников, работников службы первичной медицинской помощи, врачей-специалистов и специалистов в области паллиативной помощи, и осуществляется группой паллиативной помощи.

5.2. Значение и роль педиатрической паллиативной помощи

Команда по паллиативной помощи поддерживает ребенка и его родных, помогая не только справиться с симптомами, но и понять и выбрать схему лечения.

Сотрудничая с лечащим врачом, команда по паллиативной помощи оказывает следующие виды поддержки:

- профессиональное лечение симптомов, включая своевременное купирование боли лекарственными и нелекарственными способами;
- реализацию потенциала физического и умственного развития ребенка (этот аспект учитывается при рассмотрении любой формы лечения);
- медсестринский уход;
- помощь в выборе схемы лечения;
- общение и эмоциональную поддержку для ребенка и его семьи.

Специалисты в области паллиативной помощи понимают, что болезнь ребенка затрагивает не только его самого, но и других людей, особенно родителей, братьев, сестер и других членов семьи. Сюда входят и другие близкие родственники, а также одноклассники и друзья. Оказание поддержки каждому человеку в жизни больного ребенка является важной составляющей паллиативной помощи. Одним членам семьи требуются индивидуальные или семейные консультации, а другим помогает групповая терапия, искусство и т.д.

Многие родители пытаются найти наиболее подходящий способ говорить с ребенком о его болезни. Команда по паллиативной помощи может дать полезные советы и порекомендовать необходимые источники информации тем, кто принимает участие в жизни ребенка, в том числе в школе и сообществе.

5.3. Сходства и различия между паллиативной помощью детям и взрослым

Хотя в основе паллиативной помощи детям и взрослым лежат схожие принципы, следует подчеркнуть различия между услугами, предназначенными этим двум возрастным группам.

Дети могут страдать от различных сложных заболеваний, которые не встречаются у взрослых. А болезни, встречающиеся у людей всех возрастов, могут по-разному проявляться у детей и у взрослых из-за особенностей анатомии и физиологии. Кроме того, растущий и развивающийся организм ребенка может изменить проявления и течение болезни. Таким образом, любой специализированный медицинский уход, включая паллиативную помощь, должен адаптироваться с учетом потребностей младенцев, детей или подростков.

Сходства:

- паллиативная помощь может предоставляться с самого начала болезни и вместе с основным лечением;
- паллиативная помощь нацелена на улучшение качества жизни посредством облегчения симптомов;
- команда по паллиативной помощи содействует информированию и воспитанию пациентов и их родных и помогает им принимать решения, касающиеся правильного ухода;
- команда по паллиативной помощи объединяет разных специалистов, включая врачей, медсестер, социальных работников и т.д.

Различия:

- для большинства детей тяжелая болезнь не является нормальным

состоянием, поэтому уход за тяжелобольными детьми и поддержка их семей представляет особую трудность;

- причины смерти у детей и у взрослых отличаются, что делает руководства по паллиативному уходу за взрослыми неподходящими для детей;
- в педиатрии существует множество редких болезней, к тому же предполагающих разные сроки жизни, от нескольких дней до нескольких лет. Ребенок может достичь взрослого возраста, что означает необходимость в оказании паллиативной помощи и применении комплексного многопрофильного подхода на протяжении многих лет;
- физическое, эмоциональное, когнитивное развитие ребенка продолжается, предполагая более сложные медицинские и социальные потребности, равно как и понимание болезни и смерти;
- особую трудность представляет решение этических и юридических вопросов в отношении детей;
- в оказание паллиативной помощи ребенку вовлекается вся семья, при этом обязанность по уходу ложится не только на родителей, но и на бабушек, дедушек, братьев и сестер. Кроме того, в одной семье может заболеть несколько детей, в этом случае может потребоваться консультация врача-генетика.
- решения о лечении детей, как правило, принимают их родители или опекуны, в то время как взрослые пациенты могут сами принимать решения, касающиеся их состояния;
- в педиатрии паллиативная помощь может включать игротерапию.

5.4. Критерии отбора пациентов-детей для предоставления паллиативной помощи

Существует большое количество патологий, требующих педиатрической паллиативной помощи, однако продолжительность помощи может быть различной и предсказать ее трудно. Согласно Руководству по развитию услуг по паллиативной помощи детям, предложенному Ассоциацией паллиативной помощи детям (АПП) и Королевкой коллегией педиатрии и здоровья детей Великобритании, заболевания с неблагоприятным прогнозом и заболевания, представляющие угрозу для жизни, при которых пациент нуждается в паллиативной помощи, могут быть разделены на 4 группы:

1. Заболевания, представляющие угрозу для жизни, лечение которых возможно, но может быть безрезультатным. Услуги служб паллиативной помощи необходимы наряду с попытками лечения и/или если лечение не приносит результатов.

2. Заболевания, при которых преждевременная смерть неизбежна и требуется долгосрочная интенсивная терапия, предназначенная для продления жизни и участия в повседневной деятельности.
3. Прогрессирующие заболевания без существующих вариантов лечения; лечение исключительно паллиативное и может продолжаться многие годы.
4. Необратимые, но не прогрессирующие заболевания, которые могут привести к осложнениям или преждевременной смерти и при которых необходим комплексный уход.

Диагноз не является единственным критерием для отбора бенефициаров педиатрической паллиативной помощи. Другие критерии отбора детей, которым необходима педиатрическая паллиативная помощь:

- развитие заболевания;
- текущая клиническая ситуация;
- терапевтические возможности;
- ресурсы местной системы здравоохранения;
- доступность педиатрической паллиативной помощи.

5.5. Боль

Боль – один из самых часто встречающихся симптомов у детей, нуждающихся в педиатрической паллиативной помощи. Изучение причин боли у пациента начинается с понимания того, что она является нелечазимым симптомом у детей. Следует принять во внимание, что:

- дети долгое время страдают от боли, вызванной травмой, болезнями и психологическими факторами;
- дети способны чувствовать боль с рождения, а недостаточное лечение боли приводит к неоправданному страданию, а также к пагубным психологическим последствиям;
- дети способны чувствовать много видов боли: острую и повторяющуюся, хроническую и постоянную;
- дети могут описать свою боль;
- существует много доступных методов и способов для оценки боли у маленьких детей и даже у новорожденных. Для детей на превербальной и невербальной стадии развития оценка боли включает наблюдение за выражением лица, плачем, движениями тела и жизненными показателями;
- оценку и наблюдение за болью у детей следует проводить регулярно;

- дети с выраженной болью нуждаются в сильных болеутоляющих препаратах;
- дети могут скрывать боль, если считают, что может последовать что-либо неприятное (например: госпитализация, неприятные манипуляции, печаль родителей), таким образом, скрывание боли не означает отсутствие таковой.

Облегчение боли может быть достигнуто за счет всестороннего подхода к проблеме и назначения комплексного лечения.

5.5.1. Оценка боли у детей.

При выборе шкалы оценки боли и методов ее измерения следует руководствоваться следующими критериями:

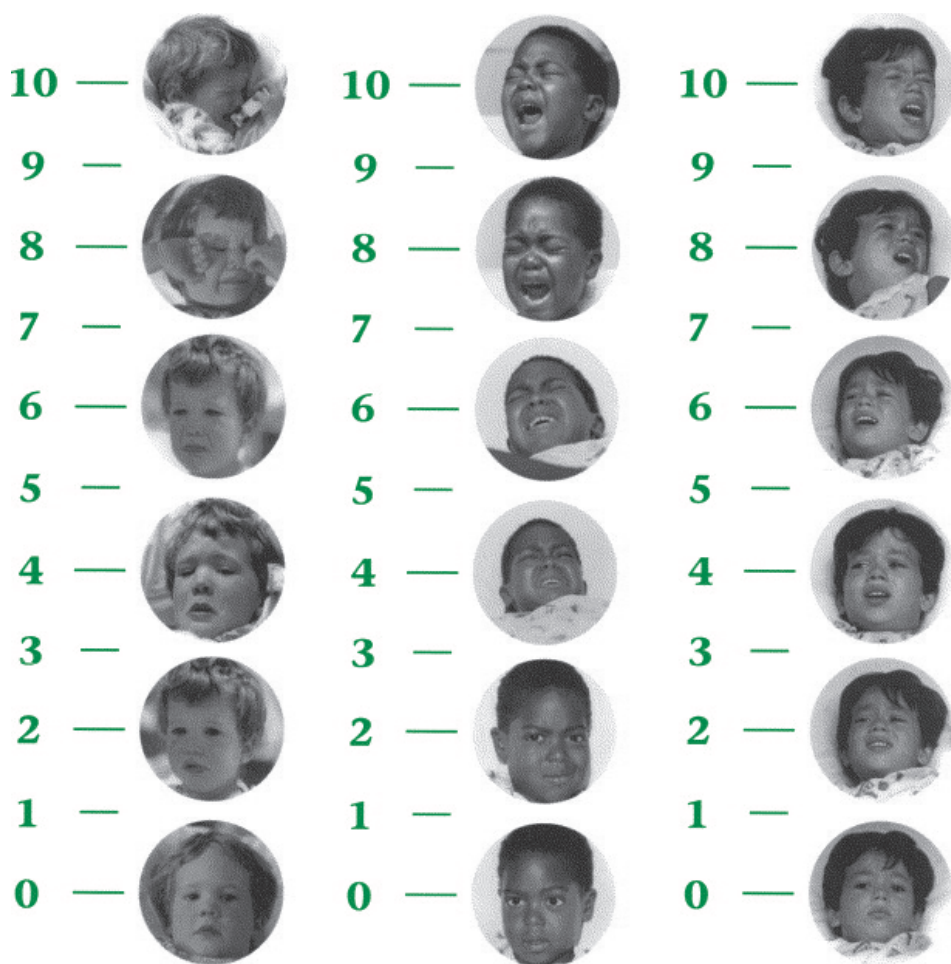
- соответствие выбранного метода возрастной категории, уровню развития и социокультурному аспекту и охват всех типов постоянной боли у детей;
- доступность для понимания и возможность разъяснения метода ребенку, родителям/опекунам и поставщикам медицинских услуг;
- легкий, краткий и быстрый процесс фиксирования результата;
- регистрация и легкое толкование полученных данных;
- доступность и незатратность;
- минимальная потребность в материалах или оборудовании (бумага, карандаши, цвета, и т.д.);
- возможность легкой дезинфекции в случае использования инструмента многократного применения;
- мобильность;
- подкрепление доказательствами (срок действия, надежность, изменчивость, интерпретируемость и осуществимость через исследование);
- наличие тестирования на многих народностях и в культурах и широкое использование.

Поставщики медицинских услуг должны быть обучены применению инструментов для измерения боли и интерпретации полученных данных.

Оценка боли осуществляется при помощи одномерных и многомерных методов. Одномерные методы оценки боли оценивают ее только по одному параметру. Виды одномерной шкалы:

- шкала числовой оценки (рис.5.1-5.3, 5.5);
- визуально-аналоговая шкала (рис.5.4);
- другие: словесное описание, оценка лица.

Рис. 5.1. Шкала OUCHER



Как использовать шкалу OUCHER?

Шкала изображений (объяснение для пациента)

Эти фотографии называются шкала OUCHER. Шкала помогает детям описать боль, которую они испытывают. Работает она следующим образом: вот это изображение показывает, что ребенок не испытывает какой-либо боли (указываем на нижнее изображение), вот это изображение показывает незначительную боль

(указываем на второе изображение), вот это изображение показывает более сильную боль (третье изображение) и т.д.

Задаем вопрос: «Можешь ли ты указать на изображение, которое показывает, насколько сильной является у тебя боль в настоящий момент?». После того, как дети выберут изображение, их выбор приравнивается к цифровой шкале от 0 до 10.

Шкала чисел (объяснение для пациента)

Эти фотографии называются шкала OUCHER. Шкала помогает детям описать боль, которую они испытывают. Работает она следующим образом: 0 означает, что боли нет. Эта часть (указываем на нижнюю треть, от 1 до 3) означает присутствие несильной боли. Эта часть (указываем на среднюю треть шкалы, от 4 до 6) означает, что боль средняя. Эта часть (указываем на верхнюю треть шкалы, от 7 до 9) означает присутствие сильной боли. Если ты укажешь на номер 10, значит, ты испытываешь максимально сильную боль, которая может быть.

Задаем вопрос: «Можешь ли ты указать на номер, который отражает боль, которую ты испытываешь сейчас?»

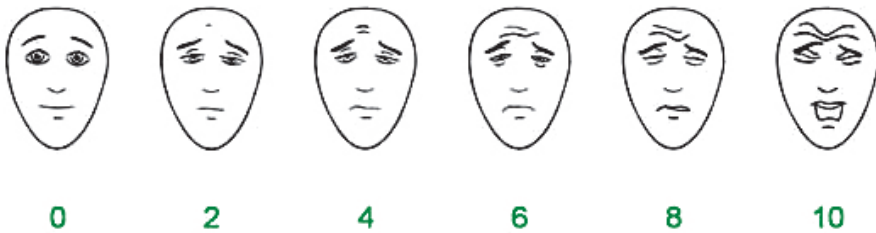
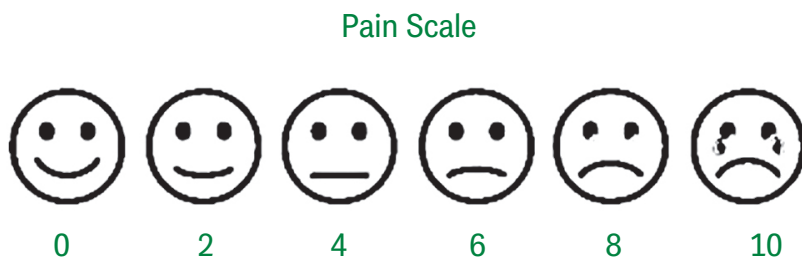


Рис. 5.2. Шкала с символическими образами (лицевая шкала, пересмотренная)

На лицевой шкале представлен ряд изображений, расположенных в порядке, указывающем прогрессивный рост интенсивности боли, от «без болевых ощущений» до «наисильнейшая боль». В литературе существует около 20 видов лицевых шкал. Большое количество типов лицевых шкал обусловлено отсутствием общепринятых версий. Лицевая шкала разработана таким образом, чтобы дети ее легко понимали. Такой способ оценки боли привлекателен тем, что изображение не нужно переводить в числовое значение, которое может быть выше детского понимания.

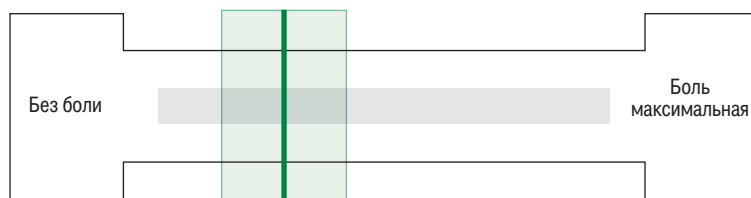
Рис. 5.3. Шкала изображения боли, пересмотренная, или шкала с символическими образами, пересмотренная (ШСО-П)



Нумерация слева направо 0, 2, 4, 6, 8 или 10. «0» соответствует «боли нет», а «10» соответствует «очень сильная боль». Не используйте такие слова как «грустный» и «веселый». Шкала направлена на оценку того, как себя чувствуют дети, а не на то, как выглядят лица на изображении.

Общаясь с пациентами, используйте слова «боль» и «страдания», исходя из того, какое слово вы считаете более приемлемым для каждого конкретного ребенка. Пример: «Эти изображения показывают, насколько сильна боль, которую может чувствовать любой человек. Это изображение (укажите на изображение слева) показывает того, у кого ничего не болит. Другие изображения показывают того, у кого боль усиливается (покажите их слева направо) до этого (покажите на изображение справа),– которое показывает того, у кого очень сильная боль. Покажи изображение, которое показывает насколько сильная у тебя сейчас боль».

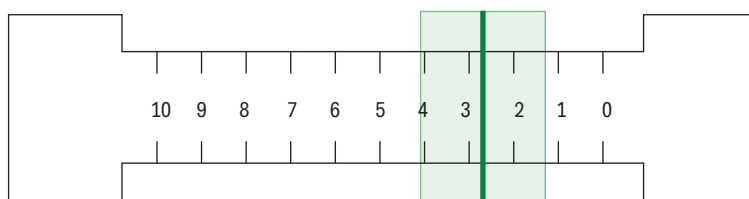
Рис. 5.4. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)



При применении визуально-аналоговой шкалы используют вертикальную или горизонтальную линию, как правило, длиной 10 см, со словами или изображениями, обозначающими непрерывность от отсутствия боли до сильной боли. ВАШ является

простым, надежным и чувствительным инструментом, который позволяет пациенту выразить интенсивность боли, отмечая уровень боли вдоль линии, используя при этом скользящее устройство.

Рис. 5.5. Шкала числовой оценки боли



Шкала числовой оценки используется чаще всего. Пациенты оценивают уровень боли по шкале от 0 до 10 или от 0 до 5, где 0 означает, что боли нет, а 5 или 10 означают самую сильную воображимую боль. Числа, используемые на данной шкале (например, 0-5; 0-10; 0-100), расположены в порядке возрастания, указывая на постепенное увеличение интенсивности боли. Для того чтобы использовать такой тип шкалы ребенок должен понимать общую концепцию чисел.

Многомерные методы позволяют оценить боль по нескольким параметрам и обычно используются по отношению к подросткам. Доступные многомерные вопросники позволяют проводить оценку, узнавая интенсивность боли, частоту, длительность, свойства и чувствительность пациента к боли. Кроме того, оцениваются используемые стратегии по преодолению боли и влияние боли на повседневную деятельность пациента.

Оценка уровня боли при отсутствии у детей возможности говорить (в том числе и у детей с когнитивными нарушениями) основана на наблюдении за поведенческими симптомами и их оценке. В настоящее время все методы оценки изменения поведения ориентированы на острую боль, связанную с диагностическими процедурами такими, как аспирация костного мозга, спинномозговая пункция или послеоперационные боли. Существует также вариабельность выражения боли у детей, которые еще не говорят, и у детей с когнитивными расстройствами. На степень выражения боли может оказывать влияние болезнь и состояние ребенка, например, если у ребенка недостаточность питания. Для того чтобы выявить у ребенка поведение, выражающее боль, его нужно уважать и использовать индивидуальный подход к нему. Основные поведенческие реакции при острой боли:

- выражение лица;
- движение тела и позы;
- неспособность успокоиться;
- плач;
- стоны.

Эти поведенческие реакции могут быть уменьшены при постоянной боли, за исключением периода обострения.

Показатели, используемые при оценке боли:

Поведенческие показатели:

- движения ребенка,
- адаптация к механической вентиляции,
- мимика,
- реакция на обследование и уход.

Биологические показатели:

- частота сердечных сокращений;
- артериальное давление (АД);
- частота дыхания;
- сатурация (насыщение) кислородом крови;
- потоотделение;
- внутричерепная гипертензия.

В поведении детей с хроническими болями можно заметить:

- ненормальное положение тела;
- страх перемещения;
- отсутствие выражения лица;
- отсутствие интереса к окружению;
- необоснованное молчание;
- повышенную раздражительность;
- подавленное настроение;
- нарушение сна;
- гнев;
- изменения аппетита;
- плохую успеваемость в школе.

Недоедающие дети могут выражать боль не с помощью мимики и плача, а лишь слабым нытьем или стонами, а физическое реагирование может быть ограничено в связи с недостаточным развитием и апатией. Сиделки часто являются основным источником информации, особенно для детей довербального возраста.

Общие рекомендации по использованию шкал оценки боли:

- если возможно, покажите ребенку шкалу, когда он не испытывает боли, т.к. боль повлияет на концентрацию ребенка;
- объясните ребенку, что шкала измеряет степень боли, а не тревоги или страха боли;
- предоставьте ребенку шанс использовать шкалу в гипотетических ситуациях, которые показывают низкий и высокий уровень боли;
- по возможности проведите периодические оценки боли и наблюдайте эффект от ее снятия;
- учитывайте заметки, сделанные при планировании лечения;
- используйте меры наблюдения для очень маленьких детей или детей с когнитивными расстройствами;
- расхождения, возникающие при подсчете баллов боли, предоставляемых ребенком, родителями (мамой) и медиком, часто могут быть решены путем переговоров.

Сравнительная характеристика различных инструментов измерения интенсивности боли приведена в табл. 5.1.

5.5.2. Медикаментозное лечение боли.

Правильное использование анальгетиков облегчает боль у большинства детей с постоянной болью и основывается на следующих ключевых принципах:

- лечение боли по двухступенчатой стратегии;
- прием доз препарата через равные промежутки времени;
- использование соответствующего способа приема;
- адаптация лечения для каждого ребенка.

Последние три принципа были введены ВОЗ в 1986 г., вместе с введением трехступенчатой стратегии по контролю боли. Эту трехступенчатую шкалу отказались применять к детям в пользу двухступенчатой.

Контроль над болью при использовании двухступенчатой стратегии.

Рекомендуется использовать лечение анальгетиками в 2 этапа, в зависимости от тяжести боли у детей:

- этап 1, слабая боль - НПВП (ацетаминофен, ибупрофен);
- этап 2, умеренная или сильная боль - опиоиды (морфин, фентанил).

Таблица 5.1

Инструменты для измерения интенсивности боли у детей

Инструмент	Шкала с символическими образами (лицевая шкала, пересмотренная)	Визуально-аналоговая шкала (ВАШ)	Шкала Oucher	Шкала числовой оценки (0 - 10)
Возрастной диапазон для применения метода	4 года - 12 лет	> 8 лет	3 года - 12 лет	> 8 лет
Комментарии (сильные и слабые стороны метода, ограничения, культурное обоснование)	Лица нарисованы без этнического различия. Начинаются с нейтрального выражения и достигают лица, выражающего сильную боль, но без слез. Простой, быстрый в использовании, требует минимальных инструкций, которые переведены более чем на 35 языков	Чувствительный к изменениям, требует высокой степени абстрагирования, чтобы указать на линии, а также различные словесные выражения для различных степеней боли	Фотографическая шкала с различными выражениями боли для детей младшего возраста включает в себя числовую шкалу баллов (0-10), которая может быть использована и для детей старшего возраста. Существует 4 варианта фотографической шкалы (в зависимости от культуры): для афроамериканских, латиноамериканских, азиатских и кавказских народностей	Шкала числовой оценки может применяться устно при просьбе словами выразить уровень своей боли по шкале от 0-10 (0 - при отсутствии боли и 10 при самой сильной боли)
Легкость (сложность) использования	Легко использовать и подсчитывать баллы, легко воспроизвести при помощи ксерокопирования	Простая в применении, легко воспроизводимая, но ксерокопирование может изменить шкалу, увеличивая или уменьшая длину линии	Фотографическая шкала Oucher требует дорогостоящей цветной печати	Шкала числовой оценки может использоваться устно без каких-либо печатных материалов

Этап 1, слабая боль. Парацетамол и ибупрофен являются препаратами, применяемыми на первом этапе (при слабой боли). Детям в возрасте старше 3 месяцев, которые могут принимать пероральные препараты, и чья боль оценивается как легкая, назначаются парацетамол и ибупрофен. Для детей в возрасте до 3 месяцев единственным препаратом является парацетамол.

Безопасность применения другого НПВП в качестве альтернативы ибупрофену и парацетамолу в педиатрии не была достаточно доказана. Оба препарата должны быть доступны для снижения слабой боли в педиатрии. Они широкодоступны в стандартной лекарственной форме, подходящей детям, например, в виде пероральных растворов, ректальных свечей, таблеток.

Таблица 5.2

Применение НПВП для контроля боли у детей

Лекарство (пероральная форма)	Новорожденные (0-29 дней)	Дети от 1 до 3 месяцев	Дети от 3 до 12 месяцев, дети от 1 года до 12 лет	Максимальная доза в течение 24 часов
Парацетамол	5-10 мг/кг каждые 6-8 часов	10 мг/кг каждые 4-6 часов	10-15 мг/кг каждые 4-6 часов	4 дозы в день
Ибупрофен			5-10 мг/кг каждые 6-8 часов	40 мг/кг в день

Внимание! Истощенные дети более восприимчивы к токсическому действию препарата в стандартных режимах дозирования.

Этап 2, умеренная или сильная боль. Если выраженность боли оценивается как умеренная или тяжелая, требуется применение сильного опиоида. Морфин является препаратом, на который падает выбор на втором этапе, хотя и другие сильные опиоиды должны быть рассмотрены и доступны для пациента, чтобы обеспечить альтернативу морфину, если возникает непереносимость и побочные эффекты.

Лечение боли через равные промежутки времени. Когда боль присутствует постоянно, анальгетики следует вводить через равные промежутки времени (по времени, а не по мере необходимости), постоянно контролируя возникновение побочных эффектов.

Препарат следует вводить регулярно, за исключением случаев, когда болевые эпизоды действительно прерывисты и непредсказуемы (в таких случаях анальгетик следует вводить по мере необходимости). Таким образом, дети должны получать анальгетики через равные промежутки времени, с введением дополнительных доз в случае прерывистых и прогрессивных болей.

Выбор подходящего способа введения лекарства. Детям следует давать лекарства самым простым, наиболее эффективным и наименее болезненным способом. Рекомендуемым способом приема опиоидов является пероральный способ. Альтернативный путь введения (например, внутривенное введение, подкожное, ректальное или трансдермальное) применяется, когда пероральный способ не представляется возможным. Следует полагаться на клиническое заключение, доступность, осуществимость и предпочтения пациента. **Внутримышечное введение препарата болезненно** и его не следует использовать у детей.

Дозы опиоидных анальгетиков следует регулировать индивидуально, основываясь на реакции пациента на препарат, до тех пор, пока не будет найдена подходящая пациенту доза. Для получения наилучшего эффекта обезболивания с приемлемыми побочными эффектами, правильная доза должна быть определена по согласованию с пациентом.

При выборе формы морфина с целью снижения уровня боли, начиная с умеренного до тяжелого, у детей следует отдавать предпочтение быстро выводимым формам (таблетки и жидкости). Быстро выводимые таблетки используются для титрования дозы морфина и определения подходящей дозы. Они незаменимы для снижения эпизодической или прогрессивной боли. Медленно выводимые таблетки морфина должны быть назначены после использования быстро выводимых. Формы медленно выводимого морфина не допускают титрование опиоидов.

Преимуществом морфина с медленным выведением является то, что он позволяет увеличить интервалы между дозами, улучшая, таким образом, реакцию пациента на лечение. Оральные формы морфина с медленным выведением принимают каждые 8-12 часов, быстро выводимые формы – каждые 4 часа.

Недостатки таблеток морфина с медленным выведением: их нельзя жевать, дробить или разрезать. Они не пригодны для лечения эпизодических болей. Таким образом, формы морфина с быстрым выведением имеют приоритет перед формами с медленным выведением.

Лечение приступов неконтролируемой боли. Приступы неконтролируемой боли появляются внезапно и длятся в течение коротких промежутков времени. Данный тип боли очень часто встречается у больных раком, у которых фоновый уровень боли контролируется лекарственными препаратами, но на фоне

анальгетиков боль периодически возвращается. Такие боли не стоит путать с болями, возникающими из-за процедур и движений. В настоящее время, для лечения вышеуказанного типа боли чаще всего используются быстро выводимый и инъекционный морфин. Дозы опиоидов могут быть рассчитаны в соотношении 5-10% от общей суточной дозы. Если появляется необходимость повторных доз, 24-часовая доза морфина должна быть пересмотрена.

Лечение вспомогательными препаратами (адьювантное лечение). Выбор вспомогательных препаратов зависит от вида боли, которую испытывает пациент и от любых связанных с болью симптомов. Что касается нозологии, общеизвестно, что независимо от дозы болеутоляющего, лечение начинают с малых доз, которые в дальнейшем увеличивают до достижения желаемой цели (снижение боли), что позволяет избежать возникновения нежелательных побочных эффектов. Вспомогательные препараты могут быть классифицированы по фармакологической категории или по типу боли, которую нужно снять:

Стероиды. Кортикостероиды, в частности, дексаметазон, назначают в определенных случаях, таких как необходимость уменьшения перитуморального отека, снижения повышенного внутричерепного давления при опухолях центральной нервной системы, а также для лечения невропатической боли, возникшей вследствие сжатия/разрушения спинного мозга или компрессии периферического нерва. Исследований, поддерживающих применение адьюктивных кортикостероидов с целью устранения боли у детей, нет. У этих препаратов известные побочные эффекты, особенно при их длительном приеме.

Боли в костях – бисфосфонаты. Рандомизированных испытаний по контролю или исследований по применению бисфосфонатов в лечении боли в костях у детей нет.

Невропатическая боль. Данных по оценке и частоте возникновения невропатических болей у детей очень мало. Многие невропатические симптомы, встречаемые у взрослых, такие как, диабетическая невропатия, постгерпетическая невралгия, невропатия тройничного нерва, у детей наблюдаются редко. Но они могут страдать от других синдромов невропатической боли (комплексный региональный болевой синдром - КРБС), фантомные боли в конечностях, повреждения позвоночника, травмы, послеоперационные невропатические боли и дегенеративные невропатии (например, синдром Гийена-Барре).

Боль вследствие сжатия или разрушения нерва может быть устранена при помощи антидепрессантов, например, при помощи amitриптилина, имипромина. Эффект наступает через 1-4 недели; если же этого не происходит, назначаются противосудорожные препараты.

В настоящее время нет определенных рекомендаций в пользу или против использования трициклических антидепрессантов и селективных ингибиторов обратного захвата серотонина в качестве вспомогательных препаратов в лечении невропатических болей у детей;

Противосудорожные препараты. Среди противосудорожных препаратов, которые могут облегчить невропатические боли, значатся такие, как карбамазепин, фенитоин. Также используется и габапентин, зарегистрированный для использования в качестве противосудорожного средства у детей старше 3 лет, но пригодный также для использования при невропатических болях. Если эффект не наступает в течение 4 недель, противосудорожные препараты могут быть заменены антидепрессантами.

В настоящее время нет четких рекомендаций в отношении любого противосудорожного вспомогательного препарата, используемого при облегчении невропатической боли у детей. Нет никаких доказательств или рандомизированных исследований по контролю использования противосудорожных препаратов при невропатических болях у детей.

Местные анестетики. Лидокаин рекомендуется использовать для устранения локализованной боли. В настоящее время нет четких рекомендаций о преимуществах и рисках, связанных с системным использованием местных анестетиков при постоянной невропатической боли у детей.

Передозировка опиоидами. Передозировка может быть вызвана неправильным расчетом первоначальной дозы, необходимой для ребенка. Это также может произойти, когда ошибочно используются медленно выводимые препараты вместо быстро выводимых. Важно, чтобы медицинские работники были обучены тому, как правильно назначать опиоидные анальгетики с целью облегчения боли. Это необходимо для того, чтобы избежать ошибок в обращении с этими лекарственными средствами. Любой новый опиоидный анальгетик и любой его новый вид должны быть введены в медицинское учреждение вместе с надлежащей подготовкой по их рациональному использованию поставщиками медицинских услуг.

При передозировке опиоидами у ребенка может наблюдаться угнетение дыхания. Налоксон является специфическим антидотом, но его прием должен быть осторожным, чтобы не вызвать синдром опиоидной абстиненции. При средней степени передозировки опиоидами может потребоваться вспомогательная вентиляция, в то время как дозы налоксона от 1 мкг/кг, титруются, например, каждые 3 минуты до достижения необходимого эффекта. Для сохранения состояния нахождения в сознании может потребоваться последующее вливание в малых дозах под тщательным наблюдением, до появления признаков улучшения состояния после передозировки опиоидами.

Если дети регулярно получают лечение опиоидами или получали опиоды ранее, налоксон следует использовать с осторожностью, чтобы не вызвать боли или сильной реакции абстиненции. Необходимые дозы должны быть меньше тех, которые обычно назначают при опиоидной интоксикации и опиоидной передозировке у детей, не получавших опиоиды.

Длительное применение опиоидных средств обычно сопровождается запорами, и пациенты должны принимать слабительное или комплекс слабительных препаратов.

5.6. Симптоматическое лечение

5.6.1. Диспноэ

Причинами диспноэ могут быть:

- опухоли головного мозга;
- врожденные пороки развития сердца;
- асцит;
- беспокойство, страх, клаустрофобия;
- муковисцидоз;
- инфекции,
- метаболические причины;
- боли;
- почечная и печеночная недостаточность;
- пневмоторакс, например, у детей с метастазами в легких;
- плеврит;
- отек легких вследствие сердечной недостаточности;
- внутричерепное давление;
- нейродегенеративные заболевания, патология дыхательных мышц;
- вторичные опухоли (лимфома);
- анемия.

В случае диспноэ необходимо установить причины его возникновения и рассмотреть возможные методы лечения:

- лучевая терапия или химиотерапия и лечение глюкокортикостероидами (ГКС) в случае злокачественных опухолей;
- дренаж грудной клетки при пневмотораксе;
- мочегонные средства при сердечной недостаточности;
- терапия антибиотиками при легочных инфекциях и т.д.

Помните:

- даже при отсутствии одышки, сальбутамол и ипратропий (через небулайзер) могут принести пользу;
- диспноэ вызывает чувство беспокойства, а это в свою очередь может вызвать гипервентиляцию, с ухудшением одышки. В этом случае рекомендуется диазепам или мидазолам в малых дозах;
- в случае внутричерепных опухолей может быть напрямую затронут дыхательный центр или одышка может быть вызвана внутричерепной гипертензией. В таких случаях рекомендуется дексаметазон короткими курсами;
- одышка является очень распространенным явлением при нейродегенеративных заболеваниях из-за поражения дыхательных мышц и невозможности удаления выделений. В этом случае рекомендуется мягкая физиотерапия. Отсасывание выделений иногда может принести больше вреда, чем пользы, так что эта процедура должна проводиться осторожно и хорошо подготовленным персоналом;
- при высоковязких выделениях назначают прием N-ацетилцистеина;
- тяжелая внезапная одышка, как правило, характеризует терминальный период болезни. В этом случае рекомендуется перорально морфин 0,1 мг/кг в сочетании с мидазоламом и диазепамом.

Внимание! У некоторых детей после ингаляций может появиться рефлекторный бронхоспазм.

5.6.2. Кашель**Причинами кашля могут быть:**

- муковисцидоз;
- инфекции;
- гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР);
- нейродегенеративные заболевания;
- метастазы в легких;
- плеврит;
- сердечная недостаточность.

Первоначальное лечение заключается в лечении причин возникновения (например, диуретики при сердечной недостаточности, антибиотики при легочной инфекции и т.д.). Тем не менее, чаще всего требуется симптоматическое лечение:

- увлажнение воздуха или подача кислорода;

- ингаляции с сальбутамолом или атровентом;
- физиотерапия (с аспирацией мокроты или без нее);
- противокашлевые средства - кодеин, морфин.

Для некоторых заболеваний, особенно нейродегенеративных, потеря способности кашлять является серьезной проблемой. В таких случаях полезны физиотерапия, постуральный дренаж с отсасыванием выделений, мокроты.

5.6.3. Икота

Икота становится симптомом, когда она причиняет беспокойство: тяжелая, непроходящая, неконтролируемая.

В терминальный период наиболее распространенной причиной икоты является вздутие желудка, поэтому рекомендуется ветрогонная терапия - симетикон. В случае неудачи рекомендуется добавлять препарат прокинетики - метоклопрамид, с целью опорожнения желудка и центрального действия (антагонист дофамина).

Другой причиной может быть гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР), рекомендации по лечению которого приведены в отдельном разделе ниже.

Повреждение диафрагмы является еще одной причиной появления икоты. В этом случае следует принимать баклофен (он не зарегистрирован в Государственном регистре лекарств), который выбирают благодаря его свойствам миорелаксанта.

Фарингеальная стимуляция может оказать благоприятное действие в устранении этого симптома. На этом этапе идут в ход традиционные методы, такие, как глотание кусочков льда, прикладывание холодных предметов, повязок к задней части шеи. Также для стимуляции горла назначают лекарственные средства, такие как ингаляторы по 2 мл физиологического раствора в течение 5 минут или массажирование соединения между твердым небом и мягким небом с помощью ватной палочкой.

Другие препараты центрального действия, которые могут быть использованы: галоперидол, аминазин, агонисты гамма-аминомасляной кислоты (ГАМК), например, вальпроат натрия в дозе 200-500 мг в сутки, который также оказывает на этот симптом супрессивное действие центрального типа.

Возможной причиной икоты являются также биохимические расстройства, такие как гипонатриемия, гипокальциемия при лечении бисфосфонатами или при почечной недостаточности.

Если икота сохраняется, несмотря на все усилия, должна рассматриваться возможность инфекции, поражения головного мозга или внутричерепное повреждение.

5.6.4. Рвота и тошнота

При появлении у пациента рвоты и тошноты необходимо, прежде всего, определить и устранить причины этого (например, боли, инфекции, прием некоторых лекарств и др.). Некоторые запахи могут вызвать или, наоборот, ослабить тошноту, поэтому использование окружающими пациента лицами крепких духов не рекомендуется.

Выбор первичного препарата должен быть связан с причинами появления симптомов.

Противорвотные препараты следует давать регулярно и при необходимости. Если первичный препарат не устраняет тошноту и рвоту, лечение следует пересмотреть, принимая во внимание другие возможные патофизиологические механизмы, абсорбцию, соответствующую дозировку, соблюдение режима лечения.

В некоторых случаях может возникнуть необходимость комбинирования различных противорвотных препаратов. Важно, чтобы их действие было взаимодополняющим, но не антагонистическим.

Лекарственные средства, применяемые в лечении тошноты и рвоты у детей:

Типичные нейролептики - галоперидол, левомепромазин, хлорпромазин.

- **Галоперидол** является сильным антагонистом рецепторов D2 и обладает противорвотными свойствами, действуя на область постrema. Рекомендуется при тошноте и рвоте, вызванной лекарственными препаратами или нарушением обмена веществ, и оказывает анксиолитический эффект.
- **Левомепромазин** имеет широкий спектр сильных противорвотных свойств и является менее седативным, чем эквивалентные дозы хлорпромазина. Рекомендован в случаях психологических, неопределенных причин рвоты, в терминальном периоде. Существует значительный опыт применения левомепромазина против тошноты и рвоты, резистентной к первичному лечению у взрослых и, в меньшей степени, в детском паллиативном уходе.

Антигистаминные противорвотные препараты – **циклизин**, антимукарбиновое противорвотное (не зарегистрирован в Республике Молдова). Он считается менее седативным, чем дифенгидрамин. Применение циклизина при тошноте и рвоте рекомендуется в случае стимуляции рвотного центра из-за повышенного внутричерепного давления, при вестибулярных расстройствах, брюшной или тазовой опухолью, механической непроходимости кишечника (если симптом сохраняется, можно добавить галоперидол или левомепромазин).

Антагонисты 5HT3 - ондансетрон (при рвоте, вызванной химиотерапией, лучевой терапией). Более выраженный эффект достигается в сочетании с дексаметазоном.

Кортикостероиды – дексаметазон. Уменьшает церебральный и менингеальный отек, является противорвотным центральным средством, хотя точная область действия не известна. Рекомендуется при внутричерепной гипертензии. Назначать короткие курсы во избежание неблагоприятных эффектов. (Более подробные рекомендации по применению кортикостероидов и дексаметазона в частности см. приложение 1).

Противорвотные прокинетики - метоклопрамид, домперидон являются первичными лекарствами при тошноте и рвоте, связанных с замедленным опорожнением желудка. Метоклопрамид может вызвать экстрапирамидные расстройства. **Октреотид** может быть полезен при вспомогательном лечении, для ингибирования перистальтики ЖКТ, из желудка в кишечник и снижении желудочно-кишечной секреции.

5.6.5. Гастроэзофагеальный рефлюкс (ГЭР)

ГЭР является одним из наиболее частых и, в то же время, наименее выявляемых симптомов у детей с неврологическими нарушениями. Дети с церебральным параличом имеют особенно высокий риск развития ГЭР. Аналогичным образом, дети с генетическими синдромами, такими как синдром Дауна и Корнелии де Ланге, склонны к ГЭР.

Высокий риск развития ГЭР существует у детей, у которых наблюдаются:

- неврологические нарушения;
- ожирение;
- история атрезии пищевода (оперированная), хиатальная грыжа;
- ахалазия;
- хронические расстройства дыхания;
- бронхолегочная дисплазия;
- идиопатический интерстициальный фиброз;
- муковисцидоз;
- история трансплантации легких.

Недоношенные дети также подвержены риску развития ГЭР.

Симптомы ГЭР

Желудочно-кишечные:

- отказ от еды;
- рвота (особенно вовремя/после еды и в ночное время);
- дисфагия, одинофагия;
- раннее насыщение;
- потеря веса/уплощенная весовая кривая;
- гематемезис/мелена.

Респираторные:

- хронический кашель в ночное время или постпрандиальный;
- болезненная секреция;
- аспирационная пневмония;
- бронхиальная астма;
- рецидивирующий бронхит;
- кашель;
- хрипение;
- рецидивирующий фарингит, ларингит;
- дисфония.

Другие:

- раздражительность, особенно в положении лежа;
- боль;
- гиперэкстензия тела;
- синдром Сандифера (расширение горла, вращение головы во время или после еды у детей и подростков);
- анемия.

Симптомы особенно важны, если их несколько, и они сохраняются во время и после приема пищи.

Лечение ГЭР**Постуральная терапия:**

- предотвращение кормления ребенка в положении лежа; наклон туловища должен составлять 30-45 градусов для детей, которые не могут держать голову; вертикальное положение для детей, которые могут сидеть на стуле;
- избегание манипуляций после приема пищи;
- контроль мышечных спазмов.

Гигиеническо-диетическое лечение:

- фракционирование приемов пищи (меньшее количество пищи, предлагаемое через более короткие промежутки времени); для детей, принимающих смеси на основе сухого молока, рекомендовано применение смесей с антирефлюксным эффектом;
- предотвращение переедания, особенно в случае питания через назогастральный или гастростомический зонд;
- пищевая конденсация (например, крахмалом).

Медикаментозное лечение:

Антациды - в соответствии с новыми рекомендациями постоянная антикислотная терапия в педиатрии для лечения ГЭР не назначается. Гидроксид алюминия и гидроксид магния назначают:

- детям в возрасте от 18 месяцев до 10 лет: 5 мл, перорально, 4-6 приемов, 7-10 дней;
- детям в возрасте от 10 до 15 лет: 10-15 мл, перорально, 4-6 пакетов, 7-10 дней.

Ингибиторы протонной помпы (ИПП) - длительное лечение ИПП часто является эффективным для контроля симптомов. Большинству пациентов прием ИПП требуется только раз в день. Не рекомендуется использование одной дозы 2 раза в день. ИПП являются превосходными H₂RAs, потому что не приводят к тахифилаксии. Назначают:

Омепразол:

- от 0,6 до 1,2 мг/кг/день, перорально, 1 прием, или
- детям весом 5-10 кг - 5 мг, перорально, 1 прием;
- детям весом 11-20 кг - 10 мг, перорально, 1 прием;
- детям весом более 20 кг - 20 мг, перорально, 1 прием.

Если дети не могут проглотить капсулы или таблетки, капсулы раскрывают, гранулы растворяют в соке (чтобы проглотить, не разжевывая).

Лансопразол - от 0,7 до 2,0 мг/кг/день, перорально, 1 прием, утром.

Эзомепразол:

- от 1 года до 11 лет - 10-20 мг, перорально, 1 прием;
- с 12 лет - 20-40 мг, перорально, 1 прием.

Антигистаминные H₂ - в отличие от ИПП антагонисты H₂-рецепторов способствуют развитию тахифилаксии достаточно быстро, ограничивая свой потенциал для долгосрочного использования. Назначают:

Ранитидин – от 1 месяца до 16 лет: 5-10 мг/кг/день, разделенные на 2-3 приема.

Фамотидин:

- <3 месяцев - 0,5 мг/кг в день, перорально, 1 прием;
- 3-12 месяцев - 0,5 мг/кг в день, перорально, 2 приема;
- От 1 года до 16 лет - 1-1,2 мг/кг в день, перорально, 2 приема, максимум 40 мг в сутки.

Прокинетики - метоклопрамид, домперидон. Нужно обращать внимание на потенциальные побочные эффекты прокинетиков, доступных в настоящее время. Они превышают потенциальную пользу этих препаратов для лечения ГЭР. Не существует достаточно доказательств клинической эффективности, чтобы оправдать рутинное применение метоклопрамида или домперидона для лечения ГЭР.

H2RAs приводят к тахифилаксии или терпимости, а ИПП - нет. Тахифилаксия является недостатком при постоянном использовании препарата. H2RAs оказывают действие быстро и в качестве буферного агента являются полезными для лечения по запросу.

Баклофен может быть полезен для снижения рвоты, но необходимо внимательно относиться к дозировке и побочным эффектам.

5.6.6. Запор

Запор является одним из наиболее проблемных и стойких симптомов у пациентов, получающих паллиативный уход. **Причины:**

- нейродегенеративные, генетические заболевания; ребенок прикован к постели, инвалидной коляске;
- при прогрессировании нейродегенеративных заболеваний поражаются нервы или мышцы, связанные с дефекацией;
- метаболическая - обезвоживание может в кратчайшие сроки оказать влияние на любого ребенка; гиперкальциемии и гипокалиемии особенно часто в детской онкологии; муковисцидоз (iliumesconial), гипотиреоз;
- снижение потребления пищи;
- страх перед дефекацией в случае болезненной дефекации;
- отсутствие в пище фруктов и овощей;
- медикаменты (одной из частых причин запоров у паллиативных пациентов является ятрогения; например, опиоиды и противосудорожные средства могут вызывать запор, как и антидепрессанты), химиотерапия;
- отравление тяжелыми металлами;
- целиакия, аллергия на белок коровьего молока;
- анатомические пороки развития, аномалии позвоночника, крестцовая тератома, эндокринная неоплазия, болезнь Гиршпрунга.

Диагностика запора

В отношении функционального запора в педиатрии в настоящее время широко используется определения Roms III. Согласно критериям Roms III, если отсутствует органическая патология, диагноз устанавливается при наличии следующих симптомов:

Дети в возрасте до 4 лет (в течение 2 месяцев до постановки диагноза):

- 2 или меньше дефекаций в неделю;
- по крайней мере, 1 эпизод недержания в неделю после попыток посещения туалета;

- история чрезмерного удержания кала (присутствие большого количества каловых масс в прямой кишке);
- история болезненных испражнений;
- присутствие большого количества фекальных масс в прямой кишке, образующих фекальные «камни», которые могут ухудшить акт дефекации;
- история стула большого диаметра, который может препятствовать дефекации.

Вышеупомянутые признаки сопровождаются раздражительностью, снижением аппетита и/или ранним чувством насыщения.

Дети в возрасте 4 лет и старше с недостаточными критериями для постановки синдрома раздраженного кишечника (по крайней мере, в течение 1 месяца):

- 2 дефекации в неделю;
- по крайней мере, 1 эпизод недержания кала в неделю;
- история добровольного удержания стула;
- история болезненных испражнений;
- присутствие большого количества фекальных масс в прямой кишке;
- история стула большого диаметра, который может препятствовать дефекации.

Тревожные признаки при запоре:

- запор появляется очень рано (возраст <1 месяца);
- удаление мекония > 48 часов;
- стул с кровью при отсутствии анальных трещин;
- лихорадка;
- рвота желчью;
- сильное вздутие;
- перианальная фистула;
- аномальное положение заднего прохода;
- крестцовый дефект;
- сильный страх при обследовании ануса;
- анальные рубцы.

Лечение запора

При лечении запоров используются слабительные. **Виды слабительных:**

- смазочные (арахисовое масло, оливковое масло, парафин);
- поверхностно-активные (докузат натрия);
- осмотические (лактолоза, глицерин);
- солевые (сульфат или гидроксид магния);
- стимуляторы (бисакодил, сенны гликозиды).

Алгоритм лечения:

1. Сбор истории болезни и проведение клинического обследования ребенка; Обследование абдоминальной области может указать на скопление фекалий в левой подвздошной ямке. Ректальное обследование может указать на наполненность прямой кишки твердыми и мягкими фекалиями, или на их отсутствие.
2. Начните с применения лактулозы, увеличьте дозу спустя неделю.
3. Если эффект не достигнут, добавьте *Senna glycosides*.
4. Если ребенок принимает опиоиды, можно начать применение макрогола, мовикола.
5. Если при проведении ректального обследования кал оказывается твердым, используйте суппозитории с глицерином, если кал мягкий – бисакодил в суппозиториях.
6. При необходимости ручного удаления каловых масс, используйте локальный гель-анестетик или транспортируйте пациента в стационар.

5.6.7. Диарея

Причины диареи:

- гастроэнтерит;
- ложная диарея (наличие фекалом);
- расстройство всасывания;
- лекарственные средства (например, антибиотики);
- после химиотерапии, лучевой терапии;
- сопутствующие заболевания (например, колит).

Причины, способствующие возникновению диареи, должны быть устранены и вылечены по мере возможности. Необходимо обеспечить регидратацию организма растворами для пероральной регидратации (РПР) в соответствии с планом регидратации, рекомендованным ВОЗ.

Лечение диареи

План А. Лечение диареи на дому

Разъясните матери 3 правила лечения на дому:

1. обеспечение дополнительных источников жидкости;
2. продолжение кормления;
3. обращение за медицинской помощью после определенного периода времени.

Обеспечение дополнительных источников жидкости (столько, сколько ребенок сможет употребить). Советы матери ребенка:

- кормление грудью должны быть более частым и более продолжительным, чем обычно;
- если ребенок находится исключительно на грудном вскармливании, ему необходимо давать РПР или чистую воду, разбавленную материнским молоком;
- если ребенок не находится исключительно на грудном вскармливании, ему следует давать один или несколько следующих типов жидкости: РПР, жидкости на основе пищевых продуктов (например, суп, рисовый отвар, кисломолочные смеси) или чистую воду.

Очень важным является прием РПР на дому, если:

- ребенок получил лечение согласно планам В и С во время текущего визита;
- нет возможности осуществить амбулаторное обследование ребенка, а диарея прогрессирует.

Проконсультируйте мать о том, как растворять и давать РПР ребенку. Количество РПР, которое необходимо принимать:

- дети до 2 лет - 50-100 мл после каждого жидкого стула;
- дети 2 лет и старше - 100-200 мл после каждого жидкого стула.

Жидкость предлагают в чашке; рекомендуется принимать небольшими частыми глотками. Если у ребенка наблюдается рвота, необходимо сделать перерыв в 10 мин. перед следующим глотком. Далее прием жидкости необходимо продолжить, но проводить реже.

Прием дополнительных жидкостей должен быть продолжен до полного прекращения диареи.

Продолжение кормления - кормление детей не прекращается.

Обращение за медицинской помощью - повторное обследование ребенка рекомендуется провести спустя 2 дня. При персистентной диарее - спустя 5 дней. Немедленное обследование медиком необходимо, если:

- состояние ухудшается;
- ребенок не может пить или сосать грудь;
- появляется лихорадка;
- появляется кровь в стуле;
- ребенок мало пьет.

План В. Лечение умеренной дегидратации при помощи РПР (прием рекомендованного количества РПР в течение 4 часов).

1. Определите количество РПР, которое необходимо принимать в течение 4 часов (см. табл.5.3).

Таблица 5.3

Количество РПР, которое необходимо принимать в течение 4 часов, в зависимости от возраста и веса тела

Возраст	<4 месяцев	4-12 месяцев	12 месяцев-2 года	2 года-5 лет
Вес тела	<6 кг	6 <10 кг	10-12 кг	12-19 кг
РПР, мл	200-400	400-700	700-900	900-1400

Примечания:

- Используйте возраст ребенка, только тогда, когда неизвестен вес его тела. Примерное количество РПР можно рассчитать, умножив вес ребенка (кг) на 75.
- Если ребенок хочет выпить большее количество РПР, чем указано в таблице, дайте ему больше РПР.
- Дети в возрасте до 6 месяцев, не находящиеся на натуральном вскармливании, должны принимать 100-200 мл воды за тот же период времени (4 часа).

2. Продемонстрируйте матери, как ей необходимо давать РПР ребенку:

- прием осуществляется из чашки, небольшими и частыми глотками;
- если у ребенка появилась рвота, необходимо сделать перерыв в 10 минут. Затем продолжить, но медленнее;
- продолжайте кормление по просьбе ребенка.

3. Через 4 часа оцените состояние ребенка, классифицируйте степень дегидратации и выберите план лечения:

- состояние улучшилось - перейти на лечение согласно плану А;
- состояние остается прежним - повторить план лечения В еще 4 часа;
- состояние ухудшилось - признаки обезвоживания прогрессируют (ребенок вялый, не может пить или пьет меньше, запавшие глаза, кожная складка сохраняется в течение более 2 секунд): ребенка необходимо госпитализировать для проведения перфузионной регидратации - план лечения С.

4. Выберите подходящий план для дальнейшего лечения.

5. Начните кормление ребенка в амбулаторных условиях.

6. Если мать должна покинуть амбулаторное отделение до окончания лечения:

- продемонстрируйте, как необходимо готовить РПР на дому;
- покажите ей, сколько РПР необходимо давать ребенку для завершения 4-часового лечения.

7. Объясните матери 3 правила лечения на дому (см. выше).

В случае неудачи этиологического лечения, используйте **лоперамид**.

5.6.8. Зуд

Зуд определяется как неприятное ощущение на коже, которое приводит к возникновению желания почесать зудящее место. Зуд может нарушить сон, повседневную деятельность, нормальное когнитивное развитие, привести к экскориации и вторичной инфекции кожи, а также может вызвать ощущение боли посредством нейрональных путей. У многих детей с неизлечимыми заболеваниями - сухая кожа, наблюдается нарушение липидного слоя. Это приводит к повышенному абсорбированию аллергенов и раздражающих веществ. Конкретные причины могут быть идентифицированы при проведении медицинского обследования пациента, сбора анамнеза, включая историю употребления медикаментов и путешествий.

Возможные причины:

- экзема;
- парша;
- почечная недостаточность;
- холестатическая желтуха;
- некоторые лимфомы (признак раннего развития), перевязки и местное применение лекарственных препаратов и т.д.

Общие рекомендации:

- соблюдение общих мер гигиены и ухода за кожей и увлажнение кожи;
- избегание влияния сосудорасширяющих факторов, таких как кофеин, алкоголь, горячая вода;
- избегание ношения облегающей одежды и изготовленной из шерсти; предпочтение отдается широкой и хлопковой одежде, особенно в ночное время, когда зуд может увеличиться;
- купание в теплой воде, время которого ограничивается до 30 минут (успокаивающий эффект), после чего пациента необходимо вытереть мягким полотенцем и использовать смягчающие средства с целью восстановления физиологического баланса кожи. Эта процедура является наиболее эффективной, если выполняется перед сном.

Медикаментозное лечение

Топические ГКС не имеют общих указаний в случае зуда. Топические ГКС могут быть применены только в случае наличия воспаления кожи: atopический или контактный дерматит. Кроме того, их следует применять кратковременно во избежание развития побочных эффектов.

Оральные ГКС (бывший преднизолон) в качестве крайней меры рекомендуется использовать в течение 1-2 недель.

Системное лечение, оказывающее положительный эффект, включает в себя следующие медикаменты: ондансетрон, налтрексон, циметидин.

НПВП следует использовать в случае воспаления.

В случае холестаза возможны следующие варианты:

- стентирование общего желчного протока;
- назначение налтрексона, рифампицина или холестирамина.

Налтрексон, налоксон существенно уменьшают зуд у пациентов с первичным желчным циррозом печени и хроническими патологиями печени, вызванными холестазом. Могут проявляться такие переходные побочные эффекты, как тошнота, сухость кожи во рту, рвота, сонливость, головная боль, головокружение, судороги.

Может развиваться абстинентный синдром, что указывает на то, что пациенты с циррозом печени постоянно подвергаются воздействию высоких уровней эндогенных опиоидных агонистов. Для снижения интенсивности данного синдрома применяются перфузии с налоксоном, 0,002 мкг/кг/мин и доза увеличивается вдвое через каждые 3-4 часа. Если этот синдром не развивается, дозу увеличивают до 0,2 мкг/кг/мин. Эффективные дозы налоксона: 25-250 мг - 1 раз в день. Если пациент принимает опиоиды, существует риск развития неконтролируемой боли.

Данный препарат уменьшает кишечно-печеночную циркуляцию желчных кислот и уменьшает зуд полностью или частично. Не вызывает никаких существенных изменений функций печени и почек.

Холестирамин: 240 мг/кг разделить на 3 приема. Препарат связывает желчные кислоты, предотвращая их всасывание на уровне энтерогепатической циркуляции. Также может быть использован при зуде, вызванном полицитемией или уреимией. Изначально, максимальная доза составляет 1 г/сутки, позже доза может быть увеличена до 4 г/сутки у детей <10 лет и 8 г/сутки у детей > 10 лет. Холестирамин может оказать влияние на абсорбирование других лекарственных препаратов. Возможными побочными эффектами являются запоры, нарушение всасывания липидов, дискомфорт в животе, неприятный вкус во рту.

5.6.9. Задержка мочи

Наиболее частыми причинами являются:

- побочное действие морфина;
- сжатие костного мозга;
- крупные опухоли;
- запор.

Общие меры помощи:

- определение и устранение причин, насколько это возможно;
- рекомендуется сделать теплую ванну и поощрить ребенка помочиться в воду (является одним из наиболее эффективных способов в случае задержки мочи, вызванной приемом морфина);
- создать расслабляющую атмосферу и сделать мягкий массаж мочевого пузыря;
- катетеризация необходима в случае переполненного мочевого пузыря. Данный метод необходимо использовать короткое время, в случае задержки мочи, вызванной приемом морфина;
- катетеризацию мочевого пузыря у детей с солидными опухолями мочевыводящих путей необходимо проводить очень осторожно. В таких случаях целесообразной является проведение надлобковой катетеризации.

5.6.10. Судороги

Начальная поддержка. Первый шаг в управлении пациентом, у которого наблюдаются судороги, заключается в оценке и обеспечении поддержания проходимости дыхательных путей, дыхания и кровообращения. Это не позволит развиваться угрозе снабжения кислородом головного мозга и вторичной гипоксии и/или ишемии.

Терапия первой линии: диазепам, мидазолам, лоразепам.

Диазепам используют как внутривенно, так и ректально с 1965 г. в качестве первого выбора для контроля судорожного состояния. Внутривенный прием позволяет достичь быстрого контроля над приступами у 80% пациентов. После ректального введения, терапевтический уровень в сыворотке крови достигается в течение 5 минут. Устойчивые судороги при введении ректальной дозы часто требуют применения второй линии лечения.

Мидазолам заменил диазепам в качестве препарата первого выбора. Прежде чем применять мидазолам внутривенно, его можно применить перорально. Мидазолам первоначально использовался в качестве препарата второго выбора при устойчивом судорожном состоянии. Однако он является очень эффективным противосудорожным средством в качестве первой линии помощи для остановки судорог у большинства пациентов, оказывая свое действие в течение одной

минуты после в/в инъекции и в течение 5-10 минут после в/м инъекции. Обладает превосходным всасыванием по сравнению с диазепамом и лоразепамом, когда вводится в/м.

Большинство авторов рекомендуют ректальное введение 1/2 обычной дозы для детей с аномалиями ЦНС, которые ранее не принимали диазепам. Потенциальным недостатком является очевидное ослабление эффективности диазепама при повторении доз по сравнению с лоразепамом.

Противосудорожная терапия второй линии для эпилептических состояний: фенитоин, фенобарбитал, фосфенитоин, вальпроат.

Судороги, резистентные к лечению, требуют неотложной медицинской помощи:

Шаг 1: вводится **мидазолам** посредством непрерывной перфузии. Рекомендуется начинать с низких доз, и увеличивать дозу через 4 - 6 часов в случае необходимости.

Шаг 2: если судороги продолжаются, добавить **фенобарбитал**. Если ребенок не принимает данные препараты, начните с дозы 15 мг/кг в течение 30-60 минут, а затем продолжите, используя перфузию повышая дозу на 500 мкг/кг/час. Увеличивайте дозу на 20% каждые 6 часов, до прекращения судорог.

Для детей с тяжелыми неврологическими заболеваниями, которые принимают противосудорожные комплексное лечение, шаг 1 (прием мидазолама) может быть пропущен.

5.6.11. Бред и терминальное беспокойство

Бред (острая спутанность сознания) является общим терминальным этапом терминальной стадии заболевания и ассоциируется со скорым уходом из жизни. Бредовые состояния имеют острое колеблющееся начало, вызванное дезорганизованным мышлением, отсутствием концентрации, нарушением памяти и дезориентацией. Бред в конце жизни может быть связан с беспокойством (терминальным беспокойством) или летаргией.

Лечение включает в себя антипсихотические препараты: бензодиазепины, галоперидол или мидазолам.

Беспокойство вызывают следующие причины: страх, боль, запор, дегидратация, гипоксия, анемия. **Для снижения беспокойства** рекомендуется введение мидазолама или диазепама.

5.6.12. Анорексия

Причины: боль, тревога, тошнота, рвота, диспепсия, запор, лекарственные препараты, радиотерапия, изменения вкуса, кахексия, депрессия.

Следует знать, что детям, прикованным к кровати или менее активным детям,

возможно, требуется меньшее количество пищи и чувство голода может быть облегчено. Не рекомендуется применение медикаментозного лечения, в том числе ГКС из-за возможных побочных эффектов.

5.6.13. Тревога

Бензодиазепины считаются основным фармакологическим средством для лечения острой тревоги у взрослых и детей. Препаратами выбора являются диазепам и мидазолам.

5.6.14. Трахеостомия

Показания к трахеостомии - сужение верхних дыхательных путей. Опухоли, растущие интрабронхиально, могут ограничивать дыхание (центральный рак легких).

Внимание! Избегайте распыления дезодорантов, дезодоризантов вблизи трахеостомы.

5.6.15. Гастростомия

Существуют различные гастростомические трубки:

- трубка PEG (чрескожная эндоскопическая гастростомия);
- дыхательный баллон.

Предотвращение инфекции. Для того чтобы предотвратить инфекционное заражение очень важно, чтобы перед манипуляциями были соблюдены общепринятые меры контроля инфекции:

- гигиена рук;
- использование средства индивидуальной защиты в случае необходимости;
- обеззараживание оборудования;
- надлежащее хранение пищевых продуктов;
- чистота окружающей среды;
- безопасное удаление отходов.

Ежедневный уход за кожей при гастростомии необходим для предотвращения инфицирования и поддержания целостности кожных покровов. Необходимое оборудование:

- фартук;
- перчатки;
- горячая вода, мыло в умеренных количествах (но не в первые 2 недели после введения трубки).

Болюсное или гастростомическое введение пищи. Принципы питания через гастростому являются теми же, что и в случае использования назогастрального зонда. В обоих случаях, питание можно вводить следующими способами:

- болюсное питание в течение дня;
- непрерывное, иногда с перерывом;
- сочетание обоих.

Гастростома может быть использована для обеспечения полной потребности в питании ребенка. Тип питания должен быть назначен по рецепту врача.

Срок годности продуктов должен быть проверен до их использования. Перед использованием, лечебные и адаптированные смеси следует хорошо взболтать. После вскрытия, большинство расфасованных смесей можно хранить в холодильнике в течение некоторого времени. Прочитайте информацию об упаковке, предлагаемую производителем. Все продукты, хранящиеся в холодильнике, должны быть промаркированы именем ребенка, датой и временем вскрытия.

Правила приема лекарственных препаратов через гастростому:

- никогда не смешивайте медикаменты с пищей; убедитесь, что трубка промыта водой перед введением лекарства через трубку. Используйте жидкие лекарства, насколько это возможно;
- если препараты доступны только в форме таблеток, уточните у фармацевта, можно ли измельчать таблетку;
- промывайте трубку после каждого препарата. Если осуществляется прием нескольких последовательных препаратов, промойте трубку после приема последнего препарата.

Уход за ротовой полостью. Если пища не вводится перорально, может возникнуть сухость во рту и образоваться налет на зубах. Уход за полостью рта и зубов и их очистка должны выполняться, по крайней мере, 2 раза в день с использованием зубной щетки ребенка и количества зубной пасты размером с горошину. Бальзам для губ или мягкий парафин могут быть нанесены на губы для предотвращения высыхания и их растрескивания (желтый мягкий парафин не следует использовать в случае, если ребенок получает кислород через маску или носовые каналы).

При гастростомии могут развиваться следующие осложнения: рвота, тошнота, диарея, запор, вздутие, колики, дегидратация, потеря веса, быстрый набор веса, легочная аспирация, образование фистул, раздражение желудка, ГЭР, блокировка трубки подачи пищи, гипергрануляция.

Психологическая поддержка пациентов и их семей.

Помощь в последних стадиях болезни и после смерти пациента

Паллиативная помощь заключается не только в особом уходе. Важным ее компонентом является оказание психологической и духовной поддержки, как пациентам, так и их семьям. Психологические консультации, с паллиативной точки зрения, представляют собой нечто гораздо большее, чем освобождение от боли или облегчение симптомов.



6.1. Психологическая поддержка

Врачи и медсестры, участвующие в паллиативном уходе, должны быть готовы отреагировать на возникающие при этом проблемы и, прежде всего, должны уметь провести психоэмоциональную оценку ситуации.

6.1.1. Проведение психоэмоциональной оценки

требует учета следующих факторов:

- история (протекание) заболевания и осознание пациентом того, что происходит, а также эмоциональные и психологические реакции пациента;
- как заболевание влияет на способность лиц, осуществляющих уход за пациентом, исполнять свою роль (родителя, мамы, любимого и др.);
- история семьи: кто находится рядом, где находятся члены семьи, насколько важную роль они играют и какую поддержку могут оказать;
- стресс: финансовое положение, работа, недвижимость/дом, дети, источники поддержки и др.;
- надежды и фобии (страхи) – самые серьезные или плохие события, которые могут произойти; каковы планы на будущее, с какими потерями и разочарованиями пациент уже столкнулся, какие дела остались незавершенными, что еще хочется реализовать.

Психоэмоциональная оценка служит основанием для предоставления оптимальной поддержки семье пациента. При осуществлении оценки убедитесь, что пациенту впоследствии будет оказана необходимая помощь, и что его семья, как и персонал, осуществляющий уход, будет следовать методу ухода, соответствующему состоянию пациента (план ухода). **Семейные/генеалогические древа** часто помогают в сложных ситуациях при проведении психоэмоциональной оценки. Информация о семье и взаимоотношениях в ней на протяжении как минимум трех поколений помогает врачу или психологу помогают понять взаимоотношения в семье пациента и правильно планировать паллиативную помощь и пациенту, и членам его семьи. Генеалогическое древо также может быть использовано в качестве терапевтического инструмента, который дает пациентам возможность обсудить их настоящее и прошлое, оценить последствия потери любимого человека в прошлом.

6.1.2. Сообщение печальных новостей

Является одной из самых больших трудностей, с которыми сталкиваются специалисты, осуществляющие уход за неизлечимо больными пациентами. Ключевым аспектом общения с пациентом, которое очень важно при паллиативном уходе, является отрицание неприятных сведений. Неприятными для пациента будут любые сведения, которые меняют к худшему видение им будущего: чем больше разрыв между надеждами, ожиданиями и реальностью, тем печальнее выглядят сведения в восприятии пациента, а зачастую и семьи.

Способ сообщения новостей (сведений) пациенту влияет на сотрудничество между пациентом, его семьей и специалистами. Пациенты часто понимают, что они не контролируют ситуацию, в которой находятся. Если найти адекватные формы (способы) общения, можно:

- снизить степень неопределенности в отношении будущего, или, по крайней мере, обсудить его;
- снизить степень деморализации;
- поощрить возможность выбора вариантов управления ситуацией;
- обеспечить адаптацию к новому состоянию реальности;
- поддержать доверие между пациентом, ухаживающим за ним человеком и специалистами.

Уклонение от обсуждения и негативный язык тела, как правило, вызывает у пациента ощущение и чувство одиночества, вины, депрессии и тревоги. Молчание специалистов является фатальным для пациентов, они воспринимают его как смертный приговор и неспособность специалистов справиться с проблемами, с которыми сталкивается пациент и его семья. Пациент начинает думать, что не может использовать оставшееся время так, как он хочет.

При сообщении печальных новостей обратите особое внимание на следующие моменты:

Подготовка к встрече:

- узнайте все, что необходимо, о реальном состоянии пациента;
- позаботьтесь о месте для сообщения и обсуждения печальных новостей: оно должно обеспечить конфиденциальность разговора, быть удобным для участников. Важно, чтобы никто и ничто не прерывало разговор;
- с самого начала определите временные рамки (например, обсуждение будет длиться 20, 40 или 60 минут, в зависимости от того, каким временем вы располагаете);
- подумайте, желательно ли, чтобы кто-то еще присутствовал при разговоре. Это может быть кто-то из членов семьи, других значимых для пациента людей, членов команды паллиативной помощи и др.

Что известно пациенту?

- начните разговор с обсуждения того, что знает пациент о своем состоянии, своем заболевании и как он/она воспринимает ситуацию. Спросите, например: «Как вы считаете, что с вами происходит?» или «Что вы можете сказать о своем состоянии?». Обращайте внимание на то, как говорит пациент, на его слова, фразы, его ожидания; выслушивайте его опасения. Обращайте внимание на эмоциональный, вербальный и невербальный контекст;
- если пациент (или родитель пациента-ребенка) впадает в молчание, постарайтесь разрядить ситуацию и все-таки вызвать его на разговор. Если вы чувствуете, что пациент все же не в состоянии говорить или нуждается в чьей-то поддержке, перенесите разговор на другое время.

Необходимо больше информации или нет?

- установите, какую информацию и в каком объеме пациент хочет знать?
- насколько сильно пациент хочет узнать о болезни (пациент может испытывать страх перед получением более подробной информации). Спросите, например: «Хотите ли вы узнать больше о вашей болезни?»

Отказ от получения информации:

- позвольте пациенту контролировать количество и этапы получения информации;
- если пациент не хочет узнать подробности о своей болезни, хочет ли он, чтобы вы объяснили все одному из членов семьи?

Передача информации:

- помните, что целью вашей беседы является уменьшение информационной неосведомленности пациента;
- начните с причин развития заболевания и не используйте жаргонных выражений (медицинских терминов);
- обеспечьте возможность освоения (накопления) пациентом информации, используя паузы в общении;
- сообщайте информацию понемногу;
- помните, что информация должна быть краткой, но исчерпывающей;
- убедитесь в том, что пациент понимает информацию. Спросите, например: «Вы понимаете, о чем я вам рассказываю?»;
- будьте учтивым и дружелюбным;
- избегайте предположений. Если пациент задает вам вопрос, вы должны понять, что он имеет в виду. Например, вопрос: «Сколько это может продолжаться?» может означать длительность консультации,

обсуждения, прогноз относительно заболевания и т.д. Важно знать, когда нужно остановиться. Каждый пациент имеет право на получение информации и отказ от него.

Выявление проблем:

- что больше всего волнует пациента?

Чуткость к чувствам пациента:

- постарайтесь понять чувства пациента и подтвержайте их, используя такие обороты, как «Мне жаль, что я сообщаю не слишком приятные новости», «Я разделяю ваши и хочу помочь вам» и т.п.;
- поощряйте обсуждение (диалог), задавая, например, такие вопросы: «Для вас стало неожиданностью то, о чем я вам сообщил?.. Как вы себя чувствуете?..»;
- используйте такие фразы, как: «Вы обеспокоены чем-либо?.. Хотите ли вы узнать еще о чем-либо?»;
- выслушайте пациента и дайте ему время подумать о том, о чем он может и хочет вас спросить;
- помните, что, только внимательно слушая пациента, вы даете ему возможность быть услышанным и понятым, а сочувственная реакция на эмоции пациентов является ключом к успеху в общении с ними.

Подведение итогов:

- подведите итоги обсуждения проблем, стараясь сохранить позитивный настрой. Оптимизм обеспечивает поддержку. Например, вы можете сказать: «Нам не удастся излечить ваше заболевание, но существуют средства, которые позволят вам чувствовать себя лучше, и вместе мы сможем противостоять болезни»;
- определите дальнейшие действия. Это может быть получение дополнительной информации, помощь родителям в сообщении информации пациентам-детям и др.;
- поддерживайте надежду;
- убедитесь в том, что пациент понял информацию, которую вы ему сообщили. Спросите, например: «Вам понятно все, о чем мы говорили?». (Очень популярным и эффективным способом обеспечить понимание является предоставление пациенту в конце встречи ее аудиозаписи, если это возможно).

Планирование следующих шагов:

- договоритесь, если возможно, о дате (дне) и времени следующей встречи. Повторная встреча позволит вам предоставить пациенту дополнительную информацию и даст ему время для осмысления только что полученной;

- спросите, кому можно (или нужно) сообщить диагноз. Информирование родственников пациента о его диагнозе без предварительного согласия пациента является неэтичным и технически неверным ходом, кроме того, это приведет к нарушению принципа конфиденциальности.

Информирование других консультантов о проведенной встрече:

- сообщите лечащему врачу и другим членам команды, какие вопросы обсуждались на встрече. Имейте в виду, что информация, о которой вы говорили, может отличаться от информации, которая была понята пациентом.

Приведенные ниже рекомендации по сообщению печальных новостей помогут вам справиться с этой нелегкой задачей:

Что следует делать:

- если представляется возможным, занять место рядом с пациентом, быть с ним на одном уровне – знак, показывающий, что вы находитесь рядом с ним;
- проводить первую часть встречи, выслушивая вопросы пациента;
- записывать все вопросы и то, о чем вам говорит пациент;
- следить за невербальными сообщениями, например, позой пациента, зрительным контактом, взглядом на руки, выражением лица;
- уважать право пациента на отказ от чего-либо. Пациенты часто будут принимать только ту информацию, с которой они могут справиться в настоящий момент;
- учитывать, что 60% вашей информации вы передаете с помощью невербального общения (позы, зрительный контакт, отношение и т.д.);
- делать паузы, чтобы пациент мог усвоить (понять) информацию, предоставленную вами до того момента;
- учитывать, что большинство пациентов усваивают информацию, которую им сообщили, постепенно, поэтому не стоит сообщать все сразу;
- учитывать, что правду необходимо сообщать самым дипломатичным образом, подчеркнув возможные положительные аспекты настоящего и будущего;
- помнить, что пациенты должны знать и понимать правду о своей болезни;
- используя медицинские термины, убеждаться в том, что пациент их понимает;
- заменить слово «рак» словом «опухоль»;
- понимать, что если пациент отрицал какую-либо информацию или отказался от получения определенной информации в прошлом, сейчас он может захотеть получить эту информацию, поскольку готов к ее получению;

- знать, что не существует общих правил о том, какую информацию необходимо сообщить пациенту;
- попробовать включить всю семью (и детей) в процесс передачи информации;
- говорить, что надежда - это первостепенное, основное и что медицинский уход является необходимым вне зависимости от дальнейшего развития заболевания;
- не бояться выражать собственные опасения;
- понимать, что пациентов часто шокируют плохие новости, и что вопросы у них могут возникнуть не сразу;
- заканчивать встречу повторением информации и определением даты и времени следующей встречи;
- записывать всю информацию, полученную от пациента, в листе наблюдений пациента.

Чего не следует делать:

- спрашивать членов семьи о том, какого рода информацию необходимо сообщить пациенту;
- соглашаться с запретом семьи на сообщение какой-либо информации;
- пугаться, если кто-то из членов семьи или пациент плачет. Такая реакция является естественной и не вызвана вашими словами;
- лгать - потому что пациент может потерять к вам доверие;
- предоставлять пациенту больше информации, чем он об этом просит;
- использовать термины слишком сложные с технической точки зрения (они могут быть непонятны пациенту или членам его семьи);
- использовать эвфемизмы, которые могут исказить реальную информацию, неприятные (обидные), нецензурные слова и т.п.;
- использовать обобщения в разговоре с пациентом или членами с пациентом или членами его семьи, например, такие: «Каждый человек должен знать...».

6.1.3. Духовная поддержка как часть психологической поддержки

У всех пациентов существуют те или иные духовные потребности. Религия связана с пониманием духовной практики за пределами или в пределах одной системы верований, ценностей, норм поведения и ритуалов. Термин «духовность» может означать веру человека во внешнюю силу или в нечто отличное от его собственного существования. Некоторые люди могут использовать слово «Бог», другие могут быть менее конкретными. Когда человек переживает жизненный кризис, он рассматривает свою систему верования, как надежду на получение

помощи в понимании смысла этой веры. Она становится духовным источником, к которому он обращается с вопросом: «Почему это происходит именно со мной?».

Если духовные ценности, вера, взгляды и религиозные практики человека не позволяют ему получить удовлетворительный ответ на вопросы о реалиях бесконечности, понимании жизненных принципов и целей, это может привести к развитию духовной болезни.

Индикаторы возможного развития духовной болезни включают в себя:

- перерыв в духовно-религиозном принятии;
- чувство отчаяния;
- чувство стыда, вины, утрата идентичности;
- сильные страдания;
- неразрешимые проблемы, страх смерти;
- гнев.

Существует множество прямых и косвенных способов, посредством которых можно оказать помощь человеку, испытывающему духовные страдания. Они включают в себя широкий спектр методов ухода, которые могут помочь пациенту найти смысл и цель жизни. Важно выяснить у пациента и его семьи, хотят ли они, чтобы их посетил священник. Также очень важно объяснить пациенту и его семье, что священники могут помочь людям в решении подобных проблем.

6.2. Учет культурных особенностей при оказании паллиативной помощи

Культура оказывает особое влияние на жизнь и смерть каждого человека. Общество состоит из людей, относящихся к разным вероисповеданиям, этническим группам и странам происхождения. Внутри каждой религиозной или этнической группы каждый отдельный человек представляет собой уникальное явление. Это зависит от образования, окружающей среды, веры и жизненного опыта.

К сферам, где культурные особенности при оказании паллиативной помощи играют важную роль, относятся: отношение к приему пищи (питанию); использование языка и выражений при описании симптомов заболевания; роль семьи; иерархическая структура семьи; роль самостоятельности и конфиденциальности; отношение к больным и здоровым людям; лекарственная терапия и медикаменты; отношение к смерти.

При оказании паллиативной помощи конфликты, способные возникнуть на почве культурных особенностей, можно свести к минимуму:

- обеспечив отсутствие языкового барьера;
- проявляя желание слушать и понимать пациента;
- поддерживая диалог, связанный с культурными особенностями;
- обсуждая объем и пределы ухода, которые будут предложены и могут быть приняты.

Необходимо учитывать, что не всегда существует возможность удовлетворить все культурные потребности и запросы человека. Специалисты должны разграничивать индивидуальные потребности каждого пациента и особенности культуры его религиозной или этнической группы. Всегда существует возможность проведения переговоров. Поэтому не спешите утверждать что-либо - лучше спросите.

6.3. Уход за умирающим

Членам семьи, теряющим близкого человека, будет легче перенести утрату, если они будут заранее проинформированы о симптомах болезни, медицинских, эмоциональных и духовных изменениях, с которыми сталкиваются умирающие в последние месяцы жизни (см. табл. 6.1) и о том, как следует вести себя при появлении этих изменений (см. табл. 6.2).

Умирающие люди имеют право:

- на отношение, равное отношению к живым людям;
- поддержку в выражении и чувств и эмоций относительно смерти, с учетом собственных психологических ресурсов;
- участие в принятии решений относительно ухода;
- получение честных ответов на задаваемые вопросы;
- получение духовной поддержки;
- понимание процесса ухода из жизни;
- отсутствие дискриминации в связи с наличием ВИЧ-инфекции и ТБ и достойный уход из жизни в случае этих заболеваний;
- уход из жизни не в одиночестве.

6.3.1. Подготовка к уходу из жизни:

- стремитесь инициировать и облегчить общение членов семьи и пациента. Такое общение полезно для преодоления страха, которое возникает как у членов семьи, так и у пациента;

- говорите с пациентом о заболевании. Важно, чтобы он понимал, что происходит с ним и вокруг него, и знал о своем прогнозе;
- обсуждайте вопросы, которые касаются пациента, например, опекунов над детьми, оплату их обучения, источники поддержки для семьи, нерешенные проблемы, похороны;
- скажите пациенту, что его любят и о нем не забудут;
- говорите о смерти, если пациент желает этого. Возможно, пациент пережил смерть человека, который много страдал, и боится столкнуться с похожими страданиями;
- убедитесь в том, что пациент получает поддержку, чтобы справиться с чувством вины или сожаления;
- чтобы удовлетворить духовные потребности пациента, наладьте связь с духовным наставником или религиозными организациями согласно выбору пациента (если у него возникает такое желание).

6.3.2. Участие:

- будьте рядом, выражайте сочувствие и участие;
- регулярно посещайте пациента, держите его за руку, слушайте его и разговаривайте с ним;
- заботьтесь о нем.

6.3.3. Обеспечение комфорта пациенту:

- увлажняйте его губы, рот, глаза;
- позаботьтесь о том, чтобы его белье и постель всегда были чистыми и сухими;
- обеспечьте лечение болей и лихорадки (при необходимости применяйте соответствующие препараты согласно графику); помогите облегчить симптомы, используя необходимые средства;
- предлагайте в небольших количествах пищу и воду настолько часто, насколько это необходимо;
- обеспечьте физический контакт.

Таблица 6.1

Основные изменения в состоянии пациентов, находящихся при смерти

Тип изменений	Последние месяцы жизни	Последние недели жизни	Последние дни жизни	Последние 24–48 часов
Медицинские	<ul style="list-style-type: none"> Усиление слабости Увеличение продолжительности сна Снижение аппетита Усиливающиеся болевые ощущения или другие симптомы 	<ul style="list-style-type: none"> Увеличение времени, проводимого в постели Бессонница Отсутствие интереса к еде и питью Нарастающая слабость Трудности при ходьбе 	<ul style="list-style-type: none"> Недержание мочи и кала Состояние бодрствования в ночное время, сонливость на протяжении дня Повышенное потоотделение Затуманенность сознания Нарушение интеллекта Бледность Расстройство дыхания 	<ul style="list-style-type: none"> Вялость Тревога Психомоторное возбуждение Постепенная или внезапная потеря сознания Усугубление изменений цвета кожных покровов Периодическая одышка «Клокочущее» дыхание Вздохи Бредовые состояния
Эмоциональные	<ul style="list-style-type: none"> Повышение потребности в активном общении, разговоре, физическом контакте Социальная изоляция Обострение грусти, жалоб Тенденции к активному общению, выражению любви 	<ul style="list-style-type: none"> Желание говорить об организации похорон Периоды проявления сильных эмоций «Переговоры» Воспоминания о пережитых событиях, обсуждение прошлого Потребность в одобрении близких людей Страх сна 	<ul style="list-style-type: none"> Повышение общительности Признаки ухода из жизни, слова прощания Обострение чувства тревоги 	<ul style="list-style-type: none"> Пациент может не реагировать или почти не реагировать на речевые раздражители. Затуманенность сознания, бред, неспособность явно выражать эмоции
Духовные	<ul style="list-style-type: none"> Повышенный интерес к духовным вопросам Молитвы Желание общения с духовным или религиозным наставником Обращение в веру 	<ul style="list-style-type: none"> Частые размышления об умерших родственниках Укрепление веры в Бога Периоды ухода в себя 	<ul style="list-style-type: none"> Объяснение мыслей и эмоций Раскаяние и переоценка ценностей 	<ul style="list-style-type: none"> Восприятие других жизненных измерений Раскаяние Спокойный, глубокий сон

Таблица 6.2

Рекомендации для членов семьи и других лиц, осуществляющих уход за пациентом, при появлении любых изменений, связанных с уходом из жизни

Последние месяцы жизни	<p>Позвольте пациенту выбирать пищу, которая ему нравится • Убедите пациента употреблять воду и пищу, но не заставляйте его и не настаивайте</p> <ul style="list-style-type: none"> • Помогите ему передвигаться • Помогите создать ему комфортную и безопасную обстановку • Активно сотрудничайте с медицинским персоналом, рассказывайте медикам о новых симптомах и об обострении уже имеющихся • Оказывайте пациенту моральную поддержку, слушайте его • Не стремитесь отрицать болезнь, не говорите пациенту, что все будет хорошо • Позвольте пациенту плакать и проявлять свои эмоции • Не старайтесь скрывать печаль • Молитесь вместе с пациентом и помогайте ему, по мере возможности, в установлении связи с его духовным наставником
Последние недели жизни	<p>Наблюдайте за любыми изменениями сна, процесса приема пищи и т.д.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Поддерживайте желание пациента обсуждать вопросы, связанные с уходом из жизни • Ограничивайте посещения, что позволит пациенту отдыхать • Дайте ему возможность обсудить пережитые события, помогите ему вспомнить о них • Обеспечьте физических контакт: массаж спины, конечностей • Говорите о любви, прощении • Если пациент боится темноты, оставляйте свет в комнате включенным • Часто повторяйте, что близкие люди всегда будут рядом с ним • Обсудите совместно духовные вопросы
Последние дни жизни	<p>Позаботьтесь, чтобы постель и белье пациента всегда были чистыми и сухими</p> <ul style="list-style-type: none"> • Часто меняйте положение пациента, прикованного к постели • Предлагайте воду и пищу, но не настаивайте • Следите за уровнем сознания; перед приемом пищи, убедитесь, что пациент может ее проглотить • Поддерживайте физический контакт • Увлажняйте губы маленькими кусочками льда или влажной салфеткой • Продолжайте общение с пациентом, включите любимую, успокаивающую его музыку • Члены семьи могут по очереди дежурить у кровати пациента • При необходимости, напоминайте людям, ухаживающим за пациентом, о питании и отдыхе • Молитесь вместе с пациентом
Последние 24-48 часов	<p>Если у пациента наблюдаются жар или лихорадка - применяйте горячие или холодные компрессы</p> <ul style="list-style-type: none"> • Общайтесь с пациентом (даже если он не отвечает) • Сообщайте медицинским работникам об изменениях в дыхании (члены семьи должны знать, что перед наступлением смерти возможны расстройства дыхания) • Сообщайте медицинским работникам о признаках страданий (гримасы боли) • Обеспечьте, если это возможно, прием лекарств по медицинским показаниям • Общайтесь с пациентом, выражайте ваши эмоции • Оказывайте пациенту вербальную и невербальную поддержку • Попрощайтесь и позвольте пациенту уйти из жизни • Убедите его, что его будут любить и о нем не забудут • Поговорите с ним о любви и прощении • Участвуйте в ритуалах прощания и поддержки.

6.4. Поддержка родственников пациента после его смерти

После смерти пациента важно оказывать поддержку родственникам, чтобы они могли справиться с утратой. И хотя горе является естественным процессом, который переживает человек, столкнувшийся с потерей близкого, необходимо понимать, что с ним происходит, чтобы оказываемая поддержка была максимально эффективной.

6.4.1. Этапы страданий, переживаемых человеком в случае тяжелой потери, описаны в специальной литературе. Это:

- **первичный шок**, оцепенение и неприятие случившегося;
- **боль разлуки**, которая влияет на поведение и эмоции. Скорбящий страдает от периодов абсолютной печали, сталкиваясь с ежедневной реальностью утраты;
- **отчаяние или депрессия**. Когда снижается частота и тяжесть состояния боли и тревоги, скорбящий может потерять интерес к жизни. Он теряет надежду и замыкается в себе. Это состояние может продлиться несколько месяцев;
- **принятие потери** и жизни без человека, ушедшего из жизни.

Реорганизация жизни начинается, когда эмоциональная энергия перенаправляется на новые отношения и деятельность, хотя годовщины смерти часто вызывают возобновление страданий.

Некоторые люди могут начать испытывать страдания еще до реальной смерти близкого человека (преждевременные страдания). Однако подобные страдания часто невозможно структурировать согласно вышеприведенным этапам.

Страдания людей, связанные с потерей членов семьи, которые умерли от ВИЧ-инфекции или ТБ, могут оказаться особенно сильными по ряду причин:

- люди, болевшие ВИЧ/СПИДом или ТБ, могут умереть в относительно молодом возрасте, поэтому такая утрата очень болезненна для близких;
- стигматизирующий характер заболевания затрудняет процесс преодоления кризиса, связанного с потерей близкого человека;
- понимание того, что другие члены семьи также могли погибнуть от ВИЧ/СПИДа или ТБ или являются зараженными и могут погибнуть в будущем.

6.4.2. Неразрешенные (неестественные) страдания

Людям, чьи страдания не прекращаются, остаются неразрешенными (их также называют неестественными), требуется помощь специалиста. Страдания детей и подростков часто бывают очень острыми, и они так же нуждаются в помощи

специалиста. Выявление людей, у которых может развиться неестественная реакция на утрату, позволяет осуществить вмешательство на ранней стадии и предотвратить развитие подобной реакции.

Факторы риска развития неестественных страданий включают в себя:

- неожиданную смерть;
- мучительную смерть;
- противоречивые отношения с покойным;
- чрезмерную зависимость от покойного;
- социальную изоляцию;
- непрошедший гнев, обиду;
- ранее понесенные и еще не забытые утраты;
- психические заболевания в анамнезе;
- другие стрессовые жизненные ситуации.

Многим скорбящим людям бывает достаточно хорошо обученного, умеющего слушать добровольца, чтобы справиться со своими чувствами. Убедить их в том, что эмоции, которые испытывает человек, потерявший близкого, являются нормальными, – очень важно, чтобы не дать развиться неестественным страданиям. Священник может помочь тем, чья вера пошатнулась, разрушилась или ослабла. Для некоторых людей полезной может оказаться встреча с группой тех, кто пережил подобный опыт.

Четких границ между «естественными» и «неестественными» страданиями не существует. Зачастую применение данных определений зависит от остроты страданий, реакции на утрату или продолжительности страданий.

Профессиональное вмешательство является необходимым в следующих случаях:

- **задержка наступления страданий.** Определяется как отсутствие страданий в первые недели или месяцы после смерти. Страдания могут стать более острыми и перерасти в хронические, когда они, наконец, наступят. Часто требуется проведение консультаций с целью принятия реальности;
- **торможение наступления страданий.** Состояние, при котором скорбящий избегает любого упоминания или воспоминания о покойном. У некоторых людей подобное состояние может выражаться в нервозности, тревоге или депрессии. Консультация побуждает скорбящего принять реальность произошедшей утраты;

- **постоянное ипохондрическое состояние**, которое блокирует наступление страданий. Скорбящим кажется, что они испытывают такие же симптомы заболевания, которые были у покойного, их не отпускает идея наличия у них того же неизлечимого или очень тяжелого заболевания. Объяснение пациенту того, что с ним происходит, может быть именно тем, что ему необходимо, чтобы выйти из данного состояния. Тем не менее, следует помнить, что смертность среди вдов и вдовцов является наиболее высокой в первый год после смерти супруга/супруги, в основном в связи с развитием сердечнососудистых заболеваний;
- **психическое расстройство**. Тяжелые депрессивные состояния могут развиваться в связи с наступлением иллюзорного чувства вины и привести к попыткам суицида. В таких случаях может потребоваться госпитализация. **Чувство озлобленности**, как и **фобические расстройства**, могут усиливаться на фоне злоупотребления алкоголем или медикаментами, особенно снотворными препаратами.

В одних случаях неестественных страданий может быть использована первичная медицинская помощь, могут быть привлечены социальные работники или подготовленные консультанты. В других случаях неизбежным является привлечение психиатров или психотерапевтов.

Приложения

Приложение 1

Рекомендации по применению кортикостероидов при паллиативной помощи

Кортикостероиды – общее название гормонов коры надпочечников, к которым относятся глюкокортикоиды и минералокортикоиды. Глюкокортикоиды, образующиеся в коре надпочечника человека, – кортизон и гидрокортизон, а минералокортикоид – альдостерон. Кортикостероиды выполняют много очень важных функций в организме. Глюкокортикоиды или глюкокортикостероиды (ГКС) обладают противовоспалительным действием, участвуют в регуляции обмена углеводов, жиров и белков, контролируют половое созревание, функцию почек, реакцию организма на стресс и др.

В современной медицине используются синтетические кортикостероиды, обладающие теми же свойствами, что и природные. К таким препаратам относятся дексаметазон, синалар, преднизолон и другие. Они применяются для подавления воспалительного процесса при многих заболеваниях. Кортикостероидные препараты, устраняя воспаление, оказывают и обезболивающее действие. Однако кортикостероиды, подавляя воспаление, не устраняют его причины, не воздействуют на возбудителей заболевания.

Кортикостероиды должны применяться только по назначению врача.

Общие правила приема ГКС:

1. ГКС могут применяться системно (в виде таблеток и инъекций), локально (внутрисуставное, ректальное введение), местно (мази, капли, аэрозоли, кремы). **Режим дозирования и длительность приема устанавливает врач.**
2. Таблетированный препарат можно принимать с 6 часов утра (первая доза) и не позже 14 часов последующие. Промежуток между приемами доз – не менее 4 часов. Такие условия приема необходимы для приближения к физиологическому поступлению ГКС в кровь при выработке их корой надпочечников.

3. Иногда, при больших дозах и в зависимости от характера заболевания, доза распределяется врачом на равномерное поступление в течение суток за 3-4 приема.
4. Таблетки следует принимать во время или сразу после еды, запивая небольшим количеством воды.
5. Лечение ГКС должно сопровождаться назначением препаратов кальция, витамина D для профилактики остеопороза. Диета пациента должна быть богата белками, кальцием и включать ограниченное количество углеводов и поваренной соли (до 5 г в сутки). Необходимо потреблять до 1,5 л жидкости в сутки.
6. Необходимы профилактические меры для предотвращения повреждений желудочно-кишечного тракта (назначение препаратов – например, алмагеля, или коррекция питанием – потребление киселей и т.п.).
7. **Нистатин** – для профилактики пациентам с риском развития кандидоза (доза > 8 мг в день при кахексии и обезвоживании), суспензия 100000 ЕД/мл, 1 мл 4 раза в день.
8. Профилактика пептической язвы во время лечения ГКС, показана в следующих случаях:
 - при совмещении ингибиторов протонной помпы со стероидами;
 - при обнаружении язвы в фазе обострения или при наличии язвы в недавнем прошлом;
 - при одновременном применении стероидов и оральных антикоагулянтов.

Примечание. Применяются ингибиторы протонной помпы, например, омепразол – 20 мг в день.

9. При назначении ГКС необходимо ежедневное наблюдение пациента.

Общие правила отмены кортикостероидов:

- При длительном приеме ГКС отмена препарата должна быть постепенной. ГКС подавляют функцию коры надпочечников, поэтому при быстрой или внезапной отмене препарата может развиваться надпочечниковая недостаточность.
- Унифицированной схемы для отмены ГКС нет. Режим отмены и снижения дозы зависит от длительности предшествующего курса лечения.
- Рекомендуется постепенное снижение дозы на 2 мг каждые 3 дня, вплоть до полного прекращения, с целью предотвращения побочных эффектов.

Примерные эквивалентные дозы кортикостероидов:

дексаметазон 2 мг = бетаметазон 2 мг = преднизолон 15 мг = гидрокортизон 50 мг.

Дозы противовоспалительных препаратов и эквивалентные дозы ГКС

Преднизон 5 мг	Преднизолон 5 мг
Преднизон 5 мг	Метилпреднизолон 4 мг
Преднизон 5 мг	Бетаметазон 0,75 мг
Преднизон 5 мг	Дексаметазон 0,75 мг
Преднизон 5 мг	Кортизон ацетат 25 мг
Преднизон 5 мг	Гидрокортизон 20 мг
Преднизон 5 мг	Триамцинолон 4 мг

Протокол применения дексаметазона

Дексаметазон является лучшим (предпочтительным) препаратом из группы ГКС. Дексаметазон – это производное кортизола, обладающее противовоспалительным, противоревматическим, иммуносупрессивным и противоаллергическим действием с минимальным минералокортикоидным эффектом.

Показания для назначения дексаметазона и дозы в расчете на 24 часа:

Специфические показания	
<ul style="list-style-type: none"> • Опухоли с повышенным внутричерепным давлением. • Синдром компрессии спинного мозга • Синдром верхней полой вены 	<p>Большие дозы ≥ 16 мг</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Компрессия нерва • Раковый лимфангит • Одышка (при опухоли/лимфангите) • Болезненная гепатомегалия, обусловленная опухолью • Перитуморальный отек с кишечной непроходимостью: нарушение глотания, желтуха, боль 	<p>Средние дозы 8 –12 мг</p>
Неспецифические показания	
<ul style="list-style-type: none"> • Стимуляция аппетита (4 мг в течение одной недели, затем 2 мг в течение одной недели, после чего приема препарата прекращается) • Усталость/астения (2–4 мг в день, в течение 7-10 дней) 	<p>Маленькие дозы 2–4 мг</p>

Общие рекомендации:

- Прием начинают с максимальной рекомендуемой (показанной) дозы.
- Рекомендуется принимать утром, в разовой дозе или дозе, разделенной на два приема (утром и в обед).
- Лечение назначают на 5-7 дней.
- Если через максимум 3 дня не последует улучшение, лечение следует прекратить (см. ниже).
- При достижении положительных результатов, через 5-7 дней необходимо постепенно (на 2 мг каждые 3 дня) снизить дозу до минимально эффективной (в идеале до 4 мг), которую необходимо поддерживать, регулярно оценивая эффект.
- Если пациент одновременно принимает НПВП, следует добавить препараты для защиты желудка.
- Если пациенту был назначен фенитоин или карбамазепин, дозу дексаметазона необходимо увеличить (удвоить).

Рекомендации при использовании дексаметазона в случае опухоли головного мозга:

- Лечение начинается с дозы ≥ 16 мг в сутки.
- Если улучшение не наступает через 3 дня – лечение незамедлительно прекращается.
- В случае улучшения необходимо продолжать прием препарата в установленной дозе в течение 5–7 дней.
- Затем доза уменьшается на 2 мг каждые 3 дня (с наблюдением эффекта).
- В случае повторного появления симптомов, необходимо вернуться к предыдущей дозе.
- По возможности, необходимо обеспечить прием поддерживающей (минимальной эффективной) дозы (в идеале до 4 мг).

Внимание! При длительном применении дексаметазона могут возникнуть следующие побочные эффекты, о которых нужно сообщить лечащему врачу и принять необходимые меры:

- кушингоидные изменения;
- изменения кожного покрова – шелушение, петехии, кровоподтеки, медленное заживление ран;
- инфекции, кандидоз полости рта;
- остеопороз;
- периферические отеки;

- проксимальная миопатия;
- психологические изменения – беспокойство, возбуждение, депрессия, психозы;
- гипергликемия (при наличии ранее существовавшего сахарного диабета или обнаружении скрытого сахарного диабета);
- пептическая язва;
- повышенное артериальное давление.

Общие рекомендации по прекращению приема дексаметазона:

- Если ожидаемый эффект не был достигнут, лечение длилось менее 3 недель, а доза дексаметазона была меньше 6 мг, рекомендуется незамедлительно прекратить прием препарата. При приеме препарата в более высоких дозировках, дозу необходимо снижать на 2 мг каждые 5-7 дней вплоть до 2 мг, затем – на 0,5 мг каждые 5-7 дней.
- Прием препарата также прекращают, соблюдая рекомендацию приведенную выше, при:
 - появлении общих проблем (обычно связанных с высокой дозировкой или продолжительным лечением);
 - ранних осложнениях: стоматит, трудности при контроле сахарного диабета, нарушение сна;
 - поздних осложнениях: проксимальная миопатия, атрофия кожи, синдром Иценко-Кушинга.

Советы по уходу при приеме дексаметазона:

- Рекомендуется строгая гигиена полости рта и прием препарата после еды.
- Время приема - утром +/- в обед, не позднее 15.00 (более поздний прием препарата может вызывать бессонницу, возбуждение).
- Необходимо строго соблюдать схему лечения и уведомлять лечащего врача о любых непредвиденных изменениях дозы и появлении желудочных симптомов (рвота, нарушение глотания, тошнота, и т.д.).

Меры предосторожности при уходе на дому за пациентом с ВИЧ/СПИДом и помощь при случайном контакте с ВИЧ

Уход на дому является обязательной частью паллиативной помощи. Лица, осуществляющие уход, должны получать исчерпывающие ответы на свои вопросы, особенно если их беспокоит собственная безопасность и способы профилактики инфекции. Они должны знать о простых и проверенных временем мерах, снижающих риск заражения ВИЧ и другими патогенными микроорганизмами, передающимися с кровью. В отношении людей с ВИЧ/СПИДом эти меры одинаковы как при стационарном или амбулаторном лечении, так и при уходе на дому. В их основе лежат стандартные принципы контроля инфекции, которые должны неукоснительно соблюдаться в любое время и в любом месте. Соблюдение этих принципов сокращает до минимума риск заражения при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями, которые считаются потенциально опасными и должны сразу обрабатываться и уничтожаться посредством простых методов.

Уход за человеком, живущим с ВИЧ/СПИДом, является безопасным для его родных и других людей, осуществляющих этот уход. Риск заражения ВИЧ крайне мал при условии соблюдения следующих правил:

- при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями пациента следует надевать латексные перчатки;
- раны и порезы должны быть закрыты повязками (как у пациента, так и у контактирующих с ним лиц); если повязка пропиталась кровью или другими биологическими жидкостями, ее нужно немедленно сменить и надлежащим образом уничтожить;
- загрязнения кровью, фекалиями и мочой следует удалять при помощи обычного бытового дезинфицирующего средства, используя перчатки;

- постельное белье и одежда со следами крови, фекалий и мочи должны до стирки храниться отдельно; смена белья производится в перчатках;
- запрещается пользоваться общими с пациентом зубными щетками, лезвиями, иглками и другими острыми предметами;
- после смены грязной одежды или постельного белья, равно как и после каждого контакта с биологическими жидкостями пациента следует мыть руки с мылом.

Обычные бытовые контакты безопасны (перчатки не требуются). При мытье продуктов питания и посуды, стирке постельного белья и одежды, не загрязненных биологическими жидкостями, а также при мытье туалета можно использовать обычные моющие средства.

Скорая помощь при случайном контакте с ВИЧ представляет собой комплекс мер, которые необходимо предпринять незамедлительно после контакта. Данные меры направлены на сокращение продолжительности контакта с зараженными биологическими жидкостями (включая кровь) и тканями, а также правильную обработку места контакта, что позволяет снизить риск заражения.

В случае повреждения от игл или других острых предметов необходимо выполнить следующие действия:

- немедленно промыть место контакта водой с мылом;
- поместить поврежденное место под проточную воду (на несколько минут или до остановки кровотечения), позволяя крови свободно вытекать из раны.
- при отсутствии проточной воды обработать поврежденное место дезинфицирующим гелем или раствором для обработки рук.

Внимание! Не рекомендуется:

- использовать сильнодействующие или концентрированные вещества (спирт, дезинфицирующие средства или йод), так как они могут вызвать раздражение поврежденной поверхности и усугубить повреждение;
- сдавливать или тереть поврежденное место;
- аспирация крови из раны при помощи шприца.

При разбрызгивании крови и других биологических жидкостей необходимо предпринять следующие меры:

Попадание брызг на неповрежденную кожу:

- немедленно промыть место контакта под проточной водой;
- при отсутствии проточной воды обработать поврежденное место дезинфицирующим гелем или раствором для обработки рук.

Внимание! Не рекомендуется:

- использовать сильнодействующие или концентрированные вещества (спирт, дезинфицирующие средства или йод), так как они могут вызвать раздражение кожи. Правильно использовать слабые дезинфицирующие растворы (например, 2-4%-ный раствор хлоргексидина глюконата);
- сдавливать или тереть поврежденное место;
- накладывать повязку.

Попадание брызг в глаза:

- немедленно промыть глаза водой или физраствором: в положении сидя откиньте голову назад и попросите коллегу аккуратно лить вам на глаза воду или физраствор таким образом, чтобы жидкость попадала под веки (для этого периодически осторожно оттягивайте их);
- при ношении контактных линз, не снимайте их во время промывания, так как линзы создают защитный барьер. После промывания глаз снимите контактные линзы и обработайте их, как обычно; после этого их можно совершенно безопасно использовать в дальнейшем.

Внимание! Не рекомендуется промывать глаза мылом или дезинфицирующим раствором.

Попадание брызг в рот:

- немедленно сплюнуть попавшую в рот жидкость;
- тщательно прополоскать рот водой или физраствором, сплевывая жидкость. Повторить процедуру полоскания ротовой полости несколько раз.

Внимание! Не рекомендуется использовать для полоскания рта мыло или дезинфицирующий раствор.

Окончательное решение о необходимости постконтактной профилактики (ПКП) принимает врач-инфекционист, оценивая степень риска и основываясь на том, что ПКП ни в коем случае не должна рассматриваться как первоочередной метод профилактики. ПКП начинают в первые часы после контакта, не дожидаясь результатов анализов, желательно в течение первых 2 часов, но не позднее, чем через 72 часа. ПКП проводится в течение 4 недель.

Приложение 3

Взаимодействие APB препаратов с другими лекарственными средствами

	APB препараты								
	Атазанавир ATV	Дарунавир DRV	Лопинавир LPV	Ритонавир RTV (ii)	Эфавиренз EFV	Этравирин ETV	Невирлапин NVP	Маравирок MVC	Ралтегравир RAL
Сердечно-сосудистые препараты									
Аторвастатин	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↓*	↔	↔
Флувастатин	↔*	↔*	↔*	↔*		↑*		↔*	↔*
Правастатин	↔*	↑	↔	↔	↓	↓*	↔*	↔	↔
Розувастатин	↑	↑*	↑	↑	↔	↑*	↔	↔	↔
Симвастатин	↑	↑	↑	↑	↓	↓*	↓*	↔	↔
Амлодипин	↑*(iii)	↑*	↑*	↑*	↓*	↓*	↓*	↔*	↔
Дилтиазем	↑(iii)	↑*	↑	↑	↓	↓*	↓	E*	↔
Метопролол	↑*	↑*	↑*	↑*	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
Верапамил	↑*(iii)	↑*	↑*	↑*	↓*	↓*	↓*	E*	↔*
Варфарин	↑ или ↓*	↓	↓	↓	↑ или ↓*	↑*	↑ или ↓*	↔*	↔*
Препараты для лечения ЦНС									
Диазепам	↑*	↑*	↑*	↑*	↓*	↑*	↓*	↔*	↔*
Мидазолам	↑	↑	↑	↑	↑			↔	↔
Триазолам	↑	↑	↑	↑	↑			↔*	↔*
Циталопрам	↑*	↑*	↑*	↑*	↓*	↑*	↓*	↔*	↔*
Миртазапин	↑*	↑*	↑*	↑*	↓*	↓*	↓*	↔*	↔*
Пароксетин	↑*	↓	↑*	↑	↔	↔	↔*	↔*	↔*
Сертралин	↑*	↓	↑*	↑	↓	↓*	↓*	↔*	↔*
Пимозид	↑	↑	↑	↑	↑			↔*	↔*
Карбамазепин	↑D	↑	↑D	↑	↓D	D	↓D	D	D
Ламотриджин	↔**	↔*	↓	↓	↔*	↔*	↔*	↔*	↔*
Фенитоин	D	D	D	↓	↓D	D	↓D	D	D

	АРВ препараты								
	Атазанавир ATV	Дарунавир DRV	Лопинавир LPV	Ритонавир RTV (ii)	Эфавиренз EFV	Этравирин ETV	Невиралапин NVP	Маравирок MVC	Ралтегравир RAL
Противоинфекционные препараты									
Кларитромицин	↑E	↑	↑	↑	↓	↓E	↓	E	↔ *
Флуконазол	↔	↔ *	↔	↔	↔	E	E	↔	↔
Итраконазол	↑E	↑E	↑E	↑	↓	↓E	↓	E	↔
Рифабутин	↑	↑E	↑	↑	↓	D			↔
Рифампицин	D	D	D	D	D	D	D	D	D
Вориконазол	↓	↓	↓	↓	↓E	↓E	↓E	E	↔
Другие препараты									
Антациды	D	↔	↔		↔	↔ *	↔	↔ *	E
ИПП	D	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔ *	E
H2-блокаторы	D	↔	↔	↔	↔	↔	↔	↔ *	E
Альфусозин	↑	↑	↑	↑	↓ *	↓ *	↓ *	↔ *	↔ *
Бупренорфин	↑	↑	↔	↑	↓	↓ *	↓ *	↔	↔
Будесонид ингал.	↑	↑	↑	↑	↔ *	↔ *	↔ *	↔ *	↔ *
Производные эрготамина	↑	↑	↑	↑	↑	↑ *		↔ *	↔ *
Этинилэстрадиол	↑ **	↓	↓	↓		↔	↓	↔	↔
Флутиказон ингал.	↑	↑	↑	↑	↔ *	↔ *	↔ *	↔ *	↔ *
Метадон	↔	↓	↓	↓	↓	↔	↓	↔ *	↔
Зверобой	D	D	D	D	D	D	D	D	↔

Примечание. В таблице приведены обобщенные сведения о лекарственном взаимодействии препаратов для лечения ВИЧ и ряда других препаратов, которые, как правило, назначаются одновременно с ними, а также о лекарственном взаимодействии, имеющем особую клиническую значимость. Эта таблица не является исчерпывающей; другие сведения о лекарственном взаимодействии и более подробные данные о фармакокинетическом взаимодействии и изменениях дозировки можно найти на сайте: www.hiv-druginteractions.org.

Условные обозначения:

↑ - возрастает воздействие препарата, не предназначенного для лечения ВИЧ;

↓ - снижается воздействие препарата, не предназначенного для лечения ВИЧ;

↔ - без значимого эффекта;

E - возрастает воздействие препарата, предназначенного для лечения ВИЧ;

D - снижается воздействие препарата, предназначенного для лечения ВИЧ;

* - прогноз, основанный только на метаболических профилях препаратов, когда отсутствуют данные клинических исследований взаимодействия; отсутствие * означает, что такие данные имеются;

** - результат применения небустированного ATV. Бустированный ATV ↓ ламотриджин и этинилэстрадиол;

Выделено зеленым - эти препараты не должны применяться одновременно;

(ii) - ритонавир, дозированный как фармакокинетический бустер, либо как антиретровирусный препарат;

(iii) - рекомендуется регулярно отслеживать показатели ЭКГ.

Наиболее распространенные побочные эффекты ARV препаратов

Побочный эффект	Препарат									
	Зидовудин AZT	Ламивудин ЗТС	Абакавир ABC	Тенофовир TDF	Эфавиренз EFV	Невиртапин NVP	Лопинавир LPV	Дарунавир DRV		
Кожных покровов	Пигментация ногтей		Кожные высыпания			Кожные высыпания		Кожные высыпания		
Пищеварительной системы	Тошнота						Тошнота, диарея			
Печени	Стеатоз			Гепатит		Гепатит				
Сердечно-сосудистой системы			ИБС				ИБС			
Мочевыделительной системы	Миопатия			Синдром Фанкони						
Нервной системы					Депрессия, суицидальные мысли, головокружения, нарушения сна					
Жировой ткани	Липоатрофия									
Метаболические	Дислипидемия/гиперлактатемия				Дислипидемия, гинекомастия		Дислипидемия	Дислипидемия		
Другие	Анемия		Системная гиперчувствительность							

Примечание. Тяжелые побочные эффекты (осложнения, которые могут представлять опасность для жизни пациента и требуют немедленной медицинской помощи) выделены зеленым.

Взаимодействие между антидепрессантами и антиретровирусными препаратами

Антидепрессант	АРВ препарат	Эффект взаимодействия	Рекомендация
Сертралин	EFV	Снижает AUC сертралина на 39%	Во всех случаях корректировать (увеличивать или уменьшать) дозу до получения эффекта
	DRV	Снижает AUC сертралина на 49%	
Пароксетин	FPV	Снижает AUC пароксетина на 50%	
	DRV	Снижает AUC пароксетина на 40%	
	RTV	Может увеличивать уровень пароксетина	
Венлафаксин	RTV	Может увеличивать уровень венлафаксина	
Циталопрам	RTV	Может увеличивать уровень циталопрама	
Миртазапин	ИП	Может увеличивать уровень миртазапина	

Примечание. Антидепрессанты не изменяют концентрации ингибиторов протеазы (ИП) и нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (ННИОТ). Антиретровирусные препараты могут изменять уровни антидепрессантов как указано в таблице. Не следует ожидать взаимодействия антидепрессантов и ралтегравира. Применение венлафаксина (и, в меньшей степени, миртазапина) влияет на удлинение интервала QT. Это может касаться пациентов, которые принимают ингибиторы протеазы и/или метадон и которым показаны антидепрессанты

Приложение 6

Терапия побочных эффектов препаратов, применяющихся при лечении туберкулеза с лекарственной устойчивостью (ЛУ-ТБ)

Ниже приведены рекомендации по терапии следующих побочных эффектов:

<p>А</p> <ul style="list-style-type: none"> • Алопеция • Артралгия <p>Б</p> <ul style="list-style-type: none"> • Боль в мышцах <p>Г</p> <ul style="list-style-type: none"> • Гастрит и боль в животе • Гепатит • Гипотиреоз • Гинекомастия <p>Д</p> <ul style="list-style-type: none"> • Депрессия 	<p>И</p> <ul style="list-style-type: none"> • Изменения в гемолейкограмме <p>К</p> <ul style="list-style-type: none"> • Кожный зуд, тяжелые кожные высыпания, анафилактический шок <p>М</p> <ul style="list-style-type: none"> • Металлический вкус во рту 	<p>Н</p> <ul style="list-style-type: none"> • Неврит зрительного нерва • Нефротоксичность <p>П</p> <ul style="list-style-type: none"> • Периферическая нейропатия • Периферическая нейропатия • Потеря слуха, вестибулярные нарушения • Психозы 	<p>С</p> <ul style="list-style-type: none"> • Судороги <p>Т</p> <ul style="list-style-type: none"> • Тошнота и рвота <p>У</p> <ul style="list-style-type: none"> • Удлинение интервала QT <p>Э</p> <ul style="list-style-type: none"> • Электролитные нарушения (гипокалиемия и гипомагниемия)
--	--	---	--

АЛОПЕЦИЯ

Лекарственный препарат	Изониазид, этионамид/протионамид
Терапевтические мероприятия	Успокоить, подбодрить пациента, чтобы он спокойно воспринял данный побочный эффект
Комментарий	Прием вышеуказанных препаратов может вызвать выпадение или поредение волос. Данный побочный эффект является временным и обратимым после прекращения приема препарата

АРТРАЛГИЯ

Лекарственный препарат	Пиразинамид, бедаквилин, фторхинолоны
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none">• Назначение НПВП• Снижение дозы или отмена соответствующего препарата, если это не повредит противотуберкулезному лечению
Комментарий	<ul style="list-style-type: none">• Симптомы артралгии обычно стихают со временем даже без дополнительных вмешательств• При приеме пиразинамида может повышаться уровень мочевой кислоты. Лечение аллопуринолом в таких случаях малоэффективно

БОЛЬ В МЫШЦАХ

Лекарственный препарат	Линезолид
Терапевтические мероприятия	Временное прекращение приема препарата
Комментарий	Необходимо наблюдать за уровнем молочной кислоты в крови

ГАСТРИТ И БОЛЬ В ЖИВОТЕ

Лекарственный препарат	Пазер, этионамид/протионамид, клофазимин, фторхинолоны, изониазид, этамбутол, пиразинамид
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none">• Назначение H_2 – блокаторов, ингибиторов протонной помпы, антацидов• Отмена на короткий срок (1-7 дней) соответствующих противотуберкулезных препаратов• Снижение дозы или отмена соответствующего препарата, если это не повредит противотуберкулезному лечению
Комментарий	<ul style="list-style-type: none">• При острой форме гастрита наблюдаются рвота кровью и/или мелена (редко)• Следует точно рассчитывать время приема антацидов, чтобы не помешать приему противотуберкулезных препаратов (2 часа до или 3 часа после приема противотуберкулезных препаратов)• Реакция обратима после прекращения приема, вызвавшего его препарата

ГЕПАТИТ	
Лекарственный препарат	Пиразинамид, изониазид, рифампицин, этионамид/протионамид, пазер, этамбутол, фторхинолоны
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Прекращение лечения до исчезновения симптомов гепатита • Исключение других вероятных причин гепатита • Исключение наиболее гепатотоксичных препаратов, возобновление приема остальных противотуберкулезных препаратов под строгим контролем функции печени
Комментарий	<ul style="list-style-type: none"> • Необходим подробный сбор анамнеза по поводу гепатита в прошлом и определение наиболее гепатотоксичного препарата • Следует провести анализ крови на вирусный гепатит А, В, С • Обычно реакция обратима после прекращения приема, вызвавшего его препарат.
ГИПОТИРЕОЗ	
Лекарственный препарат	Этионамид/протионамид, пазер
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Назначение приема левотироксина • Мониторинг за уровнем тиреотропного гормона (ТТГ) раз в 2 месяца в случае каких-либо изменений
Комментарий	<ul style="list-style-type: none"> • Полное восстановление после отмены пазера и этионамида • Комбинированное лечение пазером и этионамидом чаще связано с гипотиреозом, нежели назначение данных препаратов по отдельности
ГИНЕКОМАСТИЯ	
Лекарственный препарат	Этионамид/протионамид
Терапевтические мероприятия	Успокоить, подбодрить пациента, чтобы он спокойно воспринял данный побочный эффект
Комментарий	Реакция обратима после прекращения приема препарата

ДЕПРЕССИЯ

Лекарственный препарат	Циклосерин, фторхинолоны, изониазид, этионамид/протионамид
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Назначение лечения антидепрессантами • Снижение дозы или отмена соответствующего препарата, если это не повредит противотуберкулезному лечению • Предоставление индивидуальных или групповых консультаций
Комментарий	<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы депрессии могут быть временными и будут снижаться при эффективном лечении • Наличие периодов депрессии в анамнезе не является противопоказанием к приему указанных препаратов, однако, увеличивает риск развития депрессии в период лечения ЛУ-ТБ • Не следует недооценивать важность социального и экономического факторов в развитии депрессии, поэтому желательно оказать пациенту помощь в улучшении его социально-экономической ситуации

ИЗМЕНЕНИЯ В ГЕМОЛЕЙКОГРАММЕ

Лекарственный препарат	Линезолид
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Отмена данного лекарственного препарата • В случае острой необходимости приема линезолида - назначение дозы 300 мг • При миелосупрессии - определение необходимости препарата в схеме лечения • При тяжелой анемии – переливание крови
Комментарий	Изменения в гемолейкограмме -лейкопения, тромбоцитопения, анемия, коагулопатии, эозинофилия

Кожный зуд, тяжелые кожные высыпания, анафилактический шок

Лекарственный препарат	Все лекарственные препараты
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Зуд без кожных высыпаний, при отсутствии причины его возникновения - симптоматическое лечение антигистаминными препаратами и увлажняющими мазями; продолжение противотуберкулезного лечения под непосредственным наблюдением за состоянием пациента • Кожные высыпания – прекращение приема противотуберкулезных препаратов
Комментарий	После устранения симптомов аллергии следует постепенно возобновить прием противотуберкулезных препаратов, начав с небольших доз самого надежного препарата, не вызывающего аллергических высыпаний; спустя 3 дня постепенно увеличить дозу

МЕТАЛЛИЧЕСКИЙ ВКУС ВО РТУ	
Лекарственный препарат	Этионамид/протионамид, кларитромицин, фторхинолоны
Терапевтические мероприятия	Успокоить, подбодрить пациента, чтобы он спокойно воспринял данный побочный эффект
Комментарий	Реакция обратима после прекращения приема препарата
НЕВРИТ ЗРИТЕЛЬНОГО НЕРВА	
Лекарственный препарат	Этамбутол, этионамид/протионамид, линезолид, клофазимин, рифабутин, изониазид, стрептомицин
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Отмена этамбутола • Назначение консультации офтальмолога
Комментарий	<ul style="list-style-type: none"> • Обычно реакция обратима после отмены этамбутола • Описаны редкие случаи возникновения неврита зрительного нерва, вызванного приемом стрептомицина
НЕФРОТОКСИЧНОСТЬ	
Лекарственный препарат	Стрептомицин, канамицин, амикацин, капреомицин
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Отмена соответствующего лекарственного препарата • Решение вопроса о применении капреомицина, если ранее были назначены аминогликозиды. При крайней необходимости назначение препарата 2 или 3 раза в неделю, если это не нарушит схему лечения пациента (обязательный мониторинг за уровнем креатинина в крови) • Снижение доз остальных противотуберкулезных препаратов в соответствии с клиренсом креатинина
Комментарий	<ul style="list-style-type: none"> • Наличие сахарного диабета или заболевания почек в анамнезе не является противопоказанием к назначению указанных препаратов, однако пациенты с сопутствующими заболеваниями имеют повышенный риск развития почечной недостаточности • Почечная недостаточность может быть необратимой

ПЕРИФЕРИЧЕСКАЯ НЕЙРОПАТИЯ

Лекарственный препарат	Циклосерин, линезолид, изониазид, стрептомицин, канамицин, амикацин, капреомицин, фторхинолоны, этионамид/протионамид, этамбутол
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none">• Назначение пиридоксина в максимальной суточной дозе (200 мг в день)• Назначение капреомицина парентерально, если к нему сохранена чувствительность• Назначение лечения трициклическими антидепрессантами (амитриптилин), НПВП или ацетаминофеном (парацетамолом) может улучшить симптоматику• Снижение дозы или отмена соответствующего препарата, если это не повредит противотуберкулезному лечению
Комментарий	<ul style="list-style-type: none">• Некоторые сопутствующие заболевания (сахарный диабет, ВИЧ, алкоголизм) обуславливают более высокую вероятность развития периферической нейропатии, однако, эти заболевания не являются противопоказаниями к приему указанных препаратов• Нейропатия может быть необратимой, однако, лишь у части пациентов. Обычно после отмены соответствующего препарата, происходит улучшение симптоматики

ПОТЕРЯ СЛУХА, ВЕСТИБУЛЯРНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Лекарственный препарат	Стрептомицин, канамицин, амикацин, капреомицин, кларитромицин
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none">• Определение степени снижения слуха и, по возможности, сравнение с начальными данными аудиометрии• Назначение капреомицина парентерально, если к нему сохранена чувствительность• Увеличение частоты приема и/или снижение дозы препарата при условии, что это не повредит противотуберкулезному лечению (оцените возможность назначения препарата 3 раза в неделю)• Прекращение приема препарата, если это не повредит противотуберкулезному лечению
Комментарий	<ul style="list-style-type: none">• Начальные нарушения слуха могут быть у больных, ранее лечившихся аминогликозидами. В таких ситуациях, перед началом лечения ЛУ-ТБ следует провести аудиограмму• Потеря слуха может быть необратима.• Риск прогрессирования снижения слуха необходимо оценить в сравнении с риском отмены препарата в схеме соответствующего лечения

ПСИХОЗЫ	
Лекарственный препарат	Циклосерин, изониазид, фторхинолоны, этионамид/протионамид
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Отмена препарата на короткий срок (1-4 недели) до устранения симптомов психоза • Начало лечения психоза • Снижение дозы или отмена соответствующего препарата, если это не повредит противотуберкулезному лечению
Комментарий	<ul style="list-style-type: none"> • Некоторым пациентам потребуются психотерапия на весь период лечения ЛУ-ТБ • Наличие психических заболеваний в анамнезе не является противопоказанием к использованию перечисленных препаратов, однако увеличивает вероятность развития психозов в период лечения ЛУ-ТБ • Психозы, как правило, обратимы и исчезают после окончания лечения ЛУ-ТБ или отмены препарата
СУДОРОГИ	
Лекарственный препарат	Циклосерин, изониазид, фторхинолоны
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none"> • Отмена препарата, вызвавшего судороги • Назначение противосудорожной терапии (фенитоин, вальпроат) • Назначение пиридоксина в максимальной суточной дозе (200 мг в день) • Возобновление приема препарата или снижение его дозы, в случае необходимости сохранения схемы противотуберкулезного лечения • Полное прекращение приема препарата, если это не повредит лечению
Комментарий	<ul style="list-style-type: none"> • Следует продолжить противосудорожное лечение до завершения лечения ЛУ-ТБ или до отмены препарата, вызвавшего судороги. Наличие судорог в анамнезе не является противопоказанием к использованию указанных препаратов, если приступы можно контролировать и (или) пациент получает противосудорожную терапию • Пациенты с судорогами в анамнезе имеют повышенный риск развития судорог в период лечения ЛУ-ТБ

ТОШНОТА И РВОТА

Лекарственный препарат	Этионамид/протионамид, пазер, бедаквилин, изониазид, этамбутол, пиразинамид, амоксициллин/клавулановая кислота, клофазимин
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none">• Определение степени обезвоживания и, при необходимости, проведение регидратации• Назначение противорвотных препаратов• Снижение дозы или отмена соответствующего препарата, если это не повредит противотуберкулезному лечению
Комментарий	<ul style="list-style-type: none">• Тошнота и рвота постоянно встречаются на первых неделях лечения и обычно устраняются поддерживающей терапией• При сильной рвоте следует следить за электролитным балансом

УДЛИНЕНИЕ ИНТЕРВАЛА QT

Лекарственный препарат	Бедаквилин, фторхинолоны, кларитромицин, клофазимин
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none">• Мониторинг ЭКГ• Наблюдение за электролитным балансом• Соблюдение осторожности в случае пациентов, страдающих почечной недостаточностью, при корректировании доз фторхинолонов
Комментарий	<ul style="list-style-type: none">• Интервал QT патологически удлинён при гиперкальциемии, гиперкалиемии и укорочен при гипокальциемии• Некоторые антиаритмические препараты способны удлинять интервал QT

Электролитные нарушения (гипокалиемия и гипомагниемия)

Лекарственный препарат	Капреомицин, канамицин, амикацин, стрептомицин
Терапевтические мероприятия	<ul style="list-style-type: none">• Определение уровня калия (K^+)• В случае гипокалиемии, при подозрении на гипокальциемию, определение уровней магния и кальция (Mg^{++} и Ca^{++})• Компенсирование электролитных нарушений
Комментарий	<ul style="list-style-type: none">• В случае тяжелой гипокалиемии пациента следует госпитализировать• Спиринолактон (25 мг в день) и амилорид (5-10 мг в день) могут снизить потери калия и магния. Данные препараты назначаются в самых тяжелых случаях

Приложение 7

Фармакологическая терапия побочных эффектов препаратов, применяемых при лечении ЛУ-ТБ

Побочный эффект	Препараты, рекомендованные для его устранения
Тошнота, рвота, диспепсия	Метоклопрамид
Изжога, отрыжка, боль в желудке	Блокаторы H_2 -гистаминовых рецепторов (ранитидин, фамотидин, и т.д.), ингибиторы протонной помпы (лансопразол, омепразол, и т.д.). Следует избегать приема антацидов, так как они уменьшают всасывание фторхинолонов
Кандидоз полости рта (не в случае ВИЧ-инфекции)	Флуконазол, котримазол (в форме таблеток)
Диарея	Лоперамид
Депрессия	Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (флуоксетин, сертралин), трициклические антидепрессанты (амитриптилин)
Психомоторное возбуждение	Лоразепам, диазепам, клоназепам
Бессонница	Дименгидринат
Психоз	Галоперидол, торазин, рисперидон (для предотвращения экстрапирамидных побочных эффектов - бипериден)
Профилактика побочных неврологических эффектов циклосерина	Амитриптилин
Периферическая нейропатия	Пиридоксин (витамин B_6)
Вестибулярные симптомы	Меклизин, дименгидринат, проклорперазин, прометазин

Побочный эффект	Препараты, рекомендованные для его устранения
Миалгия, артралгия, головная боль	Ибупрофен, парацетамол, кодеин
Кожные проявления, зуд	Гидрокортизоновая мазь
Системные реакции гиперчувствительности	Антигистаминные препараты, кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон)
Бронхоспазм	Ингаляционные бета-агонисты (сальбутамол, альбутерол, и т.д.), ингаляционные кортикостероиды (буклометазон, флутиказон, и т.д.), кортикостероиды перорально (преднизолон), кортикостероиды внутривенно (дексаметазон, метилпреднизолон)
Гипотиреоз	Левотироксин
Нарушения водно-электролитного баланса	Замена калия и магнезии (K ⁺ , Mg ⁺⁺)

Инструкция по правильному использованию маски для защиты органов дыхания

1. Перед использованием маски, убедитесь, что у вас чистые руки. Держите маску обратной стороной к себе, раскройте верхний и нижний края маски, тем самым создавая чашеобразную форму. Слегка изогните маску посередине для носа.



2. Убедитесь, что обе части маски полностью раскрыты.
3. Возьмите маску для защиты органов дыхания одной рукой, направив ее обратной стороной к вашему лицу. Возьмите обе фиксирующие резинки другой рукой. Держите защитную маску на подбородке, лицевой стороной вверх и наложите резинки вокруг головы.

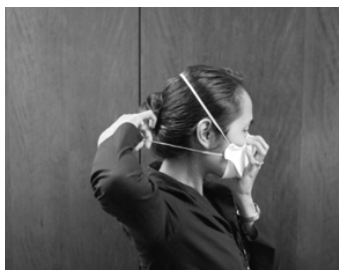


4. Зафиксируйте верхнюю и нижнюю резинки.

5. Обеими руками создайте изгиб для носа, таким образом, чтобы он находился на самом узком участке носа и были обеспечены хорошее прилегание и герметичность.



6. Проверьте герметичность защитной маски перед тем, как войти в рабочую зону:



- Прикройте обеими руками лицевую часть защитной маски.
- Глубоко **ВЫДОХНИТЕ**, если защитная маска **БЕЗ КЛАПАНА**;
- Глубоко **ВДОХНИТЕ**, если защитная маска **С КЛАПАНОМ**;
- Если вокруг носа осталось пространство, в которое проникает воздух, скорректируйте позицию изгиба для носа, для устранения неплотного прилегания.
- Повторите вышеописанную проверку на герметичность;
- При наличии пространств по краям маски, в которые проникает воздух, перефиксируйте резинки по бокам головы, для устранения неплотного прилегания.

Препараты, назначаемые при паллиативном уходе за детьми (краткий фармацевтический справочник)

Ниже приведены рекомендации по применению при паллиативном уходе за детьми следующих препаратов (в алфавитном порядке):

<p>А</p> <ul style="list-style-type: none"> Амитриптилин 	<p>Д</p> <ul style="list-style-type: none"> Дексаметазон Диазепам Домперидон 	<p>М</p> <ul style="list-style-type: none"> Мелатонин Мидазолам Метоклопрамид Морфин 	<p>С</p> <ul style="list-style-type: none"> Сальбутамол
<p>Б</p> <ul style="list-style-type: none"> Баклофен Бисакодил 	<p>И</p> <ul style="list-style-type: none"> Ипратропия бромид 	<p>Н</p> <ul style="list-style-type: none"> Налоксон Нистатин 	<p>Т</p> <ul style="list-style-type: none"> Трамадол Транексамовая кислота
<p>Г</p> <ul style="list-style-type: none"> Габалентин Галоперидол Гиосцина бутилбромид Глицерол (глицерин) 	<p>К</p> <ul style="list-style-type: none"> Карбамазепин Клоназепам 	<p>О</p> <ul style="list-style-type: none"> Октреотид Ондансетрон 	<p>Ф</p> <ul style="list-style-type: none"> Фентанил Флуконазол
	<p>Л</p> <ul style="list-style-type: none"> Лактулоза Левомепромазин Лоперамид 	<p>Р</p> <ul style="list-style-type: none"> Ранитидин 	<p>Х</p> <ul style="list-style-type: none"> Хлорпромазин
			<p>Э</p> <ul style="list-style-type: none"> Эпинефрин Этамзилат

Амитриптилин

Показания: нейропатическая боль.

Способ применения и дозы: перорально. Детям от 2 до 12 лет начальная разовая доза - 200 мкг/кг (максимально 10 мг), вечером; при необходимости доза может быть увеличена до максимальной - 1 мг/кг в день в 2 приема (под присмотром специалиста). Детям от 12 до 18 лет начальная доза - 10 мг 1 раз в день, вечером, с возможностью ее последующего постепенного увеличения на протяжении 3-5 дней до максимальной - 75 мг в день, на ночь.

Примечания:

- назначение препарата детям с нейропатической болью не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (off-label use);
- не следует назначать одновременно с ингибиторами моноаминоксидазы (МАО) или в течение 2 недель после окончания лечения. Следует избегать одновременного приема с лекарственными препаратами, которые ингибируют или активируют ферменты CYP2D6.

Баклофен

Показания: хроническая тяжелая спастичность произвольных мышц.

Способ применения и дозы: перорально. Начальная доза для детей до 18 лет - 300 мкг/кг в день, разделенная на 4 приема (максимальная разовая доза - 2,5 мг) с последующим постепенным увеличением, с интервалом в 1 неделю, до достижения поддерживающей дозы - 0,75-2 мг / кг в день. Максимальные суточные дозы: детям до 8 лет - 40 мг в день; детям от 8 до 18 лет - 60 мг в день.

Примечания:

- клинических данных по применению баклофена у детей в возрасте до 1 года мало. В этой группе пациентов препарат следует применять, учитывая индивидуальные преимущества и риск лечения;
- следует наблюдать за мышечным тонусом и возможными побочными эффектами, касающимися глотания, а также защищать дыхательные пути;
- **следует избегать резкого прерывания** приема препарата;
- при почечной недостаточности существует риск токсичности; следует применять небольшие пероральные дозы и при необходимости, увеличить длительность приема;
- **противопоказан** при язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки в активной фазе;
- прием препарата во время или после еды поможет снизить вероятность возникновения раздражения желудка;
- может быть назначен прием через зонд для энтерального питания.

Бисакодил

Показания: запор.

Способ применения и дозы: перорально: детям от 4 до 8 лет - 5-20 мг 1 раз в день; ректально (свечи): детям от 2 до 18 лет - 5-10 мг 1 раз в день. Дозы следует корректировать в зависимости от клинического эффекта.

Примечания:

- таблетки действуют в течение 10-12 часов;
- свечи действуют в течение 20-60 минут; они должны непосредственно контактировать со слизистой оболочкой;
- долгое или чрезмерное применение может вызывать нарушения водно-электролитного баланса.

Габапентин

Показания: нейропатическая боль (адъювантный препарат).

Способ применения и дозы: перорально. Детям старше 2 лет: 1-й день - разовая доза 10 мг/кг (максимальная разовая доза - 300 мг); 2-й день - 10 мг/кг 2 раза в день (максимальная разовая доза - 300 мг); 3-й день 10 мг/кг 3 раза в день (максимальная разовая доза - 300 мг). При необходимости следует увеличить разовую дозу до 20 мг/кг (максимальная разовая доза - 600 мг). Детям старше 12 лет максимальная суточная доза может быть увеличена в зависимости от клинического эффекта до 3600 мг в день.

Примечания:

- назначение препарата детям с нейропатической болью не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*);
- скорость титрования после первых 3-х дней варьирует;
- при почечной недостаточности необходимо уменьшить дозу.

Галоперидол

Показания:

- тошнота и рвота при метаболических нарушениях или в случаях, трудно поддающихся лечению;
- беспокойство и помрачение сознания;
- икота, трудно поддающаяся лечению;
- психоз, галлюцинации.

Способ применения и дозы:

Перорально:

Тошнота и рвота:

- детям от 1 месяца до 12 лет начальная доза - 50 мкг/кг в сутки

(максимальная начальная доза – 3 мг в сутки), в несколько приемов. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной - 170 мкг/кг в сутки, в несколько приемов;

- детям от 12 до 18 лет - 1,5 мг раз в день, на ночь. При необходимости, следует увеличить до 1,5 мг 2 раза в день; максимальная доза – 5 мг 2 раза в день.

Беспокойство и помрачение сознания:

- детям от 1 месяца до 12 лет начальная доза - 50 мкг/кг в сутки (максимальная начальная доза - 3 мг в сутки) в несколько приемов. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной – 170 мкг/кг в сутки, в несколько приемов;
- детям от 12 до 18 лет 10-20 мкг/кг каждые 8-12 часов; максимальная доза - 10 мг в день.

Икота, трудно поддающаяся лечению:

- детям от 1 месяца до 12 лет начальная доза - 50 мкг/кг в день (максимальная начальная доза - 3 мг в сутки), в несколько приемов. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной – 170 мкг/кг в сутки, в несколько приемов;
- детям от 12 до 18 лет - 1,5 мг 3 раза в день.

В виде непрерывной внутривенной или подкожной перфузии (для любых показаний):

- детям от 1 месяца до 12 лет начальная доза – 25 мкг/кг в сутки (максимальная начальная доза - 1,5 мг в сутки). При необходимости доза может быть увеличена до максимальной – 85 мкг/кг в сутки;
- детям от 12 до 18 лет начальная доза – 1,5 мг в сутки. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной – 5 мг в сутки.

Примечания:

- является антагонистом D2-рецепторов и типичным антипсихотическим препаратом.
- назначение препарата детям при тошноте и рвоте, беспокойстве и помрачении сознания или икоте, трудно поддающейся лечению, не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*).

Гиосцина бутилбромид

Показания:

- боль, вызванная спазмом желудочно-кишечного и мочеполового трактов (адьювантный препарат);
- терапия при повышенных секрециях.

Способ применения и дозы:

Перорально или в виде внутримышечных/внутривенных инъекций:

- детям от 1 месяца до 4 лет - 300-500 мкг/кг (максимальная доза - 5 мг)

3-4 раза в день;

- детям от 5 до 12 лет - 5-10 мг 3-4 раза в день;
- детям от 12 до 18 лет - 10-20 мг 3-4 раза в день.

В виде непрерывного подкожного введения:

- детям от 1 месяца до 4 лет - 1,5 мг/кг в сутки (максимальная суточная доза - 15 мг);
- детям от 5 до 12 лет - 30 мг в сутки;
- детям от 12 до 18 лет - до 60-80 мг в сутки.

При необходимости следует применять более высокие дозы.

Примечания:

- не проходит через гемато-энцефалический барьер и, как следствие, не обладает никаким центральным противорвотным действием, а также не вызывает сонливость;
- назначение таблетированных форм детям младше 6 лет не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*);
- инъекционные формы не упомянуты в утвержденной инструкции к препарату для назначения детям (*off-label use*).

Глицерол (глицерин)

Показания: запор.

Способ применения и дозы: ректально, в виде свечей. В неонатальном периоде - кончик свечи (маленький кусочек свечи, около 1 г, отрезанный лезвием); детям от 1 месяца до 1 года - 1 г; детям от 1 года до 12 лет - свечи 2 г; детям от 12 до 18 лет - свечи 4 г.

Примечания:

- свечу следует смочить водой перед введением;

- обладает гигроскопическим и смазочным эффектом;
- послабляющий эффект, как правило, наступает в течение 15-20 минут и длится до 3 часов.

Дексаметазон

Показания:

- головная боль, связанная с повышенным внутричерепным давлением вследствие опухоли;
- опухоли, оказывающие давление на нервы, кости или вызывающие обструкцию;
- компрессия нерва, компрессия спинного мозга и боль в костях;
- противорвотное средство как адъювант при цитотоксической терапии или терапии с высоким эметогенным потенциалом.

Способ применения и дозы: перорально или внутривенно.

При головной боли, связанной с повышенным внутричерепным давлением: детям от 1 месяца до 12 лет - 250 мкг/кг 2 раза в день, в течение 5 дней, затем следует уменьшить дозу или приостановить прием.

Противорвотное средство, начальная доза:

- детям до 1 года - 250 мкг 3 раза в день. Эта доза может быть увеличена до 1 мг 3 раза в день;
- детям от 1 до 5 лет - 1 мг 3 раза в день. Эта доза может быть увеличена до 2 мг 3 раза в день;
- детям от 6 до 12 лет - 2 мг 3 раза в день. Эта доза может быть увеличена до 4 мг 3 раза в день;
- детям от 12 до 18 лет - 4 мг 3 раза в день.

Примечания:

- назначение детям в качестве противорвотного средства не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (off-label use);
- дексаметазон имеет сильную глюкокортикоидную активность, однако его минералкортикоидная активность незначительна, поэтому он особенно показан при противовоспалительной терапии в больших дозах;
- 1 мг дексаметазона = 7 мг преднизолона (противовоспалительная эквивалентность препаратов);
- у детей преобладают побочные эффекты, связанные с увеличением массы тела и кушингоидной внешностью;

- другие побочные эффекты: диабет, остеопороз, мышечная атрофия, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, а также расстройства поведения, тревожность, бессонница, кандидоз ротовой полости и пищевода;
- препарат может назначаться в разовой суточной дозе каждое утро для большинства показаний, при этом уменьшаются бессонница и тревожность;
- прием дексаметазона можно резко прекратить, если препарат был назначен на короткое время (до 7 дней); в противном случае рекомендуется постепенное прекращение;
- таблетки могут быть разведены в воде для приема через зонд для энтерального питания.

Диазепам

Показания:

- необходимость снижения беспокойства на короткий срок;
- возбуждение;
- панические атаки;
- мышечные спазмы;
- лечение эпилептического статуса.

Способ применения и дозы:

Для снижения беспокойства на короткий срок, снятия панических атак и возбуждения, перорально:

- детям от 2 до 12 лет – 1-2 мг 3 раза в день;
- детям от 12 до 18 лет начальная доза - 2 мг 3 раза в день, при необходимости следует увеличить до максимальной дозы - 10 мг 3 раза в день.

Для снятия мышечных спазм, перорально, начальная доза:

- детям от 1 до 12 месяцев - 250 мкг/кг 2 раза в день;
- детям от 1 года до 5 лет - 2,5 мг 2 раза в день;
- детям от 5 до 12 лет - 5 мг 2 раза в день;
- детям от 12 до 18 лет - 10 мг 2 раза в день, максимальная суточная доза - 40 мг.

Лечение эпилептического статуса

Инъекции в/в:

- в неонатальном периоде - разовая доза 300-400 мкг/кг;
- детям от 1 месяца до 12 лет - 300-400 мкг/кг (максимально 10 мг);

- детям от 12 до 18 лет - разовая доза 10 мг (в больнице можно применять разовую дозу до 20 мг).

Указанные дозы при необходимости можно повторить через 10 минут.

Ректально (в виде раствора):

- в неонатальном периоде - 1,25-2,5 мг;
- детям от 1 месяца до 2 лет - 5 мг;
- детям от 2 до 12 лет - 5-10 мг;
- детям от 12 до 18 лет - 10 мг (в больнице можно применять разовую дозу до 20 мг).

Указанные дозы при необходимости можно повторить через 10 минут.

Примечания:

- не применять при острой или тяжелой дыхательной недостаточности, за исключением случаев неминуемой смерти;
- назначение детям в возрасте до 1 года в виде ректальных тюбиков не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*);
- применять с осторожностью при заболевании печени в легкой или умеренной стадии.

Домперидон

Показания:

- тошнота и рвота, вызванные расстройством желудочно-кишечной моторики;
- гастроэзофагеальный рефлюкс, не поддающийся лечению другими препаратами.

Способ применения и дозы:

Тошнота и рвота

Перорально:

- детям с массой тела ≤ 35 кг начальная доза - 250 мкг/кг 3-4 раза в день, при необходимости увеличивая до 500 мкг/кг 3-4 раза в день. Максимальная суточная доза - 2,4 мг/кг (или 80 мг);
- детям с массой тела > 35 кг начальная доза - 10 мг 3-4 раза в день, при необходимости увеличивая до 20 мг 3-4 раза в день. Максимальная суточная доза - 80 мг.

Ректально:

- детям с массой тела от 15 до 35 кг - 30 мг 2 раза в день,
- детям с массой тела > 35 кг - 60 мг 2 раза в день.

Гастроэзофагеальный рефлюкс и желудочно-кишечный стаз, перорально:

- в неонатальном периоде начальная доза - 100 мкг/кг 4-6 раз в день, перед едой. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной – 300 мкг/кг 4-6 раз в день;
- детям от 1 месяца до 12 лет начальная доза - 200 мкг/кг (максимальная разовая доза 10 мг) 3-4 раза в день, перед едой. При необходимости доза может быть увеличена до 400 мкг/кг 3-4 раза в день. Максимальная разовая доза - 20 мг;
- детям от 12 до 18 лет начальная доза - 10 мг 3-4 раза в день, перед едой. При необходимости доза может быть увеличена до 20 мг 3-4 раза в день.

Примечания:

- домперидон повышает риск тяжелой желудочковой аритмии или внезапной смерти вследствие остановки сердца;
- **домперидон противопоказан:**
 - при условиях, в которых сердечная проводимость может быть неполноценной;
 - сопутствующих сердечных заболеваниях, например, застойной сердечной недостаточности;
 - приеме некоторых лекарственных препаратов, удлиняющих интервал QT (например, эритромицин, кетоконазол);
 - тяжелой печеночной недостаточности.

Ипратропия бромид

Показания: хрипы, затрудненное дыхание, вызванное бронхоспазмом.

Способ применения и дозы:

Раствор для ингаляций:

- детям в возрасте до 1 года - 62,5 мкг 3-4 раза в день;
- детям от 1 года до 5 лет - 125-250 мкг 3-4 раза в день;
- детям от 5 до 12 лет - 250-500 мкг 3-4 раза в день;
- детям старше 12 лет - 500 мкг 3-4 раза в день.

Аэрозоль для ингаляций:

- детям от 1 месяца до 6 лет - 20 мкг 3 раза в день;
- детям от 6 до 12 лет - 20-40 мкг 3 раза в день;
- детям от 12 до 18 лет - 20-40 мкг 3-4 раза в день.

Примечания:

- применять при помощи соответствующего ингаляционного аппарата, а пациента-ребенка или взрослого, осуществляющего уход, надлежащим образом проинструктировать;
- в случае острой астмы препарат применять при помощи кислородного ингалятора.

Карбамазепин**Показания:**

- нейропатическая боль;
- нарушение движений;
- судороги.

Способ применения и дозы: перорально. Детям от 1 месяца до 12 лет начальная доза - 5 мг/ кг на ночь или 2,5 мг/кг 2 раза в день; при необходимости можно увеличивать дозу на 2,5-5 мг/кг каждые 3-7 дней. Обычная поддерживающая доза - 5 мг/кг 2-3 раза в день. Детям от 12 до 18 лет начальная доза - 100-200 мг 1-2 раза в день; постепенно увеличивать до обычной поддерживающей дозы - 200-400 мг 2-3 раза в день.

Примечания:

- может вызвать серьезные нарушения со стороны системы крови, печени и кожи. Родителей следует проинструктировать, как их распознавать, в частности, лейкопению;
- взаимодействует с другими лекарственными препаратами, в том числе и с химиотерапевтическими.

Клоназепам**Показания:**

- судороги (тонико-клонические, частичные, кластерные);
- миоклония;
- эпилептический статус (как препарат 3-й линии, в частности, у новорожденных);
- нейропатическая боль;
- синдром беспокойных ног;
- гаспинг-синдром;
- тревожное состояние и паника.

Способ применения и дозы: перорально (начальные дозы противосудорожных препаратов):

- детям от 1 месяца до 1 года - 50 мкг на ночь (4 ночи). Затем в течение 2-4 недель следует увеличить до обычной поддерживающей дозы – 0,5-1 мг на ночь;
- детям от 1 года до 5 лет - 250 мкг на ночь (4 ночи). Затем в течение 2-4 недель следует увеличить до обычной поддерживающей дозы - 1-3 мг на ночь;
- детям от 5 до 12 лет - 500 мкг на ночь (4 ночи). Затем в течение 2-4 недель следует увеличить до обычной поддерживающей дозы - 3-6 мг на ночь;
- детям от 12 до 18 лет - 1 мг на ночь (4 ночи). Затем в течение 2-4 недель следует увеличить до обычной поддерживающей дозы - 4-8 мг на ночь.

Поддерживающие дозы препарата при необходимости могут быть назначены в 3 приема.

Примечания:

- лицензирован для назначения детям, страдающим эпилептическим статусом и эпилепсией;
- назначение детям, страдающим нейропатической болью, не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*);
- очень эффективный противосудорожный препарат, как правило, 3-й линии (из-за побочных эффектов и развития толерантности);
- **применять меньшие дозы** в случаях паники, анксиолизиса, терминальной седации, нейропатической боли и синдроме беспокойных ног;
- **не применять** при острой или тяжелой дыхательной недостаточности, за исключением случаев неминуемой смерти;
- **с осторожностью применять** у пациентов, страдающих хроническими респираторными заболеваниями;
- как анксиолитик/седативный препарат, клоназепам примерно в 20 раз сильнее, чем диазепам (250 мкг клоназепама = 5 мг диазепама, принятого перорально);
- доза может быть увеличена на короткий период в 3-5 дней, если приступы усилились, например, при вирусном заболевании;
- **избегать** резкого прерывания приема препарата;
- таблетки могут быть разведены в воде для приема через зонд для энтерального питания.

Лактулоза

Показания:

- запор, недержание кала, связанное с запором;
- печеночная энцефалопатия и кома.

Способ применения и дозы: перорально.

Начальная доза при запоре:

- в неонатальном периоде - 2,5 мл 2 раза в день;
- детям от 1 месяца до 1 года - 2,5 мл 1-3 раза в день;
- детям от 1 года до 5 лет - 5 мл 1-3 раза в день;
- детям от 5 до 10 лет - 10 мл 1-3 раза в день;
- детям от 10 до 18 лет - 15 мл 1-3 раза в день.

Затем доза может быть скорректирована индивидуально.

Начальная доза при печеночной энцефалопатии:

- детям от 12 до 18 лет - 30-50 мл 3 раза в день.

Необходимо скорректировать дозу для достижения мягкого стула 2-3 раза в сутки.

Примечания:

- лицензирован для лечения запора у детей всех возрастов;
- назначение препарата для лечения печеночной энцефалопатии у детей не упоминается в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*);
- могут наблюдаться тошнота и вздутие, колики, особенно при приеме больших доз. Метеоризм, как правило, проходит спустя несколько дней;
- **противопоказания:** галактоземия, кишечная непроходимость.
С осторожностью применять в случае непереносимости лактозы;
- препарат начинает действовать спустя 36-48 часов;
- можно принимать вместе с водой или другими напитками;
- не очень эффективный в случае запора, вызванного приемом опиоидных препаратов (необходимо стимулирующее средство);
- 15 мл в день = 14 ккал (небольшая вероятность негативного влияния на пациентов, страдающих диабетом).

Левомепромазин

Показания:

- рвота неясной или многофакторной этиологии (противорвотное средство 2-й линии);
- сильная боль, не поддающаяся другому лечению;
- терминальное возбуждение.

Способ применения и дозы:

Противорвотное средство

Перорально, начальная доза:

- детям от 2 до 12 лет - 50-100 мкг/кг 1-2 раза в день. При необходимости доза может быть увеличена до 1 мг/кг (максимальная суточная доза – 25 мг) 1-2 раза в день.
- детям от 12 до 18 лет – 3 мг 1-2 раза в день. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной – 25 мг 1-2 раза в день.

Непрерывная в/в или п/к перфузия в течение одних суток, начальная доза:

- детям от 1 месяца до 12 лет - 100 мкг/кг. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной - 400 мкг/кг в сутки (максимальная суточная доза - 25 мг);
- детям от 12 до 18 лет - 5 мг в сутки. При необходимости доза может быть увеличена до максимальной - 25 мг в сутки.

Седация при терминальном возбуждении

П/к перфузия в течение одних суток, начальная доза:

- детям от 1 года до 12 лет - 350 мкг/кг в сутки (максимальная начальная доза - 12,5 мг). При необходимости доза может быть увеличена до 3 мг/кг в сутки;
- детям от 12 до 18 лет - 12,5 мг в сутки. При необходимости доза может быть увеличена до 200 мг в сутки.

Примечания:

- лицензирован для назначения детям при заболеваниях в терминальной стадии для снижения боли и тревожного состояния;
- как противорвотное средство, препарат эффективен в малых дозах. При необходимости следует титровать. В более высоких дозах обладает выраженным седативным эффектом, что ограничивает повышение дозы;
- если лечение тошноты и рвоты большими дозами не дает эффекта, следует заново обследовать пациента и назначить лечение вместе с другими лекарственными препаратами.

Лоперамид

Показания:

- диарея неинфекционной этиологии;
- недержание кала.

Способ применения и дозы: перорально, начальная доза:

- детям от 1 месяца до 1 года - 100 мкг/кг 2 раза в день, за 30 минут перед едой. Доза может быть увеличена до максимальной - 2 мг/кг в день, назначаемой в несколько приемов;
- детям от 1 года до 12 лет - 100 мкг/кг (максимальная разовая доза - 2 мг) 3-4 раза в день. Доза может быть увеличена до максимальной - 1,25 мг/кг в день, назначаемой в несколько приемов (общая максимальная доза - 16 мг в день);
- детям от 12 до 18 лет - 2 мг 2-4 раза в день. Доза может быть увеличена до максимальной - 16 мг в день, назначаемой в несколько приемов.

Примечания:

- **не разрешен** для назначения детям, страдающим хронической диареей;
- препарат в капсулах **не следует назначать** детям младше 8 лет;
- назначение препарата в виде сиропа детям младше 4 лет не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*);
- часто наблюдающиеся побочные эффекты: запор, тошнота, вздутие.

Мелатонин

Показания: нарушение сна, связанное с расстройством циркадного ритма.

Способ применения и дозы: перорально. Детям от 1 месяца до 18 лет начальная доза - 2-3 мг, которую увеличивают в зависимости от клинического эффекта каждые 1-2 недели до максимальной дозы - 12 мг в день.

Примечания:

- назначение препарата детям не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*);
- препарат следует принимать после консультации специалиста.

Мидазолам

Показания:

- эпилептический статус и судороги при терминальном состоянии;
- панические атаки (беспокойство);
- боль, вызванная церебральным раздражением (адъювантный препарат);
- одышка при тревожном состоянии;
- терминальное возбуждение.

Способ применения и дозы:

Эпилептический статус и контроль судорог

Перорально:

- в неонатальном периоде разовая доза - 300 мкг/кг;
- детям от 1 до 3 месяцев - 300 мкг/кг (максимальная начальная доза - 2,5 мг);
- детям от 3 месяцев до 1 года - 2,5 мг;
- детям от 1 года до 5 лет - 5 мг;
- детям от 5 до 10 лет - 7,5 мг;
- детям от 10 до 18 лет - 10 мг.

Все вышеуказанные дозы при необходимости можно повторить.

В/в или п/к перфузия в течение одних суток для контроля судорог при терминальном состоянии:

- в неонатальном периоде (контроль судорог) нагрузочная доза - 150 мкг/кг внутривенно, с последующей непрерывной внутривенной перфузией 60 мкг/кг в час. Дозу можно увеличивать на 60 мкг/кг в час каждые 15 минут до остановки судорог (максимальная доза - 300 мкг/кг в час);
- детям от 1 месяца до 8 лет начальная доза - 50 мкг/кг в час, которую увеличивают до 300 мкг/кг в час (максимальная суточная доза - 100 мг или 150 мг в специализированных учреждениях).

Беспокойство, терминальное возбуждение перорально. Детям от 1 месяца до 18 лет разовая доза - 500 мкг/кг (максимальная доза - 20 мг).

Острое беспокойство, перорально. Детям любого возраста разовая доза - 100 мкг/кг (максимальная начальная доза - 5 мг).

В/в или п/к перфузия в течение одних суток для купирования беспокойства: дозы, составляющие 30-50% от доз, применяемых для контроля судорог при терминальном состоянии, могут быть использованы для лечения беспокойства, терминального возбуждения и одышки.

Примечание. Назначение препарата грудным детям до 3 месяцев не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*).

Метоклопрамид

Для сведения к минимуму риска возникновения неврологических побочных эффектов, связанных с приемом метоклопрамида, Европейское агентство по лекарственным средствам приняло в 2013 году следующие рекомендации:

- применение метоклопрамида противопоказано детям в возрасте до 1 года;
- детям в возрасте от 1 года до 18 лет метоклопрамид следует применять только как препарат 2-й линии для предупреждения тошноты и рвоты при химиотерапии, а также для лечения симптомов, возникающих после операций;
- метоклопрамид следует назначать только на короткий период времени (до 5 дней).

О применении метоклопрамида при паллиативной помощи в этих рекомендациях не было ничего сказано, однако препарат следует применять с осторожностью.

Показания:

- рвота, если ее причиной являются сдавление желудка или заболевания печени;
- затрудненное прохождение пищи по желудочно-кишечному тракту (при неполной непроходимости);
- икота.

Способ применения и дозы: перорально; в виде в/м или в/в инъекции:

- в неонатальном периоде - 100 мкг/кг каждые 6-8 часов (перорально или в/в);
- детям от 1 месяца до 1 года и с массой тела до 10 кг - 100 мкг/кг (максимальная доза - 1 мг) 2 раза в день;
- детям от 1 года до 18 лет - 100-150 мкг/кг до 3 раз в день. Максимальная суточная доза - 500 мкг/кг (максимальная доза - 10 мг).

Общая суточная доза может быть назначена в виде непрерывного п/к или в/в вливания в течение одних суток.

Примечания:

- назначение детям младше 1 года не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*);

- не следует назначать в виде непрерывного п/к или в/в вливания;
- может вызвать острые дистонические реакции, такие как спазмы лицевой и скелетной мускулатуры, а также окулогирные кризы.

Морфин

Показания:

- умеренная и сильная боль;
- одышка, кашель.

Способ применения и дозы:

Умеренная и сильная боль

Для опиоид-наивных пациентов применяют следующие начальные дозы (максимальная показанная доза действительна только для начальной дозы), которые необходимо корректировать в зависимости от клинического эффекта:

Перорально, каждые 4 часа (морфин немедленного высвобождения):

- детям от 1 до 12 месяцев - 80-200 мкг/кг;
- детям от 1 года до 2 лет - 200-400 мкг/кг;
- детям от 2 до 12 лет - 200-500 мкг/кг (максимальная начальная доза - 5 мг);
- детям от 12 до 18 лет - 5-10 мг.

Перорально, каждые 12 часов (морфин длительного высвобождения):

- детям от 1 до 12 лет - 200-800 мкг/кг.

П/к или в/в инъекция:

- в неонатальном периоде - 25 мкг/кг каждые 6 часов;
- детям от 1 до 6 месяцев - 50-100 мкг/кг каждые 6 часов;
- детям от 6 месяцев до 2 лет - 100 мкг/кг каждые 4 часа;
- детям от 2 до 12 лет - 100-200 мкг/кг каждые 4 часа (максимальная начальная доза - 2,5 мг);
- детям от 12 до 18 лет - 2,5-5 мг каждые 4 часа (максимальная начальная доза - 20 мг в сутки).

Непрерывное п/к или в/в вливание:

- в неонатальном периоде - 5 мкг/кг в час;
- детям от 1 до 6 месяцев - 10 мкг/кг в час;
- детям от 6 месяцев до 18 лет - 20 мкг/кг в час (максимальная начальная доза - 20 мг в сутки).

Продолжение лечения. После назначения начальной дозы в соответствии с указанными выше, ее следует скорректировать до достижения эффективного уровня. Максимальное увеличение дозы в больнице составляет 50% в сутки. Опытные врачи, наблюдая за пациентом, могут увеличивать дозу до 100%. Доза для парентерального введения составляет 30-50% от дозы морфина, принимаемого перорально.

Приступообразная боль

Перорально (формы немедленного высвобождения), в виде п/к или в/в инъекций.

Для лечения прорывной боли морфин следует назначать дополнительно настолько часто, насколько это необходимо, максимально 5-10% от суточной дозы. При необходимости повторных доз, следует пересмотреть общее количество морфина в сутки, максимально увеличив дозу на 50%.

Одышка

30-50% от дозы, применяемой при лечении боли.

Примечания:

- Противопоказания:
 - гиперчувствительность к опиоидным агонистам или к любым другим компонентам препарата;
 - острое угнетение дыхания;
 - острая бронхиальная астма;
 - паралитическая кишечная непроходимость;
 - повышенное внутричерепное давление и/или черепно-мозговая травма, если не удастся наладить вентиляцию легких;
 - кома;
 - 24 часа перед хирургическим вмешательством или после него.
- Побочные эффекты:
 - часто встречающиеся – тошнота, рвота, запор, делирий, сонливость, головокружения, седативное действие, потливость, дисфория, эйфория, сухость во рту, анорексия, спазм мочеиспускательного канала и желчевыводящего протока, зуд, кожные высыпания, потливость, учащенное сердцебиение, брадикардия, постуральная артериальная гипотензия, миоз;
 - реже встречающиеся – угнетение дыхания (в зависимости от дозы), тахикардия, учащенное сердцебиение;
 - редкие – синдром неадекватной секреции антидиуретического гормона, анафилаксия.

Налоксон

Показания:

- угнетение дыхания, вызванное приемом опиоидных препаратов или их передозировкой (неотложная помощь) опиоидными препаратами;
- запор, вызванный приемом опиоидных препаратов, в случае если метилналтрексон недоступен, а слабительные препараты неэффективны.

Способ применения и дозы:

Угнетение дыхания, вызванное передозировкой опиоидными препаратами

В/в инъекция:

- в неонатальном периоде - 10 мкг/кг; если не наблюдается эффект, назначается следующая доза - 100 мкг/кг (следует пересмотреть диагноз);
- детям от 1 месяца до 12 лет - 10 мкг/кг; если не наблюдается эффект, назначается следующая доза - 100 мкг/кг (следует пересмотреть диагноз);
- детям от 12 до 18 лет - 400 мкг-2 мг; если не наблюдается эффект, необходимо повторить через промежуток в 2-3 минуты до общей максимальной дозы - 10 мг (следует пересмотреть диагноз).

Непрерывное в/в вливание, используя перфузионный насос: новорожденным, младенцам или детям – 5-20 мкг/кг в час, корректируя в зависимости от клинического эффекта.

П/к или в/м инъекция - только в случае если в/в способ введения недоступен.

Запор, вызванный опиоидными препаратами, перорально. Максимальная разовая доза - 5 мг.

Примечания:

- сильный антагонист опиоидных препаратов;
- назначение детям, страдающим запором, не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*).

Нистатин

Показания: грибковая инфекция ротовой полости и вокруг рта.

Способ применения и дозы: перорально. В неонатальном периоде 100 000 единиц 4 раза в день; детям от 1 месяца до 18 лет - 100 000 единиц 4 раза в день.

Октреотид

Показания:

- кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода или желудка;
- тошнота и рвота;
- кишечная непроходимость;
- диарея, не поддающаяся лечению.

Способ применения и дозы:

Кровотечение из варикозно расширенных вен пищевода

Непрерывное в/в или п/к введение. Детям от 1 месяца до 18 лет - 1 мкг/кг в час. Вначале можно применять более высокие дозы. При отсутствии активного кровотечения дозу следует уменьшить в течение суток. Обычная максимальная доза - 50 мкг в час.

Примечания:

- назначение детям не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (*off-label use*).
- при в/в инъекции или перфузии следует развести 0,9% NaCl до концентрации в 10-50% (не менее 1: 1 и не более 1: 9);
- при болюсных подкожных инъекциях можно назначить чистым, но это может оказаться болезненным (боль можно снизить, если перед инъекцией нагреть ампулу до температуры тела);
- при п/к вливании следует развести 0,9% NaCl;
- следует избегать резкого прекращения применения препарата.

Ондансетрон

Показания:

- рвота, вызванная химиотерапией или лучевой терапией (противорвотное средство);
- зуд, вызванный опиоидными препаратами.

Способ применения и дозы:

Предотвращение и лечение тошноты и рвоты, вызванных лучевой терапией и химиотерапией

В/в вливание (в течение не менее 15 минут). Детям от 6 месяцев до 18 лет - 5 мг/м², непосредственно перед химиотерапией (максимальная разовая доза - 8 мг), затем перорально, или 150 мкг/кг непосредственно перед химиотерапией (максимальная разовая доза - 8 мг), следует повторять каждые 4 часа (общая максимальная суточная доза - 32 мг).

Перорально спустя 12 часов после в/в назначения, детям от 6 месяцев до 18 лет:

- если площадь поверхности тела составляет менее 0,6 м² или масса тела 10 кг - 2 мг каждые 12 часов до 5 дней (общая максимальная суточная доза - 32 мг);
- если площадь поверхности тела 0,6-1,2 м² или масса тела более 10 кг - 4 мг каждые 12 часов до 5 дней (общая максимальная суточная доза - 32 мг);
- если площадь поверхности тела более 1,2 м² или масса тела более 40 кг - 8 мг каждые 12 часов до 5 дней (общая максимальная суточная доза - 32 мг).

Тошнота и рвота

Перорально или в виде медленной в/в инъекции в течение 2-5 минут или в виде в/в вливания в течение 15 минут, детям от 1 до 18 лет – 100-150 мкг/кг каждые 8-12 часов (максимальная разовая доза - 4 мг).

Ранитидин

Показания:

- гастроэзофагеальный рефлюкс;
- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастрит;
- необходимость защиты желудка (например, в сочетании с НПВП/стероидами);
- другие состояния, при которых необходимо снизить кислотность желудка.

Способ применения и дозы

Перорально:

- в неонатальном периоде - 2-3 мг/кг 3 раза в день;
- детям от 1 до 6 месяцев - 1 мг/кг 3 раза в день. При необходимости увеличить дозу до максимальной - 3 мг/кг 3 раза в день;
- детям от 6 месяцев до 3 лет - 2-4 мг/кг 2 раза в день;
- детям от 3 до 12 лет - 2-4 мг/кг (максимальная разовая доза - 150 мг) 2 раза в день. В случае тяжелой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни доза может быть увеличена до 5 мг/кг (максимальная доза – 300 мг) 2 раза в день;
- детям от 12 до 18 лет - 150 мг 2 раза в день или 300 мг на ночь. В случае тяжелой гастроэзофагеальной рефлюксной болезни доза может быть увеличена до 300 мг 2 раза в день или 150 мг 4 раза в день, на срок до 12 недель.

Сальбутамол

Показания:

- хрипы/одышка, вызванная бронхоспазмом;
- гиперкалиемия;
- хронические заболевания легких у недоношенных детей, а иногда мышечные заболевания или слабость мышц (за дополнительной информацией, следует обратиться к специалисту).

Способ применения и дозы:

При усилении обратимой обструкции дыхательных путей и для предупреждения бронхоспазма, вызванного аллергеном или нагрузкой:

Аэрозоль для ингаляций, детям от 1 месяца до 18 лет при постоянных симптомах - 100-200 мкг (1 - 2 ингаляции), до 4 раз в день.

Перорально:

- детям от 1 месяца до 2 лет - 100 мкг/кг (максимальная доза - 2 мг) 3-4 раза в день;
- детям от 2 до 6 лет - 1-2 мг 3-4 раза в день;
- детям от 6 до 12 лет - 2 мг 3-4 раза в день;
- детям от 12 до 18 лет - 2-4 мг 3-4 раза в день.

Примечания:

- в случае острой астмы необходимо обратиться к подробным рекомендациям по применению препарата в стандартной литературе;
- для лечения бронхоспазма препарат предпочтительнее использовать в виде ингаляций.

Трамадол

Показания: неконтролируемая умеренная боль.

Способ применения и дозы:

Перорально:

- детям от 5 до 12 лет - 1-2 мг/кг каждые 4-6 часов (максимальная начальная разовая доза - 50 мг; максимально 4 дозы в сутки). При необходимости увеличить дозу до максимальной - 3 мг/кг (максимальная разовая доза - 100 мг) и давать каждые 6 часов;
- детям от 12 до 18 лет начальная доза - 50 мг каждые 4-6 часов. При необходимости увеличить дозу до максимальной - 400 мг в день, назначенной в несколько приемов, каждые 4-6 часов.

В/в инъекция или инфузия:

- детям от 5 до 12 лет - 1-2 мг/кг каждые 4-6 часов (максимальная начальная разовая доза - 50 мг; максимально 4 дозы в сутки). При необходимости увеличить дозу до максимальной - 3 мг/кг (максимальная разовая доза - 100 мг) и давать каждые 6 часов;
- детям от 12 до 18 лет начальная доза - 50 мг каждые 4-6 часов. При необходимости увеличить дозу до 100 мг и давать каждые 4-6 часов. Максимальная доза - 600 мг в день, в несколько приемов.

Транексамовая кислота

Показания:

- кровотечения (например, из слизистых оболочек или капилляров), в особенности при тромбоцитопении или при наличии тромбоцитов с нарушенной функцией;
- меноррагия.

Способ применения и дозы

Перорально

Ингибирование фибринолиза. Детям от 1 месяца до 18 лет - 15-25 мг/кг (максимальная доза - 1,5 г) 2-3 раза в день.

Меноррагия. Детям от 12 до 18 лет - 1 г 3 раза в день, на срок до 4 дней, максимальная суточная доза - 4 г (в несколько приемов).

В/в инъекция (в течение не менее 10 минут)

Ингибирование фибринолиза. Детям от 1 месяца до 18 лет - 10 мг/кг (максимальная доза - 1 г) 2-3 раза в день.

Непрерывное в/в вливание

Ингибирование фибринолиза. Детям от 1 месяца до 18 лет - 45 мг/кг в сутки. 5% раствор для полоскания полости рта. Детям от 6 до 18 лет - 5-10 мл 4 раза в день в течение 2 дней. Не глотать!

Местное лечение. Наложить на поврежденную область марлю, смоченную в растворе.

Фентанил

Показания: умеренная и сильная боль.

Способ применения и дозы:

В виде трансдермального пластыря или непрерывного введения

Трансдермальный фентаниловый пластырь примерно равняется следующим дозам морфина, назначенным перорально в сутки:

- морфин 45 мг в день \equiv фентаниловый пластырь «12,5»;
- морфин 90 мг в день \equiv фентаниловый пластырь «25»;
- морфин 180 мг в день \equiv фентаниловый пластырь «50»;
- морфин 270 мг в день \equiv фентаниловый пластырь «75»;
- морфин 360 мг в день \equiv фентаниловый пластырь «100».

Фентаниловый пластырь и место его наложения следует менять каждые 72 часа

В/в инъекция. Начальная доза для опиоид-наивных пациентов:

- новорожденным или грудным детям – 1-2 мкг/кг, медленное введение в течение 3-5 минут; следует повторять каждые 2-4 часа;
- детям другого возраста - 1-2 мкг/кг каждые 30-60 минут.

Непрерывная внутривенная перфузия, начальная доза:

- новорожденным или грудным детям - 1-2 мкг/кг в виде внутривенного болюсного введения (медленно, в течение 3-5 минут), следует продолжить дозой 0,5-1 мкг/кг в час;
- детям другого возраста -1-2 мкг/кг в виде внутривенного болюсного введения (медленно, в течение 3-5 минут), следует продолжить дозой 1 мкг/кг в час (при необходимости постепенное титрование дозы по нарастающей).

После назначения начальной дозы ее следует скорректировать до достижения эффективной, но не максимальной (максимальное увеличение дозы в больнице – 50% в сутки). Опытные врачи, наблюдая за пациентом, могут увеличивать дозу до 100%. (Обычная внутривенная доза – 1-3 мкг/кг в час, некоторым детям необходимо до 5 мкг/кг в час).

Прекращение назначения препарата. В случае короткого лечения (7-14 дней) начальную дозу можно снижать на 10-20% через каждые 8 часов, постепенно увеличивая промежуток времени. В случае длительного лечения дозу не следует снижать более чем на 10 - 20% в неделю.

Примечания:

- основным преимуществом фентанила перед другими болеутоляющими препаратами является возможность его применения в виде пластыря;

- при умеренной почечной недостаточности (скорость клубочковой фильтрации – СКФ - 10-20 мл в минуту или концентрация креатинина в сыворотке крови 300-700 микромоль/л) следует уменьшить дозу препарата на 25%;
- при выраженной почечной недостаточности (СКФ <10 мл в минуту или концентрация креатинина в сыворотке крови > 700 микромоль /л) следует уменьшить дозу препарата на 50%;
- при печеночной недостаточности следует отменить или снизить дозу препарата, так как он может вызвать быстрое развитие комы.

Флуконазол

Показания:

- кандидозная инфекция слизистых оболочек;
- инвазивные кандидозные инфекции;
- грибковые инфекции у пациентов с иммунодефицитом.

Способ применения и дозы:

Кандидозная инфекция слизистых оболочек

Перорально или в виде в/в перфузии:

- новорожденным до 2 недель – 3-6 мг/кг в 1-й день, затем 3 мг/кг каждые 72 часа;
- в неонатальном периоде от 2 до 4 недель – 3-6 мг/кг в 1-й день, затем 3 мг/кг каждые 48 часов;
- детям от 1 месяца до 12 лет – 3-6 мг/кг в 1-й день, затем 3 мг/кг (максимальная доза - 100 мг) в сутки;
- детям от 12 до 18 лет - 50 мг в день. При тяжелых инфекциях следует увеличить дозу до 100 мг в день.

Инвазивные кандидозные и криптококковые инфекции

Перорально или в виде в/в перфузии:

- новорожденным до 2 недель – 6-12 мг/кг каждые 72 часа;
- новорожденным от 2 до 4 недель – 6-12 мг/кг каждые 48 часов;
- детям от 1 месяца до 18 лет – 6-12 мг/кг (максимальная доза - 800 мг) в сутки.

Предотвращение грибковых инфекций у пациентов с иммунодефицитом

Перорально или в виде в/в перфузии:

- новорожденным до 2 недель – 3-12 мг/кг каждые 72 часа;
- новорожденным от 2 до 4 недель – 3-12 мг/кг каждые 48 часов;
- детям от 1 месяца до 18 лет – 3-12 мг/кг (максимальная доза – 400 мг) в сутки.

Примечания:

- применяется в течение 7-14 дней при орофарингеальном кандидозе;
- применяется в течение 14-30 дней при других инфекциях слизистых оболочек;
- назначается на различный срок у пациентов с выраженным иммунодефицитом.

Хлорпромазин

Показания:

- икота;
- тошнота и рвота в терминальной стадии заболевания.

Способ применения и дозы:

Икота

Перорально:

- детям от 1 до 6 лет - 500 мкг/кг каждые 4-6 часов (максимально 40 мг в день),
- детям от 6 до 12 лет - 10 мг 3 раза в день (максимально 75 мг в день),
- детям от 12 до 18 лет - 25 мг 3 раза в день (или 75 мг на ночь); более высокие дозы следует применять в специализированных учреждениях.

Дозы препарата следует корректировать в зависимости от клинического эффекта

Тошнота и рвота при заболеваниях в терминальной стадии (если другие лекарственные препараты не действуют)

Перорально:

- детям от 1 года до 6 лет - 500 мкг/кг каждые 4-6 часов (максимально 40 мг в день);
- детям от 6 до 12 лет - 500 мкг/кг каждые 4-6 часов (максимально 75 мг в день);
- детям от 12 до 18 лет - 10-25 мг каждые 4-6 часов.

Внутримышечно (глубоко):

- детям от 1 года до 6 лет - 500 мкг/кг каждые 6-8 часов (максимально 40 мг в день);
- детям от 6 до 12 лет - 500 мкг/кг каждые 6-8 часов (максимально 75 мг в день);
- детям от 12 до 18 лет начальная доза - 25 мг, затем 25-50 мг каждые 3-4 часа до прекращения рвоты.

Примечания:

- применение в педиатрии в случае икоты, трудно поддающейся лечению, не упомянуто в утвержденной инструкции к препарату (off-label use).
- применять с осторожностью детям, страдающим печеночной недостаточностью (может вызвать быстрое развитие комы); почечной недостаточностью (начать с небольшой дозы, так как препарат повышает церебральную чувствительность); сердечнососудистыми заболеваниями; эпилепсией (заболеваниями, предрасполагающими к эпилепсии); депрессией; миастенией гравис;
- относиться с осторожностью в случае тяжелого заболевания дыхательных путей у детей с ранее наблюдавшейся желтухой или при наличии дискразии крови (необходима гемолейкограмма при наличии необъяснимой инфекции или при развитии лихорадки);
- при высоких дозах может возникнуть фотосенсибилизация. Пациентам следует избегать прямых солнечных лучей.

Эпинефрин (местно)

Показания: легкие наружные кровотечения

Способ применения и дозы: тампон, смоченный раствором препарата (1:1000) накладывается прямо на место кровотечения.

Этамзилат

Показания: кровотечения, включая поверхностные (кровотечение при язвенной опухоли).

Способ применения и дозы: перорально, после 18 лет - 500 мг 4 раза в день, на неограниченный период времени или в течение одной недели после прекращения кровотечения.

Список использованной литературы

1. *The Palliative Care Handbook (advice on clinical management) Sixth edition, Dorothy House Hospice Care*
2. Ghid „Îngrijiri Paliative”, elaborat în cadrul Proiectului Dezvoltarea Îngrijirilor paliative în Republica Moldova, Programul Sănătate Publică, Fundația Soros-Moldova, 2002, editura EPIGRAF SRL
3. „Guidelines for treating of cancer pain”, the pocket edition of the Final Report of the Texas Cancer Council’s Workgroup on Pain Control. Texas Cancer Council, 2003
4. International Association for the Study of Pain (IASP): www.iasp-pain.org
5. Moșoiu D., Ghid practic „Prescrierea și utilizarea opioidelor în managementul durerii”, Brașov, România, Lux Libris, 2007
6. Twycross R., Wilckock A., „Controlul simptomelor în cancerul avansat”, Brașov. România, Lux Libris, 2007, Copyright 2001. Traducerea în limba română cu permisiunea autorilor de Corin Gazdoiu și Daniela Moșoiu
7. Twycross R., Wilckock A., Thorp S., „Palliative care formulary”, Radcliffe Medical Press, 1998
8. Maria Dragotă, Sinteze de îngrijiri paliative, 27 Iunie 2014
9. Woodroof R., „Cancer pain”, 1997. Traducerea în limba română, cu permisiunea autorilor de Corin Gazdoiu și Daniela Moșoiu, Editura PHOENIX, 2002
10. Woodroof R., „Controlul simptomelor în formele avansate de cancer”, Asperula Pty Ltd., Melbourne, 1997, ed. ULYSSE, Chișinău, 2002. Traducere de Alexandru și Pavel Jalba
11. Protocol Clinic Național „Îngrijiri paliative în dispnee, stare terminală”
12. Protocol Clinic Național „Îngrijiri paliative în patologia gastrointestinală”
13. Protocol Clinic Național „Îngrijiri paliative – durerea în cancer”
14. Protocol Clinic Național „Îngrijiri paliative în escare”
15. Recomandarea REC (2003) 24 a Comitetului de Miniștri ai statelor membre privind îngrijirea paliativă
16. Standardul „Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA”, aprobat Ministerul Sănătății, 2010
17. AIDS: Palliative Care UNAIDS, Technical update, 2000
18. Palliative Care for AIDS at a large Urban Teaching Hospital: Program description and preliminary Outcomes, JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE, Volum 6, Number 3, 2003
19. HIV/AIDS Palliative Care Guidance for the United States Government in country Staff and Implementing Partners, 2006

20. Breitbart W. „Pain.” A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS, 2003, ed. O’Neill JF, Selwyn P, Schietinger H. 85 -122. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap4.html> Accessed July 5, 2006
21. Foley KM, Aulino F, Stjernsward J. „Palliative Care in Resource-Poor Settings.” A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS, 2003 ed. O’Neill JF, Selwyn, Schietinger H. 387-407. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. (Accessed July 5 2006 <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap19.html>)
22. Selwyn PA et al. Palliative care for AIDS at a large urban teaching hospital: program description and preliminary outcomes. *Innovations in End-of-Life Care*, 2002, 4 (accessed July 5 2006 <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesMay02/featureinn.asp>) (Reprinted in *J Palliative Medicine* 2003; 6: 461-74)
23. World Health Organization. WHO definition of palliative care. (Accessed 5 July 2006)
24. World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1990
25. Jean R. Anderson, MD „ A Guide to the Clinical Care of Women with HIV”, edition 2001
26. Rober Twycross, Andrew Wilcock „Controlul simptomelor în cancerul avansat”, traducere în limba română, 2003
27. Roger Woodruff “Durerea în cancer”, traducere în limba română, 2002 Standard “Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA”, aprobat de Ministerul Sănătății , 2001
28. Паллиативная помощь при ВИЧ инфекции, ГАЛЕН, Global AIDS learning Evolution Network, Модуль Гален 13
29. Протоколы Всемирной организации здравоохранения для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ инфекции и СПИДе, 2010
30. *Gidul EACS*, 2013
31. IMAI district clinician manual: hospital care for adolescents and adults, guidelines for the management of illnesses with limited-resources; WHO 2010
32. Companion handbook to the WHO guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis. WHO, 2014 Guidelines on the management of latent tuberculosis infection. WHO, 2015
33. Management of tuberculosis and HIV coinfection. Clinical Protocol for the WHO European Region (2013 revision). WHO, 2013
34. Ghid de îngrijiri palliative pentru medicii de familie, Chisinau 2013

35. Guidelines for Providing Palliative Care to Patients with Tuberculosis, HPCA TB Guidelines May 2011
36. World Health Organization. Definition of Palliative Care. World Health Organization Web site: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en>
37. Committee on Bioethics and Committee on Hospital Care(2000). Palliative Care for Children,Pediatric Vol 106 (2) August 1, 2000, pp.351-357
38. European Association of Palliative Care (EAPC) Taskforce: IMPaCCT: standards for paediatric palliative care in Europe. European Journal of Palliative Care 2007, 14:2-7
39. Franca Benini, Marco Spizzichino, Manuela Trapanotto and Anna Ferrante. Pediatric palliative care, Italian Journal of Pediatrics 2008, 34:4
40. A Mancini, S Uthaya, C Beardsley, D Wood and N Modi. Practical guidance for the management of palliative care on neonatal units 1st Edition February 2014, Chelsea and Westminster Hospital, NHS Foundation Trust
41. Alison Twycross, Stephanie J Dowden, Elizabeth Bruce, Managing pain in children a clinical guide, 2009, pp 39-67
42. Basic Symptom Control in Paediatric Palliative Care: The Rainbows Children's Hospice Guidelines 8th ed. 2011
43. Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Jo Wells. The essential and holistic guide to palliative care, Oxford Handbook of Palliative care, the 2d edition, 2009
44. M.M. Tabbers, C. DiLorenzo, M.Y. Berger, C. Faure, M.W. Langendam, S. Nurko,A. Staiano, Y. Vandenplas, and M.A. Benninga. Evaluation and Treatment of Functional Constipation in Infants and Children: Evidence-Based Recommendations From ESPGHAN and NASPGHAN In: Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition 2014;58: 258–274
45. Deborah Tomlinson, Carl L. Von Baeyer, Jennifer N. Stinson, Lillian Sung, A Systematic Review of Faces Scales for the Self-report of Pain Intensity in Children.In Pediatrics November 1, 2010 vol. 126 no. 5 e1168-e1198 doi: 10.1542/peds.2010-1609
46. Jenifer R. Lightdale, David A. Grems. Clinical Report .Gastroesophageal Reflux: Management Guidance for the Pediatrician. Published online April 29, 2013 Pediatrics Vol. 131 No. 5 May 1, 2013 pp. e1684 -e1695 (doi: 10.1542/peds.2013-0421) From the American Academy of Pediatrics
47. W. Hulse, Guideline for the care of a gastrostomy in children, Gastrostomy Care-Paediatrics 1.0 Final (March 2012). Gastrostomy tube care in children and young people, Children With Complex Needs Nurse. TAMESIDE HOSPITAL NHS FOUNDATION TRUST

48. Solange Tamara Roșu, Odetta Duma, Stela Goția, Evaluarea și autoevaluarea durerii acute la copil, Revista Română de Pediatrie – Volumul LXI, NR. 3, AN 2012 pag.225-258
49. Mariana Moiceanu, Doina Plesca, Felicia Buruiana, D. Dragomir, V. Popescu, Metode de evaluare a durerii la copiii și adolescenți, Revista Română de pediatrie – VOL. LV, NR. 1, AN 2006, pag. 54-64
50. Carl L. Von Baeyer, Children's self-reports of pain intensity: Scale selection, limitations and interpretation, Pain Research and Management. 2006 Autumn; 11(3): 157–162.
51. Galina Rusu, Tatiana Juravliov, Angela Vrmreescu, Ana Kirilova, Boala diareicr acutr la copil. Protocol clinic național PCN-67, Chieinru 2013
52. Ion Mihi, Olga Tighineanu. Refluxul gastroesofagian la copil. Protocol clinic național PCN-128, Chișinău 2013
53. Keith Howard, Leanne Crittenden, Rob Smith. Bart Cavalletto, Matthew O` Meara, Infants and children: Acute Management of Seizures Clinical Practice Guidelines, Second edition, September 2009, NSW Health
54. Palliative Care: symptom management and end-of-life care. INTEGRATED MANAGEMENT OF ADOLESCENT AND ADULT ILLNESS, WHO/CDS/ IMAI/2004.4 Rev. 1
55. Emily Harrop, Clare Edwards. How and when to refer a child for specialist paediatric palliative care. Arch Dis Child Educ Pract Ed 2013;0:1–7. doi:10.1136/archdischild-2012-303325
56. Sarah Friebert, Mary Jo Gilmer, Stacy Remke, Maria Riggs, David Steinhorn, Suzanne Toce. Standarts of practice for pediatric Palliative Care and Hospice, 2009
57. Pocket book of Hospital care for children Guidelines for the management of common childhood illness second edition, World Health Organization 2013
58. WHO Guidelines on the Pharmacological Treatment of Persisting Pain in Children with Medical Illnesses, Geneva: World Health Organization; 2012
59. Anita Aindow, Dr Lynda Brook. Essential Medicines List for Children (EMLc); Palliative Care. World Health Organisation 2008
60. Yvan Vandenplas and Colin D. Rudolph. Pediatric Gastroesophageal Reflux Clinical Practice Guidelines: Joint Recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (NASPGHAN) and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition (ESPGHAN). J Pediatr Gastroenterol Nutr, Vol. 49, No. 4, October 2009
61. Satbir Singh, Anita Aindow. Association for Paediatric Palliative Medicine Master Formulary 2015 (3rd Edition). August 2014



Национальная ассоциация паллиативной помощи Республики Молдова – неправительственная организация, учрежденная в 2001 г. в целях повышения доступа к паллиативной помощи неизлечимо больных пациентов благодаря интегрированной сети качественной и доступной паллиативной помощи в стране. Цели ассоциации: продвижение концепции паллиативной помощи; консолидация возможностей поставщиков услуг и облегчение доступа к их профессиональной подготовке в контексте междисциплинарного подхода и к усовершенствованию политики в сфере паллиативной помощи. Ответственность, компетенция, поддержка и сотрудничество представляют собой ценности, которыми руководствуются специализированные группы 12 организаций-членов ассоциации, обеспечивающих оказание высококачественных услуг и непрерывное развитие обслуживающего персонала. Ассоциация стала коллективным членом Международной ассоциации хосписа и паллиативной помощи (International Association for Hospice & Palliative Care IAHPCC) в 2012 г.

Центр политики и исследований в здравоохранении – независимая неправительственная некоммерческая организация, учрежденная в 1999 г. Его миссия заключается в создании демократического общества путем развития социального сектора и сектора здравоохранения, а также путем продвижения и оценки политики, консолидации возможностей и поддержки реформ в данных областях.