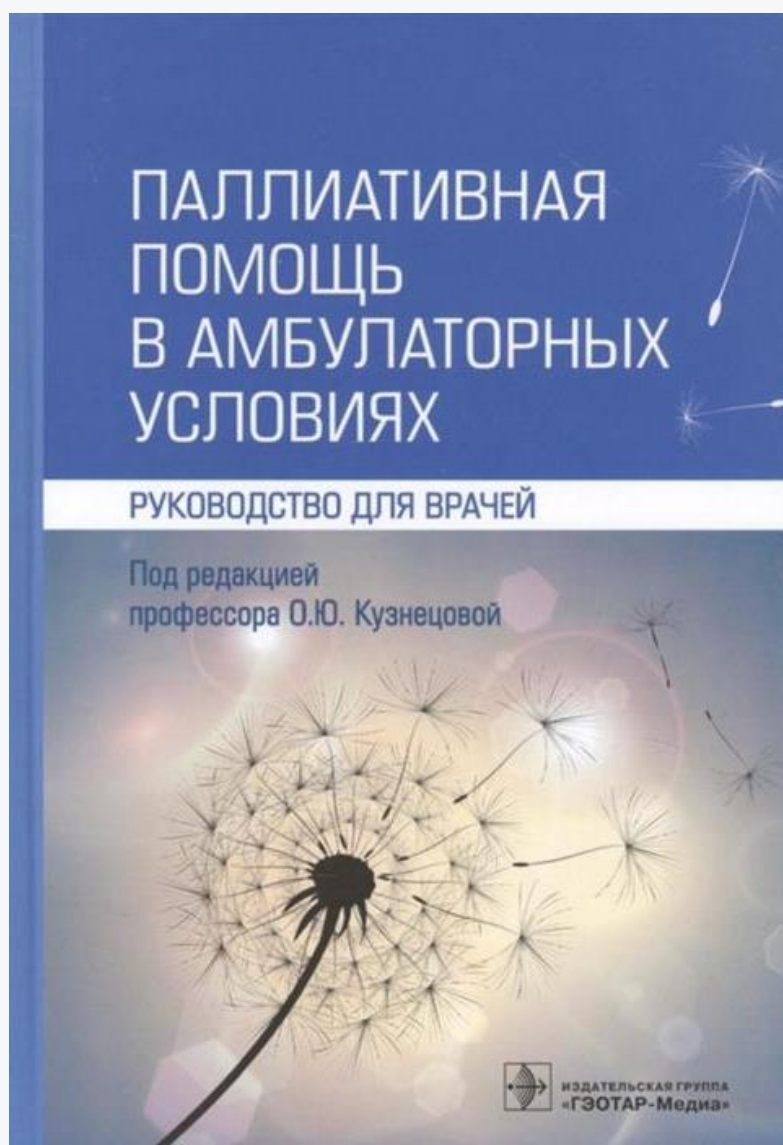


Паллиативная помощь в амбулаторных условиях: руководство для врачей



Паллиативная помощь в амбулаторных условиях : руководство для врачей / под ред. О. Ю. Кузнецовой. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. - ISBN 978-5-9704-5948-5.

Аннотация

В книге представлены материалы по основным вопросам оказания паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях - одной из важнейших задач современной медицины, тесно связанной с такими сложными понятиями, как отношение к смерти и процессу умирания. Описан подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Центральное место занимает комплексное решение проблемы лечения болевого синдрома.

Издание адресовано врачам общей практики (семейным врачам), участковым терапевтам и педиатрам, врачам других специальностей, работающим в первичном звене здравоохранения, студентам медицинских вузов, ординаторам и аспирантам.

Содержание

Авторский коллектив.....	3
Предисловие.....	8
Список сокращений и условных обозначений.....	8
Введение.....	10
Глава 1 Основы организации паллиативной медицинской помощи.....	13
Глава 2 Вопросы психологии и особенности общения в паллиативной медицине.....	23
Глава 3 Наиболее распространенные синдромы у больных, нуждающихся в паллиативной помощи.....	42
Глава 4 Частные вопросы ухода за пациентами.....	87
Глава 5 Паллиативная помощь пациентам с некоторыми неонкологическими заболеваниями...	100
Глава 6 Паллиативная помощь пациентам с социально значимыми инфекционными заболеваниями.....	136
Глава 7 Осложнения онкологических заболеваний и неотложные состояния в паллиативной помощи.....	160
Глава 8 Особенности оказания паллиативной помощи детям.....	181
Глава 9 Особенности паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста.....	189
Заключение.....	221
Рекомендуемая литература	
Приложение 1. Шкала оценки работы команды паллиативной помощи	
Приложение 2. Форма протокола установления смерти человека.	

Авторский коллектив



Кузнецова Ольга Юрьевна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный внештатный специалист по общей врачебной практике (семейной медицине) Комитета по здравоохранению администрации Санкт-Петербурга и Северо-Западного федерального округа РФ, заслуженный работник высшей школы РФ



Фролова Елена Владимировна - доктор медицинских наук, профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СевероЗападный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, главный внештатный специалист по гериатрии Северо-Западного федерального округа РФ



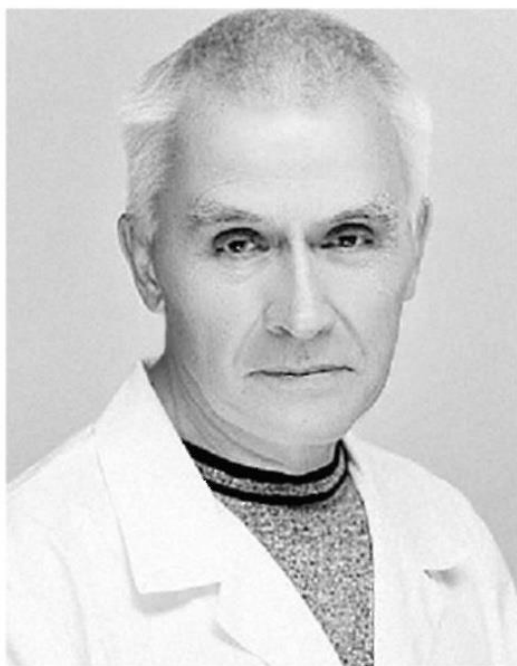
Баласанянц Гоар Сисаковна - доктор медицинских наук, профессор кафедры фтизиатрии ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» Минобороны России



Дегтярева Людмила Николаевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СевероЗападный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России



Кандыба Дмитрий Викторович - доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России



Кузнецов Николай Ильич - доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России



Лебедев Анатолий Константинович кандидат медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России



Моисеева Ирина Евгеньевна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СевероЗападный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России



Турушева Анна Владимировна - кандидат медицинских наук, доцент кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «СевероЗападный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России

Предисловие

Уважаемые читатели!

Каждый человек в своей жизни может столкнуться с тяжелой болезнью близкого и переживаниями, связанными с его утратой. Особенно в это время он нуждается в поддержке и понимании окружающих. В этом случае грамотный подход к организации и оказанию паллиативной помощи имеет первостепенное значение. Именно поэтому на средства гранта Норвежского центра международного сотрудничества в образовании (The Norwegian Centre for International Cooperation in Education) № CPRU-2014/10063, полученного Университетом Осло (Норвегия), в рамках совместного проекта «Норвежско-российское сотрудничество по развитию паллиативной помощи в Санкт-Петербурге» (Norwegian-Russian Collaboration in Capacity-building in Palliative Care in St.Petersburg) Университета Осло и ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России в 2016 г. была издана книга «Паллиативная помощь в амбулаторных условиях». Небольшой тираж книги, составивший 1000 экземпляров, не позволил широко распространить это издание среди врачей амбулаторного звена. Кроме того, в нашей стране произошло много позитивных изменений в вопросах организации и предоставления паллиативной помощи. Расширился контингент пациентов, которым регламентировано ее оказание. Все это побудило нас расширить авторский коллектив и вновь вернуться к изданию книги, посвященной паллиативной помощи. Мы признательны за то, что издательство «ГЭОТАР-Медиа» откликнулось на наше обращение и согласилось включить данное руководство в план своих изданий.

Надеемся, что наша книга представит для вас интерес не только с профессиональной точки зрения, но и будет играть определенную роль в формировании вашего отношения к процессу умирания и смерти. Поэтому данное издание имеет более широкое предназначение, чем просто руководство по одному из разделов медицины.

Список сокращений и условных обозначений

- ♣ - торговое название лекарственного средства и/или фармацевтическая субстанция
- р - лекарственное средство не зарегистрировано в Российской Федерации
- я - лекарственное средство в Российской Федерации аннулировано, или срок его регистрации истек
- БП - болезнь Паркинсона
- ВИЧ - вирус иммунодефицита человека
- ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения
- ГРС - гепаторенальный синдром
- МБТ - микобактерии туберкулеза
- МЛУ - множественная лекарственная устойчивость
- МНО - международное нормализованное отношение
- НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты
- ПЭ - печеночная энцефалопатия

Источник KingMed.info

СБП - спонтанный бактериальный перитонит

СН - сердечная недостаточность

СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита

СТГ - соматотропный гормон

ТБ - туберкулез

ХОБЛ - хроническая обструктивная болезнь легких

ХСН - хроническая сердечная недостаточность

ЦВК - центральная врачебная комиссия

ШЛУ - широкая лекарственная устойчивость

mMRC - шкала оценки одышки, модифицированная Медицинским исследовательским советом (modified Medical Research Council)

Введение

Оказание паллиативной помощи терминальным больным является одной из важнейших задач современной медицины и тесно связано с такими сложными понятиями, как отношение к смерти и процессу умирания. Американский психиатр Э. Кюблер-Росс в своей книге «Смерть и умирание», опубликованной в 1969 г., но не потерявшей актуальности и сегодня, пишет: «Проблема в том, что умирать придется каждому. Хуже того, почти каждому приходится провожать самых близких - в этом случае невежество и беспомощность не просто вредны и жалки: они безнравственны. Смерть - такое же великое событие, как и рождение, а умирание - такая же полноценная часть бытия, как и детство. Нет второстепенных, неважных этапов жизни, каждый этап богат по-своему».

Э. Кюблер-Росс была психиатром по специальности, но большую часть времени в своей профессиональной карьере она посвятила работе в хосписе. Вся книга проиллюстрирована клиническими примерами и отражает личное отношение автора к умирающим пациентам, каждый из которых имел свою уникальную историю жизни, особенности характера, привычки, к которым сотрудники хосписа относились с неизменным вниманием и уважением.

Все люди смертны, но большинство из них не склонны об этом задумываться. Отношение к смерти зависит от особенностей культуры, отношения к религии, социального окружения и семейных традиций, которые индивидуальны для каждого человека. Иногда люди заблаговременно планируют условия, в которых хотели бы провести финальный период жизни, либо находят утешение в религии, однако, как правило, человек предпочитает не слишком концентрироваться на мыслях о неминуемой смерти, и это естественно. Вместе с тем обеспечение достойного, лишенного страданий ухода из жизни является важной задачей системы здравоохранения.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ, 2002), паллиативная помощь - это подход, целью которого является улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, оказавшихся перед лицом угрожающего жизни заболевания. Это достигается путем предупреждения и облегчения страданий, благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и купированию боли и других тягостных физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки.

В документе, изданном в 2009 г. Европейской ассоциацией паллиативной помощи, подчеркивается, что паллиативная помощь - это активная всеобъемлющая помощь пациенту, страдающему заболеванием, которое не поддается лечению. Ее главной задачей является купирование боли и других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем пациентов с помощью междисциплинарного подхода, вовлечения самого пациента, его родных и общественности. Основной концепцией организации паллиативной помощи является удовлетворение нужд пациента, где бы он эту помощь ни получал.

Как в документах ВОЗ, так и положениях, разработанных Европейской ассоциацией паллиативной помощи, подчеркивается, что каждый человек имеет право на уважение, лечение и достойные условия жизни и смерти, и даже тогда, когда возможности интенсивного лечения исчерпаны, пациент не должен оставаться без помощи и поддержки. Это явилось стимулом для создания отдельного направления медицинской практики, ориентированного на нужды умирающих больных и поддержку их близких, - паллиативной помощи. В первую очередь она направлена на обеспечение потребностей онкологических больных. Центральное место при организации помощи больным, умирающим от онкологических заболеваний, занимает комплексное решение проблемы лечения болевого синдрома. Однако в настоящее

время принципы паллиативной помощи распространяются на обеспечение болеутоления и при других заболеваниях, в первую очередь у больных с синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом). В дальнейшем паллиативная помощь должна стать полноценным элементом повседневной медицинской практики. Несмотря на развитие системы хосписов в нашей стране, потребности больных в этом виде помощи в Российской Федерации не соответствуют нормативам ВОЗ. В связи с этим при оказании помощи таким пациентам возрастает роль врачей, работающих в учреждениях первичного звена здравоохранения, в частности врачей общей практики (семейных врачей).

Необходимо отметить, что перед семейным врачом стоит задача не только облегчить страдания умирающего пациента, но и поддержать его семью. Семья является основным ресурсом ухода и оказания помощи больному. Члены семьи нуждаются в квалифицированной консультации специалистов, и в первую очередь семейного врача, чтобы в полной мере реализовать свои возможности для обеспечения максимально активной и достойной жизни больного до самого конца. Если эта цель будет достигнута, память о достойно проведенных последних днях жизни ушедшего близкого человека поможет его родственникам смириться с утратой и облегчить их горе.

Следует подчеркнуть, что паллиативная помощь не направлена на поощрение «ускорения наступления смерти», а способствует достижению максимально возможного в возникающей ситуации качества жизни больных, страдающих тяжелыми неизлечимыми заболеваниями. При этом требуется комплексный подход к решению целого ряда проблем, возникающих у таких пациентов.

Несмотря на определенные успехи в развитии этого направления медицинской практики, во многих странах решение проблем умирающих пациентов является достаточно серьезным вызовом. В частности, это было подчеркнуто на 67-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения, состоявшейся 24 мая 2014 г. В резолюции, опубликованной на сайте ВОЗ, отмечено, что необходимо усилить мероприятия по оказанию паллиативной помощи, основанной на научных доказательствах, экономической эффективности, равенстве предоставления по единой схеме на всех уровнях медицинского обеспечения, включая первичную медико-социальную помощь, которая должна осуществляться и в домашних условиях.

Роль семейного врача при оказании паллиативной помощи становится крайне важной, так как владение этой специальностью подразумевает обладание рядом компетенций, которые отличают этого специалиста от других врачей, работающих в амбулаторных медицинских организациях. В их числе координация помощи, которая означает умение своевременно привлечь на консультацию других специалистов, реализуя принципы мультидисциплинарного подхода при оказании помощи пациентам, имеющим различные заболевания и патологические синдромы. Семейный врач стоит на защите интересов пациента, поэтому адвокати́рование является его неизменной функцией, особенно важной при оказании помощи пациентам, находящимся в терминальной стадии хронического заболевания. Не менее значимо умение оказывать всеобъемлющую помощь, которая подразумевает как использование различных профилактических технологий, направленных на предупреждение заболевания, так и долговременную помощь при хронических неинфекционных заболеваниях. В последние годы круг компетенций семейного врача расширен за счет включения в его обязанности оказания гериатрической помощи. Оказание помощи всем пациентам независимо от пола и возраста всегда являлось важной особенностью общей врачебной практики/семейной медицины.

Однако принципиальным отличием современной гериатрии является то, что подходы к оказанию помощи людям пожилого и старческого возраста претерпели в течение последних нескольких лет значительные изменения с внедрением понятия

«хрупкости» (старческой астении), для выявления которой необходимо умение проводить комплексную гериатрическую оценку различных синдромов, характерных именно для пациентов пожилого и старческого возраста. Именно поэтому в данном издании вопросам оказания паллиативной помощи пожилым пациентам посвящена отдельная глава.

Необходимо отметить, что в момент выхода данного издания проходит финальный этап утверждения профессионального стандарта врача общей практики (семейного врача). В этом документе подробно описаны все трудовые функции, которые данный специалист должен выполнять по завершению обучения в ординатуре или цикла профессиональной переподготовки. Одной из них является оказание паллиативной помощи. Таким образом, данный документ, на основании которого будут предъявляться требования к квалификации врача общей практики (семейного врача), регламентирует необходимость владения основами паллиативной помощи, которая должна оказываться в амбулаторных условиях всем нуждающимся пациентам. Важно подчеркнуть, что данная трудовая функция включена в профессиональные стандарты большинства медицинских специальностей, что позволит реализовать на практике рекомендации ВОЗ об унификации подходов к оказанию паллиативной помощи на всех уровнях медицинского обеспечения, предоставляемого гражданам нашего государства.

Глава 1 основы организации паллиативной медицинской помощи

история организации паллиативной помощи

Один из первых приютов для умирающих больных был открыт еще в 1842 г. в Лионе молодой женщиной Жанной Гарнье, потерявшей мужа и детей. Еще несколько подобных учреждений были организованы позже в других городах Франции. С 1879 по 1905 г. были открыты хосписы в разных городах Великобритании. Все эти учреждения создавались при церкви, и большую роль в их создании играли сестры милосердия. Слово «хоспис», означающее первоначально «странноприимный дом при монастыре», приобрело со временем иной смысл, поскольку подразумевает учреждение для оказания паллиативной помощи.

Первый доклад о работе таких учреждений был опубликован британским врачом Г. Барретом в 1883 г. Доклад содержал не только статистические данные, но и интересные истории из жизни пациентов Дома Святого Луки для умирающих, в котором он работал.

В 1935 г. была опубликована книга А. Ворчестера «Уход за пожилыми и умирающими». Ее автор был признан пионером в этой области медицины, а книга по сей день считается классическим трудом по паллиативной помощи.

В 1952 г. был опубликован доклад Фонда Марии Кюри, основанный на информации, полученной с помощью опросников, которые были разосланы участковым медицинским сестрам в Великобритании. На основании полученной информации были выявлены основные проблемы раковых больных, находящихся дома, включая признаки физического и социального стресса. Под патронажем Фонда Марии Кюри была начата организация выездной службы для оказания помощи таким пациентам на дому.

Основы современной паллиативной помощи были заложены при создании первого хосписа для онкологических больных в 1967 г.

в Лондоне доктором Сесилией Сандерс, удостоенной за вклад в развитие здравоохранения титула Кавалерственной Дамы Великобритании. Доктор С. Сандерс разработала новые принципы использования болеутоляющих препаратов. По ее распоряжению морфин стали назначать не при появлении боли, а в строго определенное время. Это обеспечило эффективное болеутоление. Ей принадлежит формулировка такого понятия, как «тотальная боль», в формировании которой участвуют не только механизмы развития физической боли, но и душевные страдания пациента, его страх перед неизвестностью и отсутствие психологической поддержки со стороны родных и медицинских работников. Исходя из этого понятия формировались и подходы к лечению болевого синдрома, что позволило добиваться почти полного устранения боли и уменьшения психологических переживаний пациентов хосписа Святого Луки, где работала доктор С. Сандерс. Модель хосписа, созданная доктором С. Сандерс, получила всемирное признание и распространение. В нашей стране внимание вопросам медицинской помощи терминальным больным уделялось отечественными учеными еще в начале XX столетия. На I Всероссийском съезде по борьбе со злокачественными новообразованиями в 1914 г. было озвучено положение о том, что рак - болезнь социальная, поэтому организацией борьбы с этим онкологическим заболеванием и оказанием помощи больным в терминальной стадии должны заниматься не только энтузиасты, но и государство.

В последующем серьезные социально-экономические потрясения отодвинули решение проблем оказания медико-социальной помощи инкурабельным больным на

поздних стадиях развития заболеваний на второй план. Подобная ситуация была характерна не только для России, но и для мировой медицины в целом.

Широкая пропаганда научных исследований в области болевого синдрома, рекомендации ВОЗ, новая ситуация в системе здравоохранения России, как и в целом в обществе, определили существенные изменения общественного и медико-социального мнения по отношению к развитию паллиативной медицины. Первая попытка решения проблемы паллиативной помощи в России была предпринята в середине 80-х гг. XX в., когда на базе Московской городской больницы № 64 было создано отделение по уходу за умирающими онкологическими больными, явившееся прообразом хосписа.

Начало 90-х гг. XX столетия ознаменовалось развитием специализированной, медико-социальной, психологической помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований в условиях специальных учреждений здравоохранения - хосписов. Хосписы - это учреждения, в которых осуществляется комплексная помощь умирающим онкологическим больным, а также больным СПИДом. Помимо медицинской помощи, направленной на лечение болевого синдрома и устранение других симптомов, развитие которых характерно для этих категорий больных, здесь оказывается психологическая поддержка больным и их родственникам.

Показанием для поступления в хоспис может являться наличие выраженного болевого синдрома, который плохо купируется в амбулаторных условиях, а также социальное неблагополучие, обусловленное отсутствием ухаживающих за больным лиц, или усталость и перенапряжение родственников.

Первый хоспис в Санкт-Петербурге был открыт в 1990 г. по инициативе В. Зорза, английского журналиста и активного участника хоспис-ного движения. Первым врачом этого хосписа стал врач-психиатр А.В. Гнездилов. В Москве начало хосписного движения было положено в 1992 г., когда появилась группа добровольцев и медицинских работников, помогающих неизлечимо больным на дому. В 1994 г. был открыт Первый Московский хоспис, который возглавила В.В. Миллионщикова. Профессор А.В. Гнездилов и доктор В.В. Миллионщикова разработали заповеди хосписа, которые передают ту атмосферу, которая должна формироваться в подобном учреждении.

- Хоспис - не дом смерти. Это достойная жизнь до конца. Мы работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.
- Основная идея хосписа - облегчить боль и страдания, как физические, так и душевные. Мы мало можем сами по себе, и только вместе с пациентом и его близкими мы находим огромные силы и возможности.
- Нельзя торопить смерть и нельзя тормозить. Каждый человек проживает свою жизнь. Ее продолжительность никому не известна. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.
- За смерть нельзя платить, как и за рождение.
- Если пациента нельзя вылечить, это не значит, что для него ничего нельзя сделать. То, что кажется мелочью, пустяком в жизни здорового человека, для пациента имеет огромный смысл.
- Пациент и его близкие - единое целое. Будь деликатен, входя в семью. Не суди, а помогай.
- Пациент ближе к смерти, поэтому он мудр, узри его мудрость.

- Каждый человек индивидуален. Нельзя навязывать пациенту свои убеждения. Пациент дает нам больше, чем мы можем дать ему.
- Репутация хосписа - это твоя репутация.
- Не спеши, приходя к пациенту. Не стой над пациентом - посиди рядом. Как бы мало времени ни было, его достаточно, чтобы сделать все возможное. Если думаешь, что не все успел, то общение с близкими ушедшего успокоит тебя.
- Ты должен принять от пациента все, вплоть до агрессии. Прежде чем что-нибудь делать - пойми человека, прежде чем понять - прими его.
- Говори правду, если пациент этого желает и если он готов к этому. Будь всегда готов к правде и искренности, но не спеши.
- «Незапланированный» визит не менее ценен, чем визит «по графику». Чаще заходи к пациенту. Не можешь зайти - позвони; не можешь позвонить - вспомни и все-таки... позвони.
- Не оставляй свою доброту, честность и искренность у пациента - всегда носи их с собой.
- Главное, что ты должен знать, что ты знаешь очень мало.

По расчетам экспертов ВОЗ, рекомендуемый норматив количества хосписных коек составляет 25-30 коек на 300-400 тыс. населения. При таком положении больные с прогрессирующими формами хронических заболеваний на финальной стадии имели бы возможность быть госпитализированными по показаниям на длительный срок, вплоть до конца жизни, в хосписы, коечная сеть которых была бы достаточной для безотказной госпитализации больных, нуждающихся в паллиативной помощи. По данным ВОЗ, в Европе одновременно нуждаются в паллиативной помощи около 320 тыс. больных раком и 284 тыс. больных с неонкологическими заболеваниями, однако далеко не во всех странах эта потребность полностью удовлетворена.

В ст. 32 Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 2011 г. паллиативная помощь обозначена как отдельный вид медицинской помощи, а в ст. 36 «Паллиативная медицинская помощь» приводится ее определение и описывается, в каких условиях она должна оказываться: «Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболеваний в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь может оказываться в амбулаторных и стационарных условиях медицинскими работниками, прошедшими обучение по оказанию такой помощи».

Таким образом, структура оказания паллиативной помощи и ее суть в нашей стране закреплены законодательно. Это возлагает особую ответственность на семейного врача, в функциональные обязанности которого входит оказание помощи всем пациентам и членам их семей, независимо от пола и возраста.

Паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с неизлечимыми хроническими прогрессирующими заболеваниями и состояниями, а также заболеваниями в стадии, когда исчерпаны возможности радикального лечения и медицинской реабилитации (пациенты), среди которых выделяют следующие основные группы:

- пациенты с различными формами злокачественных новообразований;

- пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматическом лечении и обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания;
- пациенты с социально значимыми инфекционными заболеваниями в терминальной стадии развития, нуждающиеся в симптоматическом лечении и обеспечении ухода при оказании медицинской помощи.

31 мая 2019 г. вышел приказ Минздрава России совместно с Минтруда России № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». Данный документ не только определяет правила организации оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям, но и прописывает порядок взаимодействия медицинских организаций и организаций социального обслуживания, а также общественных объединений, иных некоммерческих организаций, которые могут быть вовлечены в оказание паллиативной помощи. В порядке четко определены задачи по оказанию паллиативной помощи, которые стоят перед первичным звеном здравоохранения. Они включают:

- 1) выявление пациентов с хроническими неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи;
- 2) активное наблюдение в динамике пациентов, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи, в соответствии с рекомендациями врачей-специалистов;
- 3) проведение первичного осмотра в течение двух рабочих дней после обращения и/или получения пациентом медицинского заключения о наличии медицинских показаний для оказания паллиативной медицинской помощи (далее - Медицинское заключение);
- 4) лечение болевого синдрома и других тяжелых проявлений заболевания, назначение лекарственных препаратов, включая наркотические лекарственные препараты и психотропные лекарственные препараты;
- 5) выполнение или назначение мероприятий по уходу за пациентом;
- 6) вынесение на рассмотрение врачебной комиссии медицинской организации вопроса о:
 - направлении пациентов на медико-социальную экспертизу;

- направлении пациентов в медицинские организации, оказывающие паллиативную специализированную медицинскую помощь;
- направлении пациентов при наличии медицинских показаний в медицинские организации для оказания специализированной медицинской помощи, а также об организации консультаций пациентов врачами-специалистами;
- организация и проведение консультаций и (или) участие в консилиуме врачей с применением телемедицинских технологий по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи;

7) информирование пациента (законного представителя, родственника, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом) о харак-

тере и особенностях течения заболевания с учетом этических и моральных норм, уважительного и гуманного отношения к пациенту, его родственникам и близким;

8) обучение пациента, его законного представителя, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу;

9) представление отчетности, сбор и представление первичных данных о медицинской деятельности для информационных систем в сфере здравоохранения.

Медицинское заключение взрослым о необходимости оказания паллиативной помощи выдает врачебная комиссия медицинской организации или консилиум врачей, в состав которых рекомендуется включать лечащего врача по профилю заболевания пациента, врача по паллиативной медицинской помощи, врача по медицинской реабилитации, врача-гериатра (для пациентов старше 75 лет), врача - анестезиолога-реаниматолога и/или врача-пульмонолога (для пациентов, нуждающихся в длительной респираторной поддержке). Наличие медицинского заключения о необходимости оказания паллиативной помощи позволяет оперативно оказывать и социальную помощь таким пациентам, а также быстрее решить проблему их обеспечения различными приспособлениями и средствами технической реабилитации.

Учитывая постарение населения, высокую распространенность хронических неинфекционных заболеваний у жителей нашей страны, паллиативная помощь должна стать полноценным элементом повседневной медицинской практики. Решению этой задачи может способствовать создание профессионального стандарта «Врач по паллиативной медицинской помощи», утвержденного приказом Министерства труда РФ от 22.06.2018 № 409н. В соответствии со стандартом каждый специалист, включая врача общей практики (семейного врача), может оказывать паллиативную помощь после прохождения цикла усовершенствования в рамках дополнительного профессионального образования. В амбулаторных условиях для оказания паллиативной медицинской помощи в соответствии с вышеупомянутыми порядками предусмотрено создание соответствующих кабинетов, а также патронажных выездных служб.

При возникновении необходимости в госпитализации пациентов они направляются в хоспис либо в отделение паллиативной помощи стационара. Поводом для госпитализации может стать ухудшение состояния, невозможность осуществить купирование болезненных синдромов в амбулаторных условиях, в первую очередь болевого синдрома, а также невозможность обеспечить полноценный уход в домашних условиях для умирающего пациента. Решение о госпитализации таких пациентов принимается лечащим врачом. При наличии онкологического заболевания необходима его верификация и соответствующее заключение онколога.

Таким образом, в процесс оказания паллиативной помощи должны быть в полной мере вовлечены врачи, работающие в учреждениях первичного звена

здравоохранения. Необходимо отметить, что задача семейного врача состоит не только в облегчении страданий умирающего пациента, но и в поддержке его семьи. Семья - основной ресурс ухода и оказания помощи больному. Для полноценной реализации возможностей, направленных на обеспечение максимально активной жизни больного, члены его семьи нуждаются в квалифицированной консультации специалистов, и в первую очередь семейного врача. Если эта задача будет достигнута, то память о достойно проведенных последних днях жизни ушедшего близкого человека поможет его родственникам смириться с утратой и облегчить горе. Значимую роль в развитии паллиативной помощи играет Ассоциация профессионалов хосписного движения «Между прошлым и будущим», председателем правления которой стала главный врач ГКУЗ «Хоспис № 1 им. В.В. Миллионщиковой», главный внештатный специалист по паллиативной помощи Министерства здравоохранения РФ Д.В. Невзорова. Данная общественная организация тесно сотрудничает с Фондом помощи хосписам «Вера», основанным А.К. Федермессер, дочерью В.В. Миллионщиковой, первого главного врача Московского хосписа № 1. Фонд оказывает организационную, информационную и материальную помощь многим хосписам России. Более подробно ознакомиться с деятельностью этих общественных организаций можно на их сайтах, перечень которых приведен в конце списка информационных ресурсов, которые использовались при подготовке данного издания.

Организация паллиативной помощи в условиях общей врачебной практики

Организация паллиативной помощи на уровне отделения общей практики является достаточно сложной задачей. Этот раздел деятельности требует соблюдения принципов работы в команде, внесения изменений в рутинную практику, умения оценивать потребности пациентов и членов их семей, разрабатывать стратегию оказания им помощи с постоянной оценкой ее эффективности. Процесс подготовки к началу деятельности в этом направлении можно разделить на две фазы. Первая фаза - оценка существующей ситуации с оказанием паллиативной помощи и выявление проблем, возникающих при ее оказании. Инструментом для решения этих задач является обсуждение ведения терминальных больных с участием всех членов команды, включая врачей общей практики, медицинских сестер, узких специалистов, которые востребованы при оказании такой помощи. Например, к консультации пациента с пролежнями привлекается хирург, а состояние больного с сильным болевым синдромом в области спины обсуждается с неврологом. Эффективным методом может быть открытая дискуссия, посвященная конкретным больным. Вторая фаза заключается во внедрении принципов паллиативной помощи и ее оценке.

Первая фаза во многом зависит от того, насколько сотрудники отделения готовы к открытой дискуссии и критическому рассмотрению своей лечебной деятельности. Поскольку объем работы зависит от числа пациентов, находящихся под наблюдением, а организовать встречи с участием всех членов команды обычно удается не чаще чем один раз в месяц, эта фаза может занять до одного года. Первая фаза может быть разбита на определенные стадии, описание которых поможет выстроить стратегию работы в этот период.

Стадия 1. Главная задача в начале работы - определить, кто из сотрудников вовлечен в оказание паллиативной помощи. Именно они в последующем должны регулярно встречаться, чтобы обсуждать вопросы, связанные с ведением таких пациентов. Обычно это врачи общей практики, медицинские сестры, работающие с врачами на их участках, руководитель отделения и узкие специалисты, которые могут быть привлечены в качестве консультантов: хирург, невролог, онколог. Если в городе есть хоспис, важно наладить контакты с сотрудниками этого учреждения, которые

даже при отсутствии необходимости госпитализации больного могут оказать консультативную помощь по ведению терминальных больных. Можно также пригласить их на встречу в отделение общей практики.

Медицинская помощь онкологическим больным в настоящее время достаточно хорошо структурирована и может оказываться на догоспитальном этапе при консультативной поддержке районных онкологов.

Стадия 2. Для координации деятельности (организация встреч и их проведение, контакты со специалистами) назначается врач, подготовленный на цикле тематического усовершенствования по паллиативной медицине.

Стадия 3. Регулярное проведение встреч сотрудников отделения, оказывающих паллиативную помощь, для обсуждения ведения пациентов. Эти собрания можно использовать в качестве образовательных сессий или для обсуждения планирования и улучшения работы. Эта стадия очень важна для укрепления командных принципов работы, направленной на приоритеты паллиативной помощи.

Стадия 4. Реализуется в период собраний участников команды. Врачи критически оценивают свою роль в оказании паллиативной помощи. Становятся ясными ценности, к которым следует стремиться, включая персональные, профессиональные и командные. Происходит оценка проблем, имеющих в практике, определяются задачи и пути их решения.

Стадия 5. На этой стадии проводится идентификация групп пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Зачастую отсутствует рутинный метод, который помог бы выявить всех больных с онкологическими заболеваниями и тех, кто нуждается в паллиативной помощи. Единственным способом является просмотр всех амбулаторных карт, за исключением тех случаев, когда они ведутся в электронном виде и есть систематизированная база всех пациентов, включающая сведения о диагнозе. Необходимо выработать критерии, в соответствии с которыми пациенты, нуждающиеся в паллиативной помощи, будут идентифицированы. Это могут быть, например, все пациенты с диагностированным раком и неблагоприятным прогнозом либо пациенты с финальными стадиями хронических заболеваний, а также члены их семей.

Стадия 6. На этой стадии следует обсудить на одном из собраний команды проблемы, которые были выявлены при оказании паллиативной помощи.

Стадия 7. В соответствии с выявленными проблемами следует определить пути их решения; посвятить время разработке локальных протоколов ведения терминальных больных, в соответствии с которыми следует регулярно проводить аудит оказания помощи и ее оценку.

Вторая фаза посвящена внедрению в процесс оказания паллиативной помощи необходимых изменений, которые были выявлены при идентификации проблем в первой фазе организации работы.

В дальнейшем оценка работы должна стать постоянным инструментом, с помощью которого персонал отделения может улучшить оказание помощи самому тяжелому контингенту больных. Оценка может касаться оказания помощи пациенту, и при ее проведении обращается внимание на использование визуально-аналоговых шкал при лечении болеутоления, следование рекомендациям по медикаментозному обезболиванию или применению шкал для выявления депрессии. На уровне отделения оценивается организация работы. Следует обратить внимание на то, ведется ли учет больных, нуждающихся в паллиативной помощи, изучается ли методом анкетирования мнение пациентов и лиц, осуществляющих уход, проводятся ли собрания, на которых обсуждается ведение конкретных пациентов.

Мультидисциплинарный подход чрезвычайно важен при оказании паллиативной помощи. Он позволяет совершенствовать каждодневную практику и достигать лучших результатов. Кроме того, работа в команде способствует открытому обсуждению наиболее тяжелых пациентов, совместному решению проблем, возникших при их курации, что может способствовать уменьшению проявления синдрома выгорания, который часто развивается у сотрудников отделений общей практики, оказывающих помощь терминальным больным.

Отдельное место в рамках паллиативной помощи занимает помощь в конце жизни. В ней нуждаются больные в терминальной стадии тяжелых хронических заболеваний, у которых летальный исход с высокой вероятностью прогнозируется в ближайшие 12 мес. Ее оказание является определенным вызовом для врача общей практики. В первую очередь необходимо выявить таких пациентов, оценить их потребности на настоящий момент и в будущем, а затем составить план оказания помощи. Индикаторами, указывающими на то, что в ближайшее время эти пациенты могут уйти из жизни и они остро нуждаются в паллиативной помощи, являются следующие признаки:

- общее состояние плохое или ухудшается, с ограниченной обратимостью (нужна помощь с личной гигиеной, пациент проводит в кровати или инвалидном кресле более 50% времени бодрствования); две или более незапланированные госпитализации в течение последних 6 мес;
- потеря массы (5-10%) за последние 3-6 мес и/или индекс массы тела $<20\text{кг/м}^2$;
- стойкие симптомы, несмотря на оптимальное лечение любого из заболеваний;
- пребывание в хосписе;
- возможность находиться дома только при наличии профессионального ухода;
- просьба пациентов отменить назначенное лечение и согласие только на поддерживающую терапию, облегчающую выраженность симптомов.

Наличие двух и более признаков косвенно свидетельствует об ухудшении состояния и приближении смерти.

Вопросы медицинской этики в паллиативной помощи

Этика - это философская наука, предметами изучения которой являются мораль и нравственность как форма общественного сознания, как одна из важнейших сторон жизнедеятельности человека, специфическое явление общественно-исторической жизни. Этика являлась предметом обсуждения в философских трактатах древнегреческого ученого Аристотеля. В эпоху Древней Греции она занимала место между учением о душе (психологией) и учением о государстве (политикой). Целью этики являлось формирование добродетельного гражданина государства.

Вопросы этики неразрывно связаны с вопросами деонтологии, которая рассматривает проблемы долга и моральных требований. Термин был введен в практику английским философом И. Бентамом в середине XIX в.

Бурное развитие медицинских технологий в XX в. побудило американского ученого В.Р. Поттера предложить новый раздел этики - биоэтику, предметом которой является решение проблем человека в эпоху научных открытий в области биологии, медицины и научно-технического прогресса. Биоэтика рассматривает вопросы защиты прав пациента при проведении клинических испытаний, выборе средств и методов лечения в каждом конкретном случае. Это связано с тем, что развитие биомедицинских технологий в последние десятилетия ведет к тому, что естественный

жизненный процесс человека от рождения (и даже от зачатия) до самой смерти становится все более опосредуемым и контролируемым, то есть организуемым и управляемым социально и технологически.

Основные группы проблем, которые решаются в рамках биоэтики:

- дефиниции (определения) здоровья и болезни, жизни и смерти, понятия человека, личности, эвтаназии;
- экстремальные или неординарные ситуации существования человека - рождение и смерть, болезни и трансплантации органов;
- вмешательства в биологическую природу человека, которые могут быть продиктованы заботой о его здоровье, но вместе с тем возможно их использование и в антигуманных целях для манипуляции сознанием и поведением человека;
- экологические проблемы - охрана окружающей среды, защита животных и т.д.;
- социальные вопросы - социальное неповиновение, патернализм, справедливость, свобода и моральный долг перед будущими поколениями.

Медицинская практика и биомедицинские исследования рассматриваются в биоэтике как области, в которых могут быть реализованы или нарушены жизненно важные права человека.

Особенно острые дискуссии возникают при рассмотрении права человека самостоятельно принимать решение об уходе из жизни, когда болезнь неизлечима и сопряжена с тяжелыми физическими и душевными страданиями.

Биоэтика пересматривает и отношения между врачом и больным. Если ранее это взаимодействие осуществлялось с позиции патернализма по типу родительской опеки над ребенком, когда пациент был лишен права принимать решения, что было функцией врача, то сегодня биоэтической нормой отношений врач-пациент является сотрудничество. Это обуславливает необходимость информирования пациента обо всех этапах его наблюдения от диагностики до назначений лекарственных препаратов, а также получения от пациента *информированного добровольного согласия* на медицинское вмешательство.

Под информированным согласием понимается добровольное принятие пациентом обследования, курса лечения или терапевтической процедуры после предоставления врачом адекватной информации. При этом важны оба элемента этого процесса: предоставление информации и получение согласия. Первый элемент включает в себя понятия добровольности и компетентности. Врач обязан информировать пациента о целях обследования и лечения, связанных с ними рисках и о возможных альтернативах предлагаемого лечения.

Необходимость получения информированного согласия закреплена в ст. 20 «Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства» Федерального закона № 323-ФЗ. Закон гласит: «Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является дача информированного добровольного согласия гражданина или его законного представителя на медицинское вмешательство на основании предоставленной медицинским работником в доступной форме полной информации о целях, методах оказания медицинской помощи, связанном с ними риске, возможных вариантах медицинского вмешательства, о его последствиях, а также о предполагаемых результатах оказания медицинской помощи».

Одной из серьезных проблем биоэтики, которая постоянно обсуждается в мире, является эвтаназия (син. - эитаназия, от греч. εὖ - «благой», «хороший» и θάνατος - «смерть»). Термин был введен в медицинскую практику Ф. Бэконом и, как видно из

перевода, означает легкую, безболезненную смерть. Ф. Бэкон считал, что «долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчать страдания и мучения, причиняемые болезнями... даже и в том случае, когда уже нет никакой надежды на спасение и можно лишь сделать самую смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем» (1978).

Существуют различные виды эвтаназии: *пассивная* - отказ или прекращение лечения, поддерживающего жизнь пациента; *активная* эвтаназия - это преднамеренное действие с целью прервать жизнь пациента (инъекция средства, вызывающего смерть).

В дискуссиях, которые ведутся вокруг эвтаназии, высказываются аргументы как за ее применение, так и против. Сторонники эвтаназии считают, что человек имеет право на самоопределение, вплоть до распоряжения собственной жизнью и отказа от негуманного лечения, унижающего его достоинство. Противники эвтаназии считают, что человеческая жизнь свята, врач может совершить ошибку при констатации диагноза, нельзя игнорировать опасность злоупотреблений, преследование каких-то иных целей.

В России эвтаназия запрещена законом. В ст. 45 Федерального закона № 323-ФЗ, которая так и называется «Запрет эвтаназии», сказано, что медицинским работникам запрещается осуществление эвтаназии, то есть ускорение по просьбе пациента его смерти какими-либо действиями (бездействием) или средствами, в том числе прекращением искусственных мероприятий по поддержанию жизни пациента.

При оказании паллиативной помощи часто возникает ряд вопросов, которые требуют поиска ответов с точки зрения биоэтики:

- когда надо прекратить агрессивную терапию, продолжая оказывать паллиативную помощь?
- возможно ли использовать экспериментальную терапию по желанию пациента, если лекарственное средство не прошло все стадии клинических испытаний?
- в какой мере можно доверить решение проблем пациента членам его семьи при его нежелании информировать их о деталях заболевания и лечения?

Вероятно, в ближайшее время к решению этих вопросов будут привлекаться локальные этические комитеты, в функции которых пока входит одобрение протоколов проведения клинических испытаний.

По опыту многих зарубежных стран, привлечение этических комитетов к решению вопросов о прекращении агрессивной терапии, беседам с родственниками позволяет уменьшить бремя моральной ответственности лечащего врача и позволяет найти оптимальный выход из трудной ситуации при ведении терминальных больных.

С внедрением системы оказания паллиативной помощи на всех этапах ведения пациентов все более актуальными становятся вопросы информированности общества о проблемах смерти, процесса умирания и основах оказания помощи таким пациентам. Необходимо преодоление барьеров при обсуждении проблем ухода из жизни, исключение стигматизации умирающих пациентов со стороны медицинских работников и немедицинской общественности.

Глава 2 вопросы психологии и особенности общения в паллиативной медицине

особенности общения с пациентами при оказании

паллиативной помощи

Учитывая важность психологической помощи пациентам в терминальной стадии заболевания, необходимо остановиться на особенностях коммуникативных навыков, которыми должен владеть медицинский персонал, оказывающий паллиативную помощь.

Планируя общение с пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, нам необходимо помнить, что общение (коммуникация) - это процесс получения, создания и передачи значимых сообщений. Целью этого процесса может быть получение информации, ориентирование в проблеме, возможность «просто выговориться», составление планов. Любую беседу с пациентом необходимо выстраивать по всем правилам профессионального общения, но при работе с пациентами, находящимися в тяжелом состоянии и/или ситуации, нуждающимися в специализированной или дополнительной помощи, важно помнить о некоторых особенностях компонентов процесса общения, существенно влияющих на него.

1. Ожидания и понимание пациента.
2. Доверие.
3. Физический контекст и окружение.
4. Личные убеждения.
5. Восприятие языка и речи.
6. Физическое состояние собеседников.
7. Отношение ко времени общения.
8. Страхи и эмоции.
9. Этнокультурные различия.

1. Первый и весьма важный фактор - ожидания пациента, которые формируются в зависимости от знаний и предчувствий самого пациента, его семейной и личной истории, принятых традиций - в стране, социуме, на работе, в семье. Во многом ожидания будут базироваться на сведениях, почерпнутых из самых разных источников - от надежных до совсем абсурдных. Любому, кто участвует в оказании паллиативной помощи, необходимо внимательно относиться к ожиданиям пациентов, поскольку иногда именно невысказанные тревоги и ожидания ухудшают эмоциональное состояние больных. Часто бывает недостаточно спросить: «Что вас больше всего беспокоит?», - потребуется длительная пошаговая беседа. Структура беседы будет зависеть от того, что мы готовы сообщить пациенту о результатах или планах его обследования, и от того, что готов или не готов рассказать и спросить нас пациент. Для некоторых людей сама по себе ситуация тяжелого фатального заболевания является этапом переживания и осмысления, и в большинстве случаев наши пациенты нуждаются в помощи для совладания с болезнью.

2. Следующий фактор, сильно влияющий на общение, - доверие. Оно формируется по-разному. Обращать внимание надо на стиль общения, скорость ведения беседы, использование невербальных знаков и интонаций. На первых этапах профессионального общения в сложной консультативной ситуации часто ведущими будут факторы «формального профессионализма»: внешний вид, пунктуальность, четкое структурирование беседы и объяснение непонятных терминов, процессов,

назначений и т.д. Затем пациент и его родственники все более будут нуждаться в поддержке и одобрении. И никогда нельзя позволять себе излишне обнадеживать пациента и его родных или вводить их в заблуждение относительно прогноза.

3. Общаясь с тяжелобольными пациентами, следует уделить внимание также физическому контексту общения. Физический контекст события включает место, где происходит общение, условия окружающей среды (температуру, освещение, уровень шума, мебель), время суток, физическое расстояние между участниками. Каждый из этих факторов может повлиять на общение. Важно учесть, что беседы на серьезные и «пугающие» темы лучше не проводить при свидетелях (если только об этом не было прямой просьбы пациента); на сложные беседы требуется больше времени, поэтому их надо тщательнее планировать. Наше рабочее место (кабинет приема) часто является отражением нашей занятости, поэтому, проводя такие беседы, держите рабочий стол максимально свободным от документов (например, амбулаторных карт), инструментов и приспособлений, которые вы не планируете использовать во время диалога с пациентом. В условиях стационара очень важными становятся границы личного пространства, напоминания об индивидуальности личности и предметы, создающие уютную обстановку. Позвольте пациенту поставить рядом фотографию, маленькую вазочку с цветами, мягкую игрушку или статуэтку. По возможности никогда без необходимости и без разрешения не присаживайтесь на кровать пациента. Если вам необходимо провести осмотр, помните, что необходимо предупредить пациента о любом прикосновении, о каждой манипуляции, о вторжении в его личное пространство, даже если вы проводите осмотр уже не первый раз. Так мы проявляем уважение к личности пациента.

4. Существуют и другие моменты, которые усложняют процесс общения с тяжелобольными пациентами и членами их семей. Большинство врачей, приобретая профессиональный опыт, воспринимают процесс общения с пациентами как неотъемлемую естественную часть своей деятельности, и все же, когда возникает необходимость беседовать о приближающемся тяжелом исходе, многие врачи испытывают беспокойство и неуверенность. Во многом эта неуверенность может базироваться на наших личных переживаниях и убеждениях относительно жизни и смерти и тех глубоко личных ощущениях и связях, которые мы имеем, как и все другие люди. Но, общаясь с пациентами, мы выполняем свои профессиональные обязанности, отчасти выступаем как защитники и опекуны. Именно поэтому человечность и искренность, забота и внимание к мелочам - это те чувства и отношения, которых ждут от нас пациенты. Наше восприятие ситуации отличается от того, как видят ее родственники пациента и сам пациент, поэтому необходимо обращать внимание на нюансы процесса общения, подключать интуицию и терпение.

5. Что еще может быть барьером в общении? Прежде всего неправильно посланная и принятая информация, то есть трудности восприятия языка и речи. Общаясь на одном языке, мы не всегда понимаем друг друга, потому что язык - это уникальный продукт ассоциативных и образных связей, который формируется в определенной культурной среде, пополняется и трансформируется всю жизнь.

Одни и те же слова могут трактоваться по-разному, обозначать различные процессы. Поэтому, разговаривая с пациентами и их родственниками, важно постоянно «сверять» и «проверять» совпадения в понимании информации, которую вы обсуждаете. Постарайтесь не задавать вопроса «Все ли вам понятно?», так как этот вопрос может быть воспринят как сомнение в «способности понять» у ваших собеседников. Лучше сформулировать «Все ли я понятно объясняю?», тогда уточнение касается именно процесса общения и его инструмента - языка общения. Если собеседники разговаривают на языке, который для них не является родным, то можно предложить им дополнительную информацию в напечатанном или написанном виде. При этом необходимо деликатно уточнить, насколько такая информация

необходима (или смогут ли ею воспользоваться; возможно, есть другие члены семьи, лучше адаптировавшиеся к языку).

Еще одним языковым барьером, уже профессиональным, является медицинская терминология. Ведя беседу, всегда следует помнить о том, что большинство наших собеседников нуждаются в разъяснении сложных терминов и аббревиатур, пояснении назначений и порядка обследования и лечения. Мы должны всегда осознавать, что наши слова вызывают последствия. Когда мы не понимаем ассоциаций наших слушателей или нечувствительны к ним, мы можем выражать наши мысли на языке, искажающем подразумеваемое сообщение. Часто одного-единственного неуместного предложения может быть достаточно для утраты взаимопонимания на долгое время.

6. Продолжая говорить о барьерах в общении, необходимо обсудить влияние физического состояния собеседников на процесс общения. Наиболее частыми и значимыми факторами, ухудшающими общение, со стороны пациентов могут быть нарушение или потеря слуха, снижение остроты зрения, боль, одышка, кашель, ухудшение кратковременной памяти. Пациенты, страдающие снижением слуха, не всегда готовы признаться нам, что плохо слышат, стесняются переспрашивать, а потому могут нас не понимать. Иногда слух снижен частично, и плохо воспринимаются, например, только высокие или низкие звуки. Такие пациенты привыкают пристально смотреть за губами говорящего, чтобы подкрепить восприятие по их движениям. Мимика и жестикуляция у таких пациентов, как правило, более живая. Если пациент плохо слышит, не всегда выходом является повышение голоса, тем более если обсуждаются важные и серьезные темы, возможно, лучше договориться часть информации писать на бумаге. К сожалению, использование слуховых аппаратов не всегда помогает в таких ситуациях. Для привыкания к ним требуется довольно много времени.

Снижение зрения ухудшает возможность пациента получать дополнительную информацию, читать для получения удовольствия, переключения. Возможно, таким пациентам надо предложить воспользоваться аудиоматериалами, также им может быть полезно слушать хорошие программы по радио. Общаясь с таким пациентом, постарайтесь, помимо вербального контакта, с разрешения пациента коснуться его руки. В стационаре, тоже с разрешения пациента, присядьте на его кровать, чтобы он мог почувствовать вас рядом.

При выраженном болевом синдроме необходимо как можно быстрее и эффективнее его купировать, чтобы иметь возможность продолжать общение.

Если у пациента выражены кашель и/или одышка, что явно затрудняет общение, постарайтесь говорить медленно сами, чтобы и пациент в ответ смог замедлить свою речь. Задавайте больше вопросов закрытого типа, требующих коротких или односложных ответов (да/нет). Делайте перерывы в беседе. При выраженных проблемах с памятью пациенту может понадобиться постоянное сопровождение помощника, который будет записывать или запоминать рекомендации. Возможным решением станет использование диктофона. 7. Отношение ко времени общения с пациентом. Одной из серьезных претензий, часто предъявляемой пациентами, является недостаточное время, отводимое медицинскими работниками общению с пациентами. Такому положению вещей может быть несколько объяснений: во-первых, у нас действительно плотный график работы, и мы работаем согласно расписаниям и текущей обстановке; во-вторых, в нашей работе встречаются ситуации, требующие большего времени для решения возникших проблем, и тогда мы можем выбиваться из графика; и третье - субъективное восприятие времени участниками событий. Каждый человек в течение своей жизни, каждого дня воспринимает и осознает время по-разному. То оно тянется, перетекает, и мы не можем дождаться окончания скучного мероприятия или своей очереди, то оно летит и скачет, проносится с бешеной скоростью, улетает. Так происходит в тех случаях, когда события очень важны для нас или внезапно вызывают сильные эмоциональные переживания, когда

нам очень интересно или нас что-то сильно тревожит. Говоря о пациентах с тяжелыми заболеваниями, необходимо еще раз отметить, что частым спутником серьезных проблем со здоровьем является тревога. Тревога «ускоряет время», нам кажется, что прошло уже много времени (например, в ожидании беседы), а на самом деле - только две-три минуты. Как помочь справиться с таким переживанием времени? Часто помощь в управлении тревожностью нужна и пациентам, и нам. Однозначных рекомендаций дать в таком случае невозможно, но несколько полезных советов есть. Первый касается ритма дыхания, если выполнение простых дыхательных упражнений доступно по общему состоянию здоровья [нет сопутствующей бронхиальной астмы, тяжелой дыхательной или сердечной недостаточности (СН)]. Упражнение выполняется сидя. Делается плавный вдох на счет «раз-два»; на счет «три-четыре-пять» - пауза (задержка дыхания); на счет «шесть-семь-восемь» плавный выдох; на счет «девять-десять» снова пауза. Затем весь цикл повторяется. Для начала достаточно повторить три-четыре цикла. Конечно, такие упражнения не избавят сразу от чувства напряжения и тревоги, но помогут пациенту успокоиться, а врачу - более продуктивно провести беседу. Второй совет касается окружающего пространства. Успокаивающим действием и эффектом «замедления» времени обладают аквариумы с рыбками. Даже небольшой аквариум или его имитация очень хорошо переключают внимание с внутренней тревоги на созерцание.

Завершая обсуждение фактора времени, необходимо еще раз отметить, что то время, которое мы отводим для беседы с пациентами, должно принадлежать этой беседе «целиком». Во время трудной беседы не должен звонить телефон, заходить сотрудник «на секунточку», заскакивать клерк «только подписать» или заглядывать другой пациент «я только спросить». Таким образом, полностью сосредоточившись только на разговоре с пациентом, мы сможем обсудить большее за то же время. Заканчивая разговор с пациентом в «настоящем» времени, нужно обязательно оставить «открытым» будущее время для бесед - оговорить дату следующего визита (разговора), предложить снова встретиться, если возникнут новые вопросы, обсудить иной вариант обмена информацией (телефон, электронная почта, скайп).

8. Негативные эмоции искажают информацию, страх сковывает общение. Даже учитывая, что диагноз «рак» благодаря развитию современной медицины далеко не всегда означает смертный приговор, больные относятся к нему чаще всего с ужасом. Причиной является то, что для обозначения различных злокачественных заболеваний мы используем слово «рак» и не делаем различий между более опасными и менее опасными формами заболевания. В тот момент, когда врач сообщает пациенту: «У вас рак», все больные проецируют на свою собственную ситуацию то, что они слышали об этом заболевании от друзей, членов семьи или знакомых. При этом за диагнозом «рак» стоят совершенно разные злокачественные заболевания с формами разной степени опасности, с различным течением болезни, однако в нашем языке нет этих различий. Как раз потому, что большинство людей имеют лишь однобокое представление о раке, у многих больных возникает чувство, как будто весь мир вокруг них разрушился. Новая ситуация кажется им очень серьезной. Они не знают, как она будет развиваться дальше, и находятся в страхе перед будущим. Тот факт, что у человека обнаружили рак, оказывает влияние на жизнь всей семьи, и это касается не только исполнения каких-то будничных обязанностей, но прежде всего мыслей и чувств всех членов семьи. Болезнь разрушает существовавший ранее порядок, требует пересмотра отношений, существенных изменений ритма жизни. Болезнь по-разному принимается пациентом и его близкими, требует перестройки многих процессов внутри семьи, откровенных обсуждений хода лечения и планов. Людям, которые вообще не привыкли делиться с другими своими мыслями и чувствами, будет намного труднее вдруг заговорить о чем-то очень личном. Тем не менее они должны попытаться это сделать. Открытые и полные взаимного доверия разговоры с

самого начала будут способствовать уменьшению напряжения между больным и родственниками и положительно отразятся на ситуации в целом.

В разных ситуациях и пациенты, и их родственники будут реагировать на новую информацию по-разному. Вы можете встретиться с широким диапазоном эмоциональных реакций, проявляющихся в непредсказуемой последовательности. Эти эмоции могут включать:

- **Страх:** он может проявляться в виде реакций отрицания, гнева или беспокойства, а иногда - панических атак.
- **Гнев:** в виде обвинения медработников, Бога, своего образа жизни. Также гнев может выглядеть как простая злость: почему «это» произошло именно с ними или их любимым человеком. Если гнев проявляется открыто, то нам надо помнить, что чаще всего объектом гнева является не конкретная личность (ваша), а «процесс», «жизнь», «ситуация». Возможно, пациент будет тщательно искать «виновных» в ситуации. Просто прервать или прекратить этот процесс не получится. Потребуется постоянное переключение внимания на текущие вопросы, вовлечение в обсуждение следующих шагов и бесконечное терпение, потому что ни в коем случае нельзя поддаваться искушению хоть чем-нибудь - интонацией, высотой голоса, гримасой - «отразить» эту эмоцию. Это только вызовет переключение волны гнева на собеседника.
- **Отчаяние:** ощущение беспомощности и безнадежности, которые могут ограничить способность думать или говорить. Эта эмоция роняет пациента в глубины самых мрачных переживаний, причем на ее фоне часто развивается и астенический синдром. Помогать необходимо через обсуждение и планирование любых действий. При этом нужно четко фиксировать выполнение всех этапов, фокусируясь на позитивных моментах.
- **Изоляция:** чувствуя потребность уйти от общения с членами семьи и друзьями, пациенты ищут возможность побыть в одиночестве. Им необходимо личное пространство и время, в которые никто не будет вторгаться. Они требуют громче включить телевизор, чтобы выстроить барьер между собой и действительностью, запираются, не общаются по телефону. Надо признать право человека побыть одному, переосмыслить свою жизнь, просто переключиться. В таком состоянии люди часто вообще не хотят говорить. С нашей стороны иногда достаточно просто помолчать, побыть рядом, пожать руку.
- **Депрессия:** может проявляться как обычная грусть, но это может быть и клиническая депрессия, если она становится подавляющей, необходимо проводить более серьезную диагностику и лечение.

Какими бы ни были эмоциональные проявления, нам необходимо научиться принимать их, понимая причины и механизмы, вызвавшие их развитие. Проявляя терпение и милосердие, мы в большей степени сможем помочь больным и их родным.

9. Еще одним важным фактором, влияющим на общение, является этнокультурная принадлежность нашего собеседника. Культура и воспитание влияют на восприятие, воздействуют на представление людей о себе. До сих пор люди разных культур используют различные критерии ценности для построения самоопределений и самооценок. Так, мужчина и женщина в результате социализации в определенной этнокультуре рассматривают себя по-разному и судят о себе по тому, соответствует ли их поведение ожидаемому в их культуре от лиц их пола.

Истолковывая жесты пациентов, полезно помнить об исторических и культурных различиях. Подавляющее большинство людей во многих западных странах ждут от собеседника, что он будет смотреть им прямо в глаза, а во многих других культурах, наоборот, когда человек старается не смотреть в глаза собеседника, это означает

почтение и уважение. Например, в Японии люди во время разговора стараются направить взгляд в точку на уровне адамова яблока и избегают прямого взгляда. Китайцы, индонезийцы и мексиканцы в деревнях опускают глаза в знак почтения: для них слишком прямой взгляд - это признак плохих манер. Арабы, наоборот, напряженно смотрят прямо в глаза человека, с которым разговаривают, для них прямой взгляд - проявление живого интереса.

некоторые особенности общения с представителями разных культур и конфессиональных групп в условиях оказания паллиативной помощи

ПРИВЕРЖЕНЦЫ БУДДИЗМА

Один из основных принципов буддистской социальной философии заключается в том, что общество взаимосвязано и социальные отношения взаимны. Буддисты верят в реинкарнацию (переселение души), а также в то, что состояние сознания в момент смерти крайне важно, оно определяет ситуацию, в которой душа будет перерождаться. Если сознание спокойно и находится в мире, тогда будет счастливое перерождение, если присутствуют злость, обида, сильны желания или сознание переполнено страхами, тогда это может стать предпосылкой к несчастливому или более низкому по статусу перерождению.

Оказывая поддержку буддистам, вам стоит руководствоваться основным принципом: вы должны сделать все, что в ваших силах, для того чтобы человек умирал с миролюбивым и спокойным сознанием, позитивными духовными мыслями. Разговор о смерти с терминальными больными не является неприятной темой, его можно не избегать. Для последователей буддизма устройства для поддержания жизни не считаются полезными, если человек уже без сознания. Ясное сознание и отсутствие сильной боли - два основных фактора, которые влияют на принятие буддистом смерти.

Возможно, вам потребуется более подробно расспросить пациента о наличии боли. Имейте в виду, что многие буддисты верят, что во время заболевания необходимо терпеть боль без жалоб. Лечение боли приемлемо тогда, когда ее интенсивность начинает существенно влиять на спокойствие сознания. Тем не менее лечение психических расстройств не приветствуется. Седативные препараты нужно использовать с осторожностью.

Для буддистов важной составляющей религиозной практики являются музыка и ритмические молитвы (мантры). Если включение аудио-и видеозаписей возможно, надо разрешить пациенту использовать их по желанию.

Последователям буддизма важно иметь вокруг себя духовные объекты, чтобы напоминать о положительных аспектах жизни. Также они будут признательны за организацию бытовых условий, в которых им будет можно оставаться привлекательными, насколько это возможно. Такие пациенты очень чувствительны к визитам посетителей, для них важно прежде всего эмоциональное состояние гостей.

Во время умирания больного желательно присутствие священника-ламы, близких родственников. Если это невозможно, оговорите с ними поведение в последние минуты. Во время умирания положите больного на правый бок и затампонируйте правую ноздрю ватой или чем-нибудь похожим. После этого не трогайте тело. Вы можете попросить ламу прочитать Пхова (последний обряд). Члены семьи должны предоставить подушки Пхова, которые нужно положить на затылок перед смертью и убрать на следующий вдох.

Обряды погребения у буддистов различаются, поэтому важно обсудить возможные нужды родственников для организации прощания.

ПРИВЕРЖЕНЦЫ ИСЛАМА

Для последователей ислама важно, чтобы медицинский персонал был того же пола, что и пациент. Традиционные арабские женщины не должны раздеваться перед мужчиной, даже если он врач. Предусмотрите, чтобы была возможность носить подобающую одежду (длинные юбки, рукава на кофтах и платки для женщин; длинные брюки для мужчин), совершать молитвы в положенное время (пять раз в день).

Мусульмане придерживаются ограничений в питании - не употребляют алкоголь, не едят свинины, соблюдают посты. К обсуждению вопросов обследования и лечения, если это возможно, привлекайте главу семьи (мужчину): по обычаю они получают всю соответствующую медицинскую информацию первыми.

Постарайтесь увеличить продолжительность и частоту бесед, насколько это возможно. Во время разговора не показывайте нижние части ног перед пациентом (например, скрещенные ноги - нога на ногу), ни в коем случае не демонстрируйте (даже случайно, сидя) подошву обуви, это считается тяжким оскорблением. Обязательно помните, что в мусульманской традиции есть особенности погребальных ритуалов. О печальном событии, его приближении обязательно первым уведомите мужчину - главу семьи. Члены семьи должны решить вопросы ритуалов (таких как омовение) и приглашения священнослужителя. Старайтесь не допускать вскрытия, если нет необходимости в медицинском исследовании, обсудите это с главой семьи.

ПРИВЕРЖЕНЦЫ ИУДАИЗМА

В иудаизме превыше всего ценится жизнь. Так как жизнь очень ценна, евреям не дозволено делать что-либо, что может приблизить смерть. Эвтаназия, суицид и ассистируемый суицид запрещены законом. Тем не менее, если смерть неминуема, а пациент страдает, иудейский закон позволяет прекратить искусственное поддержание жизни. Смерть в иудаизме не рассматривается как трагедия, даже если она наступила в молодом возрасте. Смерть - естественный процесс.

Посещать больных - очень важная заповедь для иудеев. Очень важны семейные связи и поддержка. Еврейская пища должна быть кошерной. Это не метод приготовления, это набор правил, которым необходимо следовать при приготовлении пищи. Если нет возможности организовать такое питание в стационаре, предупредите родных пациента, который строго придерживается правил питания.

После пробуждения ортодоксальные евреи обычно умывают руки и молятся (особенно перед тем, как прикоснуться к любой пище). Иудеи соблюдают правила Шаббата (соблюдение субботы). По субботам запрещается или ограничивается использование электричества, также прекращается любая работа. Прогулки и путешествия ограничены. Шаббат начинается в пятницу вечером на закате и заканчивается в субботу после заката (длится 25 ч). Это день молитв, отдыха и более утонченной и неспешной еды. Подготовка к нему обычно длится 2-3 ч, пожалуйста, с уважением относитесь к этому периоду времени.

Иудаистские траурные обычаи обширны, но это не выражение страха или отвращения к смерти, это выражение уважения к усопшему и утешение живых. После смерти человека ему закрывают глаза, тело кладут на пол и укрывают, рядом с телом зажигают свечи. Тело никогда не оставляют одно до похорон в знак уважения. Ухаживающий персонал должен позволять кому-нибудь находиться рядом с телом, когда это возможно. Уважение к телу крайне важно. Есть, пить, отдавать приказы у тела - очень большое неуважение.

Не проявляйте удивления, когда близкий родственник (родитель, брат или сестра, супруг/супруга, ребенок), впервые услышав о смерти пациента, проведет обряд надрывания одежды.

Вскрытие считается осквернением тела. Оно допустимо, если поможет спасти чью-то жизнь или это требование местного закона. Если вскрытие все-таки проводится, оно должно быть как можно менее инвазивным.

Во время подготовки к похоронам тело моют и заворачивают в простой хлопковый саван. Тело должно быть похоронено в земле, а не кремировано. Гробы не требуются, но если они используются, в них должны быть просверлены отверстия, чтобы тело находилось в контакте с землей.

ПРИВЕРЖЕНЦЫ ХРИСТИАНСТВА

В современном христианском мире существует несколько глобальных и множество небольших конфессиональных традиций. Наиболее многочисленными последователями христианства являются христиане-католики, христиане-протестанты, православные христиане. Несмотря на существенные различия, многие обрядовые практики христиан совпадают.

Большая роль в некоторых христианских традициях (католицизм и православие) принадлежит духовным наставникам - священникам. Они осуществляют духовную поддержку больных и родственников, проводят обряды, таинства, чтение молитв. В некоторых христианских доктринах роль священнослужителей, наоборот, минимизирована.

В христианской традиции соблюдаются постные дни и посты (они различаются у разных христианских толков). Обычно тяжело больные освобождаются от соблюдения постов.

Многие христиане смотрят на смерть как на путь от этой жизни к жизни вечной и уверены в окончательном воскрешении всех, кто умер во Христе.

Когда это возможно, умирающему необходимо помочь подготовиться к смерти. Обряд подготовки к похоронам у православных христиан и католиков начинается еще до того, как человек отойдет в иной мир. Верующему необходимо покаяться в своих грехах, провести таинство отпущения грехов. Обряд похорон у христиан символизирует прежде всего, что тело человека является всего лишь материальной оболочкой, а жизнь человеческая - это не что иное, как приготовление к вечной жизни после смерти. Поэтому считается, что смерть человека не нужно принимать слишком близко к сердцу и делать ее трагическим и скорбным событием. В отпевании умершего заключается больше торжества, чем скорби. Именно поэтому священнослужитель при отпевании облачается в светлые одежды. Смерть в этом понимании всего лишь итог жизни в этой, земной параллели, после которой душа человека встречается с Богом.

сообщение плохих новостей

Тяжелые эмоциональные переживания пациентов связаны с получением информации о диагнозе «рак», поэтому необходимо обратить особое внимание на сообщение плохих новостей как на наиболее трудный раздел консультирования пациентов. Необходимо выбрать для такой консультации подходящее место и время. Рекомендуется сообщить пациенту о неблагоприятных результатах исследований не позднее чем через два дня после их получения. Недопустимы разговоры на эту тему в коридоре или зале ожидания. Врач должен быть готов правильно отреагировать на эмоциональный всплеск пациента и иметь возможность не отвлекаться на какие-то другие обязанности, пока не закончена беседа. Сообщать о серьезном диагнозе и плохом прогнозе следует очень деликатно. Человек имеет право, но отнюдь не

обязанность выслушивать плохие новости о своем здоровье. В разговоре с пациентом не следует употреблять такие слова как «не плачьте», потому что это естественная реакция на плохое известие, либо «не волнуйтесь», потому что у пациента появляется реальный повод для волнения. Следует проявить сочувствие и уважение к реакции пациента, предложить бумажную салфетку при появлении слез. Общение является одним из самых важных аспектов паллиативной помощи. Плохие навыки общения, отсутствие внимания к нуждам человека приводят к дополнительному стрессу как для самого пациента, так и для его родственников, обеспечивающих уход в домашних условиях.

Не случайно в основу британских клинических рекомендаций по проведению консультирования таких пациентов положен подход Peter Kaye (1996), предложившего структуру беседы, состоящей из 10 этапов, а в английском медицинском языке прочно закрепился термин «breaking bad news», что в буквальном переводе означает «дробление плохих новостей».

1. *Подготовка.* Необходимо заранее подробно ознакомиться с анамнезом пациента, подготовить данные всех исследований. Убедитесь в том, что ничто и никто не нарушит конфиденциальность беседы. Учитывая, как правило, высокую нагрузку врачей общей практики, следует предупредить персонал отделения о том, чтобы в период времени, отведенного этому пациенту, никто не заходил в кабинет. Необходимо следить за тем, чтобы время начала приема данного пациента четко соблюдалось, так как ожидание само по себе является раздражающим фактором. Если пациент посещает врача с близкими родственниками, следует поинтересоваться заранее, хочет ли он, чтобы они присутствовали при беседе.

2. *Выяснение уровня осведомленности пациента.* Беседа, как правило, начинается с приветствия. Очень важно с самого начала создать доверительную обстановку. Следует помнить о важности невербального контакта, усадить пациента рядом с собой, поинтересоваться, что его больше всего беспокоит в настоящий момент, спросить, какие признаки болезни заставили его обратиться к врачу в последний раз, когда было назначено обследование.

3. *Выяснение, хочет ли пациент иметь больше информации о своем заболевании.* Этот этап позволит осторожно выяснить, каковы размышления и подозрения о заболевании у самого пациента, насколько он готов к получению информации о прогнозе.

4. *Предупреждающий сигнал.* Беседу можно продолжить такими словами: «Вы знаете, мы получили ваши анализы... (пауза). Они показали, что у вас есть серьезная проблема». Паузы необходимы для того, чтобы пациент сам имел возможность высказаться. Нередко он может немедленно отреагировать, высказывая свои предположения об онкологическом заболевании. Если пациент не вступает в беседу, следует продолжить объяснение.

5. *Терпимость к реакции неприятия.* Нужно помнить о том, что неприятие (отрицание) является этапом психологической реакции человека, получившего шокирующее известие, и быть к нему готовым.

6. *Объяснение.* Не вся информация может быть усвоена пациентом сразу, следует воздерживаться от применения сложных профессиональных терминов и доступным языком объяснить, что означают результаты тестов и как могут развиваться события в дальнейшем.

7. *Выслушивание всех сомнений.* Необходимо задать вопрос о том, что пациента беспокоит в настоящий момент в связи с полученной информацией, и дать ему возможность высказаться. Нужно быть готовым к тому, что это могут быть страх и

переживания не только за себя, но и мысли о судьбе супруга/супруги, детей, материальном благополучии семьи.

8. *Сочувствие.* Необходимо выказать сочувствие пациенту и продемонстрировать понимание ситуации. Это один из важнейших этапов консультации, который может помочь пациенту восстановить силы и воспринять информацию о дальнейшем плане лечения.

9. *Подведение итогов беседы и составление плана действий.* Необходимо обсудить дальнейший план лечения, включая обращение к другим специалистам, убедиться в том, что пациент правильно понял, какие шаги будут предприняты и какие рекомендации были даны. Если требуется дополнительное обследование, пациенту необходимо четко описать его план. Все рекомендации лучше всего продублировать в письменном виде. План лечения и беседа должны быть четко и аккуратно записаны в амбулаторной карте, включая вопросы, которые задавались пациенту, и его ответы.

10. *Предложение постоянной поддержки и помощи.* Пациента необходимо убедить, что семейный врач и сотрудники отделения всегда готовы прийти на помощь, к ним можно обратиться за советом и содействием в будущем. Не следует скупиться на добрые слова, которые могут поддержать человека в трудную минуту.

В дальнейшем, осуществляя психологическую поддержку пациентов, находящихся в терминальной стадии тяжелого заболевания, семейный врач может в полной мере опираться на те методы, которые с успехом используются специалистами, работающими в отечественных хосписах. Это различные виды психотерапии, элементы которой можно внедрить в свою практику, например психотерапия средой. Если в условиях хосписа сотрудники стараются приблизить окружающую обстановку к домашней, то при оказании помощи дома важно помнить о том, что психотерапия средой - это в первую очередь создание красивого окружения. Цветы, картины, красочные репродукции, старые фотографии, запечатлевшие умирающего человека в молодости, любимая музыка - все это создает определенный настрой. Семейный врач должен подсказать родственникам пациента, что музыка, художественные альбомы, фильмы являются элементами арт-терапии, и объяснить, что они могут не только отвлечь от тягостных мыслей, но и оказывают лечебное воздействие и могут облегчить страдания, а нередко и уменьшить потребность в болеутоляющих средствах. Естественно, что многое зависит от уровня культуры пациента и его семьи, сложившихся традиций. Благоприятное влияние на больного человека оказывает природа. В городских условиях, особенно в районах новостроек мегаполиса, трудно найти зеленый уголок. Но если позволяет погода, а вид с балкона квартиры радует глаз, можно посоветовать организовывать для пациента короткие прогулки, которые позволят полюбоваться зеленью деревьев или их заснеженными кронами. Хорошее воздействие оказывают «голоса природы»: аудиозаписи с пением птиц, журчанием воды.

Пожилые люди довольно трудно воспринимают вербальное общение. При этом общение через какой-то образ, воплощенный в мягкой игрушке или кукле, обеспечивает необходимый контакт. Можно подсказать родным пациента, чтобы они сделали такой подарок. В основе этого своеобразного метода психотерапии лежит перенос на игрушку чувств, которые бы вызвали у больного его близкие или друзья.

Не менее важно формирование эмоционального контакта с пациентом. Больной и его родные сразу же почувствуют, если врач или медицинская сестра искренне настроены на облегчение страданий. Лишний раз сказанное доброе слово, похвала за соблюдение рекомендаций, заинтересованность в том, как справляются близкие с уходом, любая позитивная информация создают доверительную атмосферу и способствуют появлению положительных эмоций, важных и необходимых для человека, время которого в этой жизни ограничено.

Тяжелое заболевание на каждой стадии своего развития вызывает у всех больных кратковременную или более длительную душевную (психическую) реакцию. Самой тяжелой из всех является, конечно же, последняя стадия: надежды на выздоровление больше нет, силы покидают, боль усиливается, мысли о скорой смерти вызывают множество вопросов и страхов. Часто у таких больных возникает потребность переосмыслить прожитую жизнь и, возможно, появляется желание и потребность осуществить то, что было задумано, но не выполнено. На этом этапе пациентам необходима помощь психолога, а возможно, и священнослужителя, если пациент готов ее принять. Беседы со священником могут помочь пациенту иначе взглянуть на прожитую жизнь, на неосуществившиеся желания, а также подготавливают к медленному прощанию с собственной жизнью и связанными с ней людьми.

Наиболее частыми реакциями, возникающими на завершающем этапе борьбы с заболеванием, являются страхи. Страхи тяжелобольных часто сложно распознать, так как они выражаются не так, как мы привыкли это понимать. Многие пациенты уходят в себя от внешнего мира, некоторые ведут себя агрессивно, иногда душевная боль трансформируется в физическую боль.

Причины страха могут быть разными:

- страх перед болезненными вмешательствами (например, перед обследованием или операцией);
- страх потери (физических функций, самоконтроля, семейных связей, экономической независимости);
- страх, вызванный опасением побочных эффектов химиотерапии, облучения, болеутоляющих средств;
- страх перед физической болью и страданиями;
- страх, обусловленный приближающейся смертью, «душевный страх» («Что будет дальше?»).

Необходимо помнить, что больному не всегда понятны его страхи и их причины, он часто не может сказать, что же конкретно его беспокоит и тревожит более всего. Но в любом случае необходимо внимательно присматриваться к таким проявлениям у пациентов и предупредить ухаживающих родственников о возможных психоземotionalных реакциях.

умирание

Страх смерти и потери близких людей является самым серьезным эмоциональным потрясением человека. Оно реализуется, когда человек непосредственно соприкасается со смертью близких или сам чувствует ее приближение. Причиной этого страха является неизвестность. Мы не знаем, что нас ждет по ту сторону смерти. Кроме того, человеку трудно смириться с тем, что когда-то наступит время, и он уйдет в небытие. Паллиативная помощь была создана для того, чтобы помочь людям адаптироваться к уходу из жизни и облегчить те переживания, которые связаны с этим периодом в жизни человека.

Страх смерти является предметом обсуждения не только в медицинских кругах. Эта проблема издавна волнует людей искусства: художников, композиторов. Стоит вспомнить хотя бы «Реквием» В.А. Моцарта. Философы и по сей день занимаются изучением проблем смерти и умирания в контексте различных формаций общества. Тема жизни и смерти является основополагающей во всех философских и богословских концепциях, созданных человечеством. Зачем человек пришел в этот мир, что ждет его после смерти - вопросы вечные, и каждая эпоха и цивилизация

решали их по-своему (Огранович Д.А., 2007). В промышленно развитом и высокотехнологичном обществе смерть человека чаще происходит за пределами дома - в стационаре, хосписе. Родственники часто не присутствуют при процессе умирания, что приводит к дистанцированию от этого важного этапа человеческой жизни и может явиться одной из причин, способствующих развитию страха смерти в обществе. Появлению страха способствует боязнь зависимости от посторонней помощи, изоляции, боли, связанной с самим процессом умирания, потери контроля над своим телом, переживаний за горюющих близких, неизвестности (что будет после смерти). Большое влияние на восприятие смерти оказывает предшествующий опыт: уход за умирающим и присутствие при уходе из жизни одного из членов семьи. Определенное значение имеет средняя продолжительность жизни в обществе, а также сформировавшиеся представления о возможности контролировать силы природы и способности повлиять на судьбу. Нельзя не упомянуть и ценностные ориентиры общества. Если в основе всего лежит принцип накопления, а духовная жизнь отсутствует, то отношение к смерти, как правило, будет резко негативным, а проблемы умирающих людей вряд ли будут интересовать представителей широких кругов общественности.

В каждом конкретном случае отношение к смерти и процесс умирания будут зависеть от индивидуального опыта человека, его религиозной принадлежности (или ее отсутствия) и той культуры, к которой он принадлежит. Например, верующий мусульманин, приехавший на заработки из Таджикистана, и молодой специалист в области компьютерных технологий, получивший университетское образование в Санкт-Петербурге, который верит в возможность контролировать все события своей жизни наподобие компьютерной игры, будут реагировать на смерть по-разному.

Отношение к смерти неразрывно связано с понятием духовности. Духовность - это разностороннее понятие, которое подразумевает, что у человека есть цель в жизни, он понимает смысл своего существования на Земле. Духовность и религия не являются синонимами. Человек может быть атеистом или агностиком, но при этом гармоничной и интеллектуально развитой личностью, умеющей сочувствовать и сострадать не в меньшей степени, чем глубоко верующий человек. Смерть бросает вызов каждому человеку. Умирание - это тяжелое испытание как для больного, так и для членов его семьи. От того, насколько человек может осмыслить все происходящее, справиться со своими переживаниями, преодолеть все страхи, зависит характер его ухода из жизни. При оказании паллиативной помощи важно учитывать, что физические страдания могут быть усилены этими страхами, подавленные эмоции не способствуют спокойному умиранию. Поэтому поддержка профессионалов, направленная на объяснение процессов, которые происходят при умирании, устранение тягостных симптомов могут способствовать облегчению страданий. Не случайно оказанию духовной поддержки уделяется важное место в философии паллиативной помощи, что учитывается в западных странах при оценке деятельности хосписов, к которой наряду с профессионалами привлекаются и священники.

Тем не менее человеку трудно смириться с тем, что смерть является естественным процессом. Неподготовленность к умиранию во многом обусловлена и тем, что до последнего времени было не принято говорить больным правду об истинном диагнозе. Нередко на этом настаивают родственники пациента, считая, что такая ложь уберет его от излишних страданий. Однако следует помнить о том, что умирающий может почувствовать ложь скорее, чем кто-либо другой, так как в этот период обостряются все его ощущения. Вряд ли будет способствовать большей любви и близости обман родных, обнаруженный в последние минуты жизни. Наконец, любой человек имеет право на знание правды о своем состоянии здоровья в соответствии со ст. 22 Федерального закона № 323-ФЗ.

Во многом реакция пациента зависит от того, насколько деликатно врач проинформирует его об истинном положении вещей, как сумеет поддержать в трудную минуту. Эмоциональные реакции на информацию о плохом прогнозе могут быть самыми разнообразными. Несмотря на индивидуальные особенности людей, существуют общие типы реагирования на известие о приближающейся смерти. Наиболее распространена модель, описанная Э. Кюблер-Росс в книге «О смерти и умирании» (1969) и известная под названием «Пять стадий горя» (five stages of grief). В дальнейшем эта модель стала использоваться для характеристики психологических реакций в ответ на различные негативные события, в том числе и появление тяжелых заболеваний.

1 стадия - неприятие. Наиболее часто встречаются такие высказывания: «Я пока еще неплохо себя чувствую», «Это может случиться, но не со мной». Человек отодвигает от себя мысли о неминуемой смерти.

2 стадия - гнев. Эта стадия наступает, когда не согласиться с приближением смерти становится невозможно. Гнев может быть обращен на медицинских работников, могут возникнуть трудности с оказанием помощи, поскольку все чувства замещаются яростью и завистью по отношению к тем, кто здоров.

3 стадия - «торговля». Человек соглашается с тем, что смерть неизбежна, но пытается «договориться» об ее отсрочке. «Я сделаю все, что угодно, только бы мне увидеть, как мои дети закончат школу».

4 стадия - депрессия. В этой стадии умирающий начинает понимать неотвратимость смерти. Он может надолго замолчать, отказаться от общения, постоянно плакать. Не следует излишне его тревожить. Надо дать ему возможность погрузиться в свое горе.

5 стадия - принятие, или финальный этап сопротивления смерти. Человек в этой стадии становится спокойным и умиротворенным, принимая приближение смерти как неизбежный финал.

Необходимо подчеркнуть, что описанная очередность и проявление всех стадий далеко не всегда встречаются на практике. Многое зависит от типа личности, уровня образования и культуры, обстановки, в которой происходит процесс умирания - дом, хоспис, больница.

На стадии депрессии больной особенно нуждается в психологической поддержке. Следует отметить, что опасения говорить правду онкологическим больным были связаны с убеждением, что информация о диагнозе и прогнозе повергнет их в депрессию. В связи с этим до последнего времени считалось, что человека не стоит травмировать, поскольку его судьба предрешена. При этом забывалось, что человек может нуждаться в выполнении каких-либо обязательств, завершении начатых дел, и ему необходимо знать, на какое время он может рассчитывать. По наблюдениям профессора А.В. Гнездилова, посвятившего большую часть своей жизни оказанию паллиативной помощи в первом в России хосписе, критерием правильности ведения больного служит стадия принятия, в которой осмысление жизни, решение многих психологических проблем является крайне важным. Часто отмечается духовный рост больных в очень короткие сроки, что свидетельствует о необычайной интенсивности психических процессов, обострении памяти, чувств, мышления.

Важно подчеркнуть, что необходимым аспектом психологической поддержки умирающего больного является правильно примененный невербальный контакт. Прикосновение одного человека к другому, особенно в момент предоставления ему информации, дает ощущение близости, сопереживания. В книге «Медицина одного человека» А. Кохрана (в его честь названо Кохрановское сообщество, в котором сосредоточены данные о рандомизированных клинических испытаниях) описан эпизод, который сильно повлиял на него как на врача и человека. В нем повествуется

об оказании помощи больному, умирающему от рака легкого, который кричал, как представлялось ему, от боли. Больной был русским, и вербальный контакт с ним был практически невозможен. В отделении стационара не было морфина, который раньше облегчал страдания пациента, что приводило врача в отчаяние. Он вспоминает, что инстинктивно сел на кровать, взяв руку больного в свою. Крик почти сразу прекратился. Через несколько часов больной мирно умер на его руках. Комментируя этот случай, А. Кохран отмечает, что причиной криков больного была не боль, а одиночество. Таким образом, он получил прекрасный урок по уходу за умирающими.

При общении с умирающим пациентом следует придерживаться определенных правил, которые можно сформулировать следующим образом:

- создайте комфортную обстановку для беседы, не торопитесь;
- сосредоточьтесь на пациенте, постарайтесь не отвлекаться в течение всей беседы;
- дайте пациенту возможность высказаться и выговориться, не проводите беседу как допрос, выдерживайте необходимые паузы;
- используйте навыки активного слушания, поддерживайте, сочувствуйте, используйте язык жестов;
- говорите доступным, понятным языком, не используйте непонятные термины и аббревиатуры (или расшифровывайте их);
- советы давайте четко, избегайте двусмысленности, не обещайте невозможного;
- информируйте пациента - его выбор и решения должны быть осознанными;
- при проявлении эмоциональных реакций - гневливость, слезы - не прерывайте пациента, дайте некоторое время для выхода чувств;
- с уважением относитесь к вере и обычаям пациентов, по возможности учитывайте их традиционный уклад жизни и национальные традиции;
- проверяйте и переспрашивайте, как понял вас пациент, если чувствуете необходимость, повторяйте информацию;
- уточняйте, все ли вопросы пациента вы обсудили или запланировали обсудить;
- результаты всех обследований и других консультаций желательно обсуждать в самое ближайшее время;
- не избегайте разговоров по телефону - это важный стимул поддержки.

Положения, которые следует учитывать в работе с умирающим человеком

1. Очень часто люди умирают в одиночестве. Известное философское изречение «Человек всегда умирает в одиночку» нередко понимают слишком буквально и оправдывают им защитную отстраненность от умирающего. Но страх смерти и боль становятся еще сильнее, если оставить человека одного. К умирающему человеку нельзя относиться как к уже умершему. Его надо навещать и общаться с ним.
2. Следует внимательно выслушивать жалобы умирающего и заботливо удовлетворять его потребности. Иногда такой потребностью становится простое присутствие рядом.
3. На благо умирающему должны быть направлены усилия всех окружающих его людей. В общении с ним следует избегать поверхностного оптимизма, который вызывает подозрительность и недоверие.
4. Умирающие люди предпочитают больше говорить, чем выслушивать посетителей. Иногда исповедь может растянуться на несколько дней. Проявляйте такт и терпение.

5. Речь умирающих часто бывает символичной. Для лучшего ее понимания необходимо расшифровывать смысл используемых символов. Обычно показательны жесты больного, рассказы и воспоминания, которыми он делится. Можно услышать и напутствия, пожелания, отнеситесь к ним внимательно, этот опыт может быть очень важным для вашей жизни.

6. Не следует трактовать умирающего человека только как объект забот и сочувствия. Нередко окружающие с самыми лучшими намерениями пытаются решить, что лучше для умирающего. Однако чрезмерное принятие на себя ответственности уменьша-

ет диапазон самостоятельности пациента. Вместо этого следует выслушать его, позволить ему участвовать в принятии решений о лечении, посетителях и т.п.

7. Самое большее, чем может воспользоваться умирающий человек, - это наша личность. Конечно, мы представляем собой не идеальное средство помощи, но все же наилучшим образом соответствующее данной ситуации. Пребывание с умирающим требует простой человеческой отзывчивости, которую мы обязаны проявить.

8. Людям, которые общаются с умирающим и его близкими, тоже необходима существенная помощь. С ними прежде всего следует говорить об осознанном смирении с чувствами вины и бессилия. Однако иногда требуется информация и частичное руководство в начале организации помощи пациенту.

9. Медикам важно преодолеть чувство принижения профессионального достоинства. Такое чувство довольно часто встречается у врачей, для которых смерть пациента в некотором смысле является профессиональной катастрофой.

Принципиальный вопрос, на который предстоит ответить при организации помощи умирающему пациенту, - это выбор места его пребывания. При этом должны учитываться как его пожелания, так и возможности того региона, в котором происходят события. К сожалению, мы не располагаем российской статистикой по этому поводу. По данным британских специалистов в области паллиативной помощи, 29% больных онкологическими заболеваниями умирают дома, 7% - в домах сестринского ухода, 50% - в стационарах и 13% - в хосписах. В российских условиях выбор места в большей степени зависит от организационной структуры паллиативной помощи. При наличии хосписа эта возможность должна быть предложена пациенту и его родным. Однако окончательное решение должно оставаться за умирающим человеком.

О приближении смерти свидетельствует ряд симптомов, о которых следует информировать родственников, оказывающих помощь. Лучше их оговорить заранее, чтобы они не почувствовали себя абсолютно беспомощными в ожидании приезда скорой помощи, если ухудшение состояния пациента наступает в ночные часы.

О развитии терминального состояния свидетельствует нарастание следующих симптомов:

- слабость;
- измождение;
- сонливость;
- дезориентация;
- отказ от приема воды и пищи;
- затруднения при пероральном приеме лекарств (затруднение глотания);
- нарушение концентрации внимания;

- изменения цвета кожных покровов (бледность, акроцианоз);
- одышка (агональное, хриплое или булькающее дыхание);
- задержка (либо недержание) мочи и стула;
- холодные конечности.

При оказании помощи следует избегать использования ненужных уже на этой стадии медикаментов. Прекращается введение кортикостероидов, если они были назначены ранее. Все внимание должно быть сосредоточено на устранении симптомов, которые вызывают дискомфорт у больного, в первую очередь боли. Анальгетики в этой стадии должны вводиться парентерально либо ректально. Не следует думать, что пациент в спутанном сознании не чувствует боли. Лишний раз заданный вопрос «Не больно ли?» поможет выявить потребность в последнем введении анальгетика. При оказании помощи следует обращать внимание на удобное и безопасное расположение больного в постели. Целесообразно показать родственникам, как выполняется уход за полостью рта (смазывание губ вазелином или кремом), промывание глаз, контроль за состоянием повязок в области пролежней.

Общение с умирающим пациентом и его родными является тяжелой психологической нагрузкой для врачей и медицинских сестер, оказывающих помощь. При беседе с родственниками нужно обратить внимание на следующие моменты:

- в первую очередь дать им возможность высказаться, внимательно их выслушать и ответить на возникшие вопросы, избегая специальных терминов;
- помочь в планировании их самостоятельных действий по оказанию помощи и уходу за умирающим;
- объяснить, куда следует обращаться при наступлении смерти.

горе и утрата. психологическая поддержка родственников

Люди по-разному адаптируются к утрате. Многие находят в себе внутренние силы совладать с эмоциями, возникшими в связи с потерей близкого человека. Другим трудно справиться с постигшим их горем в такой степени, что это вызывает опасность для здоровья. В связи с этим поддержка родственников становится одной из фундаментальных основ паллиативной помощи. Э. Линдемманн (1944) описал пять наиболее типичных признаков реакции горя - физическое страдание, поглощенность образом умершего, вина, враждебные реакции и утрата моделей поведения.

Физическое страдание проявляется в виде постоянных вздохов, особенно они заметны, когда человек говорит о своем горе. Появляются жалобы на потерю силы, полное изнеможение, отсутствие аппетита.

Поглощенность образом умершего. Наблюдаются некоторые изменения сознания, которые выражаются в легком чувстве нереальности, ощущении увеличения эмоциональной дистанции, отделяющей человека от других людей. Иногда появляются кратковременные зрительные или слуховые галлюцинации. Человек может увидеть в толпе силуэт или лицо умершего близкого, услышать, что его зовут по имени. Подобные проявления реакции горя могут быть очень мучительными и вызывают подозрения о потере рассудка.

Чувство вины. Многих людей охватывает чувство вины. Человек, которого постигла утрата, пытается отыскать в событиях, предшествовавших смерти близкого, доказательства того, что не все, что возможно, было сделано для умершего. Он склонен обвинять себя в невнимательности и преувеличивает значение малейших оплошностей.

Враждебные реакции. У человека, потерявшего близкого, часто наблюдается утрата теплоты в отношениях с другими людьми, появляются раздражение и злость, желание, чтобы его не беспокоили, причем это состояние сохраняется, несмотря на усиленные старания друзей и родных поддержать с ним дружеские отношения. Это чувство враждебности, необъяснимое для самих людей, страдающих от утраты, очень их беспокоит и принимается за признаки наступающего сумасшествия.

Утрата моделей поведения. Заметные изменения претерпевает также повседневная деятельность человека, переживающего тяжелую утрату. Речь становится торопливой, особенно когда разговор касается умершего. Появляется стремление к какой-то деятельности, нередко бессмысленной. Человек цепляется за круг повседневных дел, однако они выполняются им не автоматически, как обычно, а с усилием. Он поражается тому, насколько самые обычные дела были связаны для него с умершим человеком, а теперь потеряли всякий смысл.

Иногда у людей, находящихся на грани патологической реакции, появляется и шестая характеристика, которая сразу не бросается в глаза, но нередко достаточно выражена. Она состоит в появлении у них черт умершего, например симптомов его последнего заболевания или манеры его поведения. Сын усопшего вдруг обнаруживает, что его походка стала, как у умершего отца. Он может смотреться в зеркало и находить, что выглядит так же, как умерший. Интересы такого человека могут сместиться в сторону последней деятельности умершего, и в результате он может посвятить себя делу, ничего общего не имеющему с его предшествующими занятиями.

Продолжительность нормальной реакции горя очень индивидуальна и может продолжаться от 2 до 12 мес (Woof W.R., Carter Y.H., 1997). Вероятно, это определяется тем, насколько успешно человек выходит из состояния крайней зависимости от умершего, вновь приспосабливается к окружающему, в котором потерянного лица больше нет, и формирует новые отношения.

J. Bowlby (1980) выделял четыре стадии горя и тяжелой утраты.

1. Онемение или оцепенение.
2. Тоска и желание вернуть потерянного человека.
3. Дезорганизация и отчаяние.
4. Реорганизация: появление новых впечатлений, объектов и целей. J. Bowlby подчеркивал, что чем теснее были узы, связывающие умершего и его близких, тем тяжелее ими переносится утрата.

В ряде случаев реакция утраты затягивается, становится *патологической* и перерастает в депрессию. Тяжелая утрата всегда проявляется печалью и отчаянием. Депрессию следует заподозрить в тех случаях, когда проявления горя со временем не исчезают, а нарастают. Например, преходящие нарушения сна трансформируются в постоянные ранние пробуждения, появляются устойчивые мысли о самоубийстве. Эти симптомы могут наблюдаться и при нормальной реакции горя, но они кратковременны. При депрессии они приобретают постоянный характер. Возможны и другие проявления патологической реакции утраты: отрицание; чувство собственного бессилия; тоска по умершему; избегание всего, что с ним было связано, - вещей, воспоминаний, общих знакомых; идеализация умершего; ночные кошмары; отчужденность. Помимо депрессии, у человека, переживающего тяжелую утрату, могут возникнуть и другие последствия - появление повышенной тревожности, злоупотребление алкоголем, чрезмерное использование психотропных средств.

Факторами риска развития патологической реакции утраты являются:

- молодой возраст;
- низкий социальный статус;
- внезапная смерть;
- наличие проблем со здоровьем;
- плохая способность к адаптации к ситуации;
- потеря нескольких близких;
- экономические затруднения;
- предшествующие потери близких;
- стигматизированная смерть (смерть от СПИДа).

Лечение. Человек, переживающий реакцию горя, нуждается в психологической поддержке друзей и родственников. У большинства людей реакция утраты не требует специального медицинского вмешательства. Однако, если близкие умершего пациента наблюдаются у одного врача общей практики, следует предложить им помощь, пригласить для беседы, поговорить об их переживаниях, о человеческих чертах умершего. Делать это следует очень деликатно, помня об определенной стадийности переживания и избегая настойчивости в своем предложении, если родные пациента уклоняются от контактов.

Необходимо учитывать религиозные, этнические и культурные представления людей, переживающих горе. Очень часто люди находят успокоение и утешение в посещениях церкви. Это соответствует православным обрядам, и даже на людей, имеющих атеистические представления, оказывает определенное психотерапевтическое воздействие.

В отечественной психотерапевтической практике при оказании помощи пациентам с патологической реакцией утраты часто используется методология, описанная J.W. Worden (1992). В буквальном переводе эта концепция звучит как «Четыре задачи траура» (Four tasks of mourning). Работа психотерапевта строится на помощи пациенту в решении всех четырех задач:

- 1) признать факт потери;
- 2) пережить боль потери;
- 3) обустроить окружение, в котором усопший отсутствует;
- 4) эмоционально выстроить иное отношение к умершему и продолжать жить.

Признаками того, что задача не решается, горе не стихает и не завершается период траура, часто бывают ощущения, что жизнь стоит на месте, высказывания типа «после его смерти я не живу», нарастающее беспокойство. Все это указывает на проявления клинически значимых психических расстройств, требующих консультации специалистов и, как правило, использования медикаментозного лечения.

К назначению лекарственных препаратов в остром периоде горя следует относиться очень осмотрительно. Назначение бензодиазепиновых транквилизаторов чревато развитием привыкания и неэффективно при депрессии, при которой методом выбора являются антидепрессанты. Однако их раннее назначение показано только при подозрении именно на развитие депрессии. В этом случае антидепрессанты могут препятствовать трансформации патологической реакции горя в депрессию и избавить человека от чрезмерных душевных страданий.

Профессиональная деятельность, связанная с паллиативной помощью, оказывает тяжелое влияние и на весь персонал, принимающий в ней участие. Именно поэтому

синдром выгорания так часто встречается у сотрудников хосписов и врачей первичного звена здравоохранения.

При появлении его симптомов (снижение удовлетворенности от работы, потеря интереса к своему труду, снижение продуктивности работы, раздражительность, нарушение сна, обострение хронических заболеваний и т.д.) не следует замыкаться в себе, надо поделиться своими чувствами и переживаниями, сомнениями по поводу консультирования и лечения пациента с коллегами. Желание выговориться является благом, его ни в коем случае не следует подавлять. Это поможет справиться с эмоциями, убедиться в правильности своих действий и уменьшит психологическое напряжение.

В случае, когда этих мер недостаточно, особенно при появлении клинических признаков депрессии, следует обратиться за консультацией к специалисту (психологу, психотерапевту).

Глава 3 наиболее распространенные синдромы у больных, нуждающихся в паллиативной помощи

Проблемы умирающих больных связаны не только с психологическими переживаниями и болевым синдромом, но и с рядом других состояний, которые отрицательно влияют на качество жизни.

Практически все пациенты на поздних стадиях онкологических заболеваний, наряду с болевым синдромом, страдают от ряда симптомов со стороны органов желудочно-кишечного тракта, связанных с вовлечением их в патологический процесс либо являющихся следствием применения специфического лечения. В связи с этим при оказании паллиативной помощи у каждого пациента необходимо выяснить, есть ли у него аппетит, не беспокоит ли сухость во рту, есть ли тошнота, бывает ли рвота, нет ли задержки стула. Аппетит и регулярный стул являются чрезвычайно важными физиологическими показателями как с точки зрения самого пациента, так и его родственников. Обычно их нарушение расценивается как признак надвигающейся смерти. Поэтому важность оказания помощи, направленной на устранимые нарушения, связанные с приемом пищи или физиологическими отправлениями, не должна недооцениваться медицинским персоналом.

болевой синдром

Боль - неприятное ощущение и эмоциональное переживание, возникающее в связи с настоящей или потенциальной угрозой повреждения тканей или описываемое с помощью терминов, характеризующих подобное повреждение.

Боль - это не только симптом большинства заболеваний, но и сложный психофизиологический феномен, в который вовлечены механизмы регуляции и формирования эмоций, моторные, гуморальные и гемодинамические изменения, поэтому часто используется еще один термин - *болевого синдрома*.

По клиническим признакам боль классифицируют с учетом ее локализации: головная боль, боль в животе, боль в суставах, боль в нижней части спины. Данная классификация важна для выделения тех состояний, которые могут потребовать оказания экстренной помощи. Также боль разделяется на острую и хроническую. *Острая боль* является необходимым биологическим сигналом о возможном начинающемся или уже произошедшем повреждении тканей, нарушении функции гладкой мускулатуры. Длительность острой боли ограничивается временем восстановления поврежденных тканей или продолжительностью дисфункции гладкой мускулатуры.

Хроническая боль продолжается дольше нормального периода заживления (по разным источникам, от 30 дней до 3 мес), однако различие заключается не столько в продолжительности боли, сколько в ее качественно иных нейрофизиологических, психологических и клинических особенностях.

Хронический болевой синдром развивается на фоне непрекращающегося тканевого повреждения. В тканях происходит накопление алго-генных веществ, воздействующих на болевые рецепторы (ноцицепторы), что приводит к их повышенной чувствительности (сенситизации), к тому раздражению, которое ранее не приводило к формированию болевой (ноцицептивной) импульсации. Вследствие нейрогенного воспаления боль может появляться при стимуляции других нервов, присутствующих в синовиальных и сухожильных тканях и висцеральных органах. Повышенная активность ноцицепторов в условиях постоянного раздражения и нейрогенного воспаления приводит к усилению потока импульсов в центральную

нервную систему, что неизбежно ведет к функциональным изменениям в спинном и головном мозге. Установлено, что одним из основных нейротрансмиттеров ноцицептивной системы задних рогов спинного мозга является аминокислота глутамат, которая может связываться с различными рецепторами. При длительной ноцицептивной стимуляции, обеспечивающей постоянное выделение глутамата, происходит активация рецепторов другого типа - NMDA-рецепторов (N-methyl-D-aspartate). Группа аминокислот, участвующих в передаче ноцицептивной импульсации, получила название «возбуждающих аминокислот». Активность NMDA-рецепторов обуславливает суммацию возбуждения, формирование устойчивости к опиоидам, как эндогенным, так и экзогенным. Описанные нейрохимические процессы приводят к истощению и гибели нейронов, формируя очаги дегенерации в различных отделах центральной нервной системы.

В формировании и поддержании хронической боли большое значение имеют психологические и социокультурные факторы. Изучение их значимости привело к формированию нового понятия - *биопсихосо-циокультурная* модель боли. Исходя из этой модели, существенное влияние на формирование хронической боли и ее поддержание оказывают когнитивные и эмоциональные факторы.

Важную роль играют представления самого пациента о природе боли и возможностях ее контроля, эмоциональные реакции, сопровождающие ее появление. У пациентов с хронической болью часто наблюдается высокий уровень тревожности, обусловленный отсутствием понимания происходящих процессов и самыми негативными предположениями об их природе, что может повышать интенсивность боли. Депрессия часто предшествует развитию хронической боли или появляется в процессе хронизации болевого синдрома, являясь независимым фактором, влияющим на снижение качества жизни пациента.

Раздражительность и враждебность характерны для больных с хроническим болевым синдромом. Фрустрация, связанная с наличием симптомов, ограниченная информация о причине боли и многочисленные неудачи при лечении, наряду с раздражением по отношению к лечащим врачам, к системе оказания медицинской помощи, к членам семьи и к самим себе, приводят к дисфорическому настроению пациентов. Раздражительность может снижать мотивацию к лечению.

При хронической боли пациентов беспокоит страх, который может быть связан с непониманием процессов, которые происходят в организме, и неуверенностью в возможности контролировать ситуацию. Связанные с болью страх и озабоченность тем, как избежать вредного воздействия, усугубляют симптомы заболевания. Негативные мысли, неправильные представления о своем состоянии могут влиять на переживание состояния, вызвавшего боль. Из-за страха усиления боли и повторных повреждений пациент может ограничивать свою двигательную активность, что в дальнейшем приводит к более значимым функциональным нарушениям. В связи с этим лечение хронической боли отличается от методов болеутоления, используемых при острой боли.

Патогенетическая классификация боли основана на определении главного, ведущего механизма в формировании патологической боли.

- Ноцицептивная (соматогенная или висцеральная) боль возникает при активации ноцицепторов («болевых рецепторов») при травме, воспалении, ишемии, растяжении тканей. Соматогенная боль возникает при локализации патологического очага в коже, мышцах,

суставах. При висцеральной боли ее источником являются внутренние органы.

- Нейрогенная боль обусловлена повреждением периферических или центральных структур ноцицептивной системы и формированием в них стойких агрегатов

гиперактивных нейронов. Примерами такой боли являются различные нейропатии (диабетическая, постгерпетическая, радикулопатии, каузалгии).

- Психогенная боль может возникать вне зависимости от соматических, висцеральных или нейрональных повреждений и в большей степени определяется психологическими и социальными факторами. Одним из механизмов формирования такого типа боли является рефлекторное напряжение мышц, обусловленное психоэмоциональными факторами, что приводит к развитию в этой зоне ишемии тканей, которые становятся источником болезненных ощущений. Примером психогенной боли является головная боль напряжения. При тревожно-фобических состояниях боль может рассматриваться как своеобразный конверсионный процесс, превращающий психологический конфликт в физическое страдание, которое поддерживается или усиливается негативными воспоминаниями и мыслями.

Определение ведущего механизма развития боли важно для выбора тактики болеутоления, однако нередко в основе боли могут лежать несколько механизмов, например ноцицептивный и нейропатический, что также надо учитывать при лечении. У пациентов с онкологическими заболеваниями могут развиваться три типа боли. Около 75% пациентов страдают от боли, связанной с прорастанием опухоли, примерно у 20% боль развивается в результате лечения заболевания (хирургическая операция, влияние химиотерапии или лучевой терапии), у 5% боль не связана с опухолью. Боль при онкологических заболеваниях может иметь черты ноцицептивной, когда в основе механизмов ее развития лежит процесс воспаления, и нейропатической. Появление нейропатической боли свидетельствует о вовлеченности в патологический процесс периферической или центральной нервной системы. При развитии хронического болевого синдрома у пациентов нарастает ощущение безнадежности, что в еще большей степени способствует нарастанию интенсивности болевого синдрома.

При оказании паллиативной помощи пожилым пациентам следует помнить, что жалобы на боль, не связанную с онкологическими заболеваниями, встречаются у 25-50% людей старше 65 лет. Основными причинами боли у пожилых могут быть остеоартроз, постгерпетическая невралгия, компрессионные переломы на фоне остеопороза, диабетическая нейропатия, последствия инсульта. Эти состояния могут явиться фоном для развития нового источника боли при онкологическом заболевании. Об этом не следует забывать, так как они не только отягощают состояние пациента, но и являются причиной неконтролируемого приема медикаментов, что следует учитывать при выборе болеутоляющих средств.

Перед тем как приступить к выбору средства для болеутоления, необходимо выяснить причину боли, определить ее локализацию и степень выраженности.

Методы оценки боли разделяют на три вида. Первый основан на полученной от пациента информации, которая для облегчения динамического наблюдения ранжируется с помощью каких-либо шкал. Второй метод основан на наблюдении за изменением поведения пациента под влиянием боли. Третий включает оценку изменения функций организма на фоне болевой импульсации: частоты сердечных сокращений, артериального давления, частоты дыхания.

Обследование пациента, предъявляющего жалобы на боль, должно включать не только констатацию ее появления. Необходимо выяснить ряд обстоятельств, сопровождающих возникновение боли, что в дальнейшем может помочь в уточнении характера боли и в выборе болеутоляющей терапии. Вот несколько вопросов, ответы на которые следует получить при осмотре такого пациента. Для простоты запоминания они обозначены только одним словом, первая буква которого выделена жирным шрифтом (ПОХИВ).

Провокация (факторы, способствующие появлению боли и ее уменьшению).

Область, являющаяся источником боли («карта боли»). Характер боли (жжение, распирание и т.д.). Интенсивность (в баллах).

Время (когда боль началась, продолжительность и частота приступов).

Для оценки выраженности боли и эффективности болеутоляющей терапии используют различные визуально-аналоговые шкалы. Пациенту предлагают отметить на горизонтальной линии, соединяющей слова «нет боли» и «нестерпимая боль» тот участок, который, по его мнению, характеризует выраженность его болевых ощущений.

Визуально-аналоговая шкала может быть представлена на линейке, имеющей 10 делений. Возможно применение шкалы вербальной оценки: нет боли, небольшая боль, терпимая, нестерпимая.

Существуют линейки, на которых вместо цифр схематично изображены рожицы, соответствующие мимической реакции на боль. Такие шкалы применяются при оказании помощи детям. Отсутствию боли соответствует изображение улыбки, о наличии выраженной боли свидетельствует гримаса страдания.

Для более цельного представления о болевом синдроме используют его комплексную оценку. В этом случае комбинируют балльную, вербальную и поведенческую оценку проявлений болевого синдрома.

Оценка поведенческой реакции на боль проводится с помощью опросника (табл. 3.1).

Таблица 3.1. Оценка изменения поведенческой реакции на боль

Боли нет
Боль есть, но ее можно проигнорировать
Боль нельзя проигнорировать, но она не нарушает жизнедеятельность
Боль нельзя проигнорировать, и она мешает сосредоточиться
Боль нельзя проигнорировать, и она нарушает ритм жизни, за исключением посещения туалета и приема пищи
Боль нельзя проигнорировать, требуется постельный режим

Помимо оценки выраженности болевого синдрома, целесообразно использование опросников, направленных на уточнение характера болевых ощущений.

Многообразие вербальных описаний характера боли отражает опросник McGill (схема 3.1). Наряду со словесной характеристикой боли, в нем предлагается оценивать степень ее выраженности: слабая, умеренная, сильная.

Схема 3.1. Вербальная характеристика боли

Пульсирующая	Спастическая
Стреляющая	Гложущая
Колющая	Обжигающая
Пронизывающая	Распространенная
Ощущение тяжести	Напряжение
Раскалывающая	Изнуряющая
Тошнотворная	Ужасная
Мучительная	
Интенсивность	Слабая, умеренная, сильная

Уточнение характера болевых ощущений пациента с помощью данного опросника позволяет выявить нейропатию, для которой характерно появление стреляющей и обжигающей боли.

Проведение оценки выраженности и характера болевого синдрома необходимо для правильного выбора лечения. Кроме того, балльная оценка боли будет способствовать преемственности в лечении пациента разными специалистами, что также может предотвратить неэффективность использования анальгетических средств.

Большинство людей диагноз «рак» ассоциируют с возникновением мучительной боли. Именно поэтому известие об этом заболевании вызывает резко негативные эмоции практически у всех пациентов. Необходимо отметить, что рак уже на ранних стадиях в 40-50% случаев действительно сопровождается возникновением боли. При прогрессировании процесса и метастазировании болевой синдром регистрируют у 60-90% больных. Боль формируется под влиянием физических, эмоциональных, социальных и душевных факторов. Пациенты в терминальной стадии хронического заболевания оказываются перед лицом многих утрат - привычного состояния, здоровья, и наконец, в ближайшей перспективе - будущего. Болевая импульсация вмешивается в повседневную жизнь, особенно влияя на мобильность и выносливость. Кроме того, она постоянно напоминает о причине своего возникновения - тяжелом заболевании, указывая его настоящие и возможные осложнения. Выраженность боли зависит от личности, культуры, образования человека и характера заболевания. Сам пациент может интерпретировать ее как признак прогрессирования заболевания и приближения смерти. По данным Министерства здравоохранения РФ, число онкологических больных, нуждающихся в болеутоляющей терапии, составляет не менее 433 тыс. Причины развития болевого синдрома у онкологических больных могут быть разнообразными. В 90% случаев он обусловлен опухолевым процессом и его лечением. В 10% случаев боль может быть связана с сопутствующими заболеваниями либо синдромами, которые часто развиваются у таких пациентов.

Выраженность боли зависит от личности, культуры, образования, характера болезни. Учитывая продолжительность болевого синдрома, сопровождающего онкологическое заболевание практически до летального исхода, ему присущи характеристики хронической боли, отличающейся не только длительностью, но и вовлечением в патологический процесс структур центральной нервной системы, что требует особых подходов к болеутолению. В настоящее время существует большой выбор различных методов болеутоления, которые используются с учетом рекомендаций ВОЗ по лечению болевого синдрома у онкологических больных. В 1986 г. экспертами ВОЗ была предложена схема лечения хронической боли при онкологических заболеваниях, получившая название «лестница обезболивания» (см. рис. 3.1). В основе этого подхода лежит постепенный переход от неопиоидных средств к сильнодействующим препаратам из группы опиоидов. Кроме того, в онкологической практике широко используются средства, получившие название адъювантных, то есть не относящихся по механизму действия к наркотическим анальгетикам.

Перед назначением болеутоляющей терапии необходимо оценить выраженность болевого синдрома и на основании полученных данных выбрать оптимальный анальгетик.

При обследовании пациента, предъявляющего жалобы на боль, необходимо уточнить:

- 1) факторы, способствующие появлению боли и ее уменьшению;
- 2) локализацию боли;

- 3) характер боли (распирающая, обжигающая);
- 4) интенсивность боли в баллах;
- 5) временные параметры - когда боль началась, продолжительность и частоту приступов.

Для оценки интенсивности боли пациенту предлагают отметить на горизонтальной линии, соединяющей слова «нет боли» и «нестерпимая боль», тот участок, который, по его мнению, характеризует выраженность его болевых ощущений. Визуально-аналоговая шкала может быть представлена в виде линейки с 10 делениями.



Рис. 3.1. Лестница обезболивания Всемирной организации здравоохранения (цит. по Клиническим рекомендациям «Хронический болевой синдром у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», 2018 г).

Международная ассоциация по изучению боли (International Association for the Study of Pain) предлагает использовать визуально-аналоговую шкалу, на которой вместо цифр схематично изображены лица, соответствующие мимической реакции на боль. Каждому изображению соответствует свой балл (0, 2, 4, 6, 8, 10). Улыбка обозначает отсутствие боли (0 баллов), гримаса страдания (10 баллов) - очень сильную боль. Эта шкала может быть эффективной у больных с нарушениями речи и когнитивных функций. Шкалу можно найти на сайте Международной ассоциации боли (www.iasp-pain.org/FPSR). Кроме того, необходимо выяснить возможные причины боли, ее характеристики, влияние на функциональное состояние и психосоциальные функции.

Помимо выраженности боли, необходимо уточнить, какая область является ее источником, куда распространяется (иррадирует) боль, какой характер носят болевые ощущения (давление, жжение, распирание и т.д.), что их провоцирует, усиливает или уменьшает, а также как давно появилась боль, постоянная ли она или приступообразная, какова длительность приступов.

При проведении болеутоляющей терапии у онкологических больных для повышения эффективности болеутоления необходимо назначать прием лекарственных препаратов в определенное время, а не в случае появления боли. Необходимо учитывать уровень анальгезии, который может быть обеспечен данным выбранным препаратом, характерные побочные эффекты, приверженность пациента к данному способу болеутоления и возможности сохранения им активного состояния.

При назначении болеутоления следует доступно объяснять пациенту механизм действия препарата, возможность появления побочных действий и необходимость следования врачебным рекомендациям. Необходимо помнить, что депрессия, повышенная тревожность из-за страха перед неизвестностью усиливают боль. Гнев, обращенный на медицинский персонал из-за бюрократической волокиты при оказании

помощи, недостаточного внимания со стороны врача к проблемам пациента, прервавшихся социальных связей, может повлиять на эффективность назначенного болеутоления. В связи с этим необходимо помнить, что лечение такого пациента в амбулаторных условиях не может ограничиться только назначением болеутоляющих средств, а требует со стороны врача постоянного внимания, проявления участия и сопереживания.

Боль при онкологических заболеваниях может иметь черты ноци-цептивной (в основе механизма ее развития лежит процесс воспаления) и нейропатической.

Возникновение последней свидетельствует о вовлечении в патологический процесс периферической или центральной нервной системы. При развитии хронического болевого синдрома у пациентов нарастает ощущение безнадежности, что в еще большей степени способствует усилению интенсивности боли. При оказании паллиативной помощи пожилым пациентам следует помнить, что жалобы на боль, не связанную с онкологическими заболеваниями, регистрируют у 25-50% людей в возрасте старше 65 лет. Основные источники боли у пожилых - остеоартрозы, постгерпетическая невралгия, компрессионные переломы на фоне остеопороза, диабетическая невропатия и последствия инсульта. Эти состояния могут служить фоном для образования нового источника боли при онкологическом заболевании. Об этом не следует забывать, так как они не только отягощают состояние пациента, но и служат причиной неконтролируемого приема медикаментов, что следует учитывать при выборе болеутоляющих средств.

Эффективным методом болеутоления является применение сильных опиоидов в виде пластыря. Это трансдермальная терапевтическая система на основе фентанила (Дюрогезик матрикс*, Фендивия*) либо бупренорфина (Транстек*). Использование таких анальгетических систем позволяет обеспечивать эффективное обезболивание в течение 72 ч. Фентанил является сильным опиоидным анальгетиком, поэтому его начинают применять с самой низкой дозы 25 мкг/ч, если пациент не получал до этого другие опиоидные анальгетики. В этом случае при переходе на фентанил следует использовать таблицу эквивалентных доз, уменьшая дозу нового препарата на 30-50%, с последующим ее увеличением до достижения эффекта (табл. 3.3, 3.4).

Таблица 3.3. Рекомендованная доза препарата Дюрогезик Матрикс* (в зависимости от суточной пероральной дозы морфина)*

Пероральная 24-часовая доза морфина, мг/сут	Доза препарата Фентанил (Дюрогезик Матрикс*), мкг/ч
<135	25
135–224	50
225–314	75
315–404	100
405–494	125
495–584	150
585–674	175
675–764	200
765–854	225
855–944	250
945–1034	275
1035–1124	300

* В ходе клинических испытаний эти значения суточных доз морфина использовались в качестве основы для перехода на Дюрогезик Матрикс*.

Таблица 3.4. Рекомендованная начальная доза препарата Дюрогезик Матрикс* на основе суточной пероральной дозы морфина (для пациентов, находящихся на стабильной, хорошо переносимой опиоидной терапии)

Пероральная 24-часовая доза морфина, мг/сут	Доза препарата Фентанил (Дюрогезик Матрикс*), мкг/ч
<44	12,5
45–89	25
90–149	50
150–209	75
210–269	100
270–329	125
330–389	150
390–449	175
450–509	200
510–569	225
570–629	250
630–689	275
690–749	300

Ниже приводятся эквивалентные дозы морфина (Морфина сульфата*) и фентанила (Дюрогезик Матрикс*). Их необходимо учитывать при смене болеутоляющих препаратов для достижения адекватного состоянию больного болеутоления. В инструкции к фентанилу (Дюрогезик Матрикс*) прилагаются расчетные таблицы, которые облегчают выбор дозы препарата при смене анальгетика (см. табл. 3.4, 3.5).

Начальная оценка максимального обезболивающего эффекта препарата фентанил (Дюрогезик Матрикс*) не может быть проведена менее чем через 24 ч после аппликации. Этот промежуток времени обусловлен постепенным повышением концентрации фентанила в сыворотке после аппликации. Продолжительность анальгетического действия одного пластыря с любой дозировкой фентанила составляет 72 ч. Болеутоляющий эффект развивается через 8-12 ч, поэтому фентанил в данной форме используется *исключительно для лечения хронического болевого синдрома*. Замена пластырей производится пациентом 1 раз в 3 дня. В начале лечения при подборе анальгетической дозы фентанила (Дюрогезик Матрикс*) в случае неполной анальгезии допускается прием пациентом дополнительной дозы ранее применявшегося анальгетика, а при очередной смене пластыря в подобных случаях назначают дозу фентанила (Дюрогезик Матрикс*) на одну ступень выше.

Побочные эффекты, свойственные фентанилу, могут развиваться и при использовании его в виде пластыря. В начале лечения возможна тошнота (рвота), которая корректируется метоклопрамидом (10 мг внутримышечно).

Наиболее опасным побочным действием является депрессия дыхания, которая может возникнуть в случае относительной передозировки фентанила (превышение необходимой пациенту анальгетической дозы). В связи с этим пациент и его родственники должны быть предупреждены о том, что в случае появления затруднения дыхания пластырь с фентанилом необходимо удалить, срочно вызвать врача и не применять никакие опиоиды в течение не менее 17 ч (средний период полувыведения фентанила). Угнетение дыхания купируется при внутривенном введении налоксона в дозе 0,4 мг в течение одной минуты. В дальнейшем такому пациенту рекомендуется использовать дозу на одну ступень ниже предыдущей.

Необходимо соблюдать правила использования пластыря с фентанилом: наклеивать на сухую, неповрежденную кожу в верхней половине туловища. Перед применением

кожу надо вымыть, вытереть насухо. Для очищения кожи нельзя использовать спиртосодержащие лосьоны и моющие средства.

Следует заметить, что начало болеутоляющего эффекта развивается в течение 12 ч от момента наложения пластыря. Это необходимо учитывать при смене метода болеутоления. Замену пластыря проводят один раз в три дня. В начале лечения при подборе анальгетической дозы трансдермальной терапевтической системы в случае неполной анальгезии допускается прием дополнительной дозы ранее применявшегося анальгетика, а при очередной смене пластыря в подобных случаях доза может быть увеличена.

Если трансдермальная терапевтическая система с фентанилом назначается в связи с развитием толерантности к опиоидам, необходимо подбирать дозу этого препарата путем пересчета, с учетом той дозы, в которой применялся предыдущий наркотический анальгетик, что указано в инструкции по применению этих болеутоляющих средств.

В табл. 3.5 приведен перечень опиоидных анальгетиков в неин-вазивной форме, которые в настоящее время могут использоваться в Российской Федерации.

Таблица 3.5. Опиоидные анальгетики, использующиеся для купирования сильной боли в неинвазивной форме (3-я ступень обезболивания)

№ п/п	Препарат	Лекарственная форма	Дозы	Максимальная суточная доза
1	Пропионил-фенилэтокси-этилпиперидин	Таблетки защечные	20 мг, 40 мг	240 мг
2	Морфин	Таблетки про- дленного действия (возможно растворять)	10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг	Нет
3	Морфин	Капсулы продлен- ного действия	10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг	Нет
4	Оксикодон + налоксон	Таблетки продлен- ного действия	10 мг/5 мг, 20 мг/10 мг, 40 мг/20мг	80 мг оксикодона и 40 мг наллоксона
5	Фентанил	Трансдермальная терапевтическая система	25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч, 100 мкг/ч. Длительность действия — 72 ч	Нет

Окончание табл. 3.5

№ п/п	Препарат	Лекарственная форма	Дозы	Максимальная суточная доза
6	Тапентадол	Таблетки продлен- ного действия	50 мг, 100 мг, 150 мг	700 мг
7	Бупренорфин (зарегистриро- ван, но временно не поставляется)	Трансдермальная терапевтическая система	35 мкг/ч, 52,5 мкг/ч, 70 мкг/ч. Длительность действия — 72 ч	140 мкг/ч

Изменение характера боли (обжигающая, как от удара током), появление онемения, изменение температурной чувствительности свидетельствуют о нейропатической природе болевого синдрома, что часто встречается у онкологических пациентов при вовлечении в патологический процесс периферических нервов. В этом случае необходимо назначение препаратов из группы антидепрессантов и антиконвульсантов. В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации паллиативной помощи, опубликованными в 2012 г., существуют доказательства целесообразности применения амитриптилина или габапентина у пациентов с нейропатической болью в случаях недостаточной эффективности использования опиоидов.

Амитриптилин используется в качестве болеутоляющего средства при хроническом болевом синдроме уже около 30 лет. Его эффективность при нейропатической боли была продемонстрирована рядом рандомизированных клинических исследований. Выпускается в виде таблеток по 10 и 25 мг и в ампулах (2 мл 1% раствора). Применять амитриптилин рекомендуется, начиная с низкой дозы (10 мг/сут), постепенно ее увеличивая. Болеутоляющий эффект развивается в течение 1-2 нед.

Применение амитриптилина сопровождается рядом побочных эффектов, в их числе тахикардия, запоры, задержка мочи, спутанность сознания, нарушение памяти. Седативный эффект и сонливость можно отнести, скорее, к положительным качествам, учитывая специфический контингент пациентов, нередко страдающих нарушениями сна.

Дулоксетин (*Симбалта**) выпускается в виде таблеток по 60 мг и назначается однократно в течение суток. Подавляет обратный захват серотонина и норадреналина (норадреналина). Достоверно повышает порог болевой чувствительности при боли невропатической этиологии.

Карбамазепин был одним из первых антиконвульсантов, применявшихся для лечения нейропатии. Выпускается в таблетках по 0,1 и 0,2 г. Начальная доза составляет 0,1 г, постепенно ее повышают до 0,8 г в сутки. Препарат обладает рядом побочных эффектов - сонливость, атаксия, головокружение. При длительном применении возможно развитие лейкопении.

Габапентин. Относится к группе антиконвульсантов нового поколения. Анальгетический эффект реализуется благодаря структурному сходству с гамма-аминомасляной кислотой. Выпускается в капсулах в дозировках от 100 до 800 мг. Для болеутоления назначается в дозе 300 мг в сутки с постепенным повышением до суточной дозы, равной 1800 мг. При необходимости суточную дозу можно увеличить до 3600 мг. Применение габапентина может сопровождаться сонливостью и головокружением.

Прегабалин. Относится к группе антиконвульсантов. Снижает высвобождение нейротрансмиттеров боли (в том числе глутамата, норадреналина и субстанции Р) при возбуждении нейронов. Назначается по 75 мг дважды в сутки. Эффективен для болеутоления при нейропатии и фибромиалгии.

Следует учитывать, что комбинированное применение препаратов этих классов может привести к нежелательным побочным эффектам со стороны центральной нервной системы.

Прорыв боли. Существует еще одна проблема при лечении выраженного болевого синдрома - так называемая прорывающаяся боль, которая появляется между плановыми приемами наркотических анальгетиков внутрь либо при переходе от пероральных форм к использованию пластыря с анальгетиком (фентанил либо бупренорфин), эффект которого развивается в течение 12 ч. В таких случаях Европейская ассоциация паллиативной помощи рекомендует прибегать к назначению дополнительных доз пероральных опиатов с немедленным

высвобождением - сублингвальных таблеток фентанила. Подбор (титрование) дозы фентанила начинается с одной подъязычной таблетки (100 мкг). В течение 15-30 мин проводится оценка выраженности боли по визуально-аналоговой шкале. Если болеутоление недостаточно, назначают еще одну таблетку (100 мкг). Если не удалось добиться желаемого эффекта, увеличивают дозу препарата при следующем приеме. Необходим контроль за дыханием. Максимальная кратность применения таблетированного фентанила составляет 4 раза в сутки. Учитывая, что пока в такой форме фентанил в Российской Федерации не зарегистрирован, для купирования прорывной боли используются другие средства.

В соответствии с Методическими рекомендациями по фармакотерапии хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях, рекомендованных к использованию Минздравом России (2015), при прорывах боли умеренной силы (2-я ступень) на фоне терапии трамадолом рекомендуется дополнительное назначение этого препарата (суммарная доза не должна превышать 400 мг/сут), допускается также дополнительное введение НПВП. При прорывах сильной боли (3-я ступень) при терапии опиоидами пролонгированного действия [фентанил в виде трансдермальной терапевтической системы, морфин (Морфина сульфат*) пролонгированного действия] используется пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин (Просидол*) в дозе от 10 до 40 мг под язык или за щеку, при неэффективности этого метода морфин [либо кодеин + морфин + носкапин + папаверин + тебаин (Омнопон*)] назначается парентерально (внутривенно, внутримышечно, подкожно). В настоящее время сильнодействующие опиоидные анальгетики может назначать врач амбулаторного звена сроком на 15 дней. В соответствии с Федеральным законом от 31.12.2014 № 501-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон "О наркотических средствах и психотропных веществах"» врач не должен требовать возврата первичных упаковок от пациента либо членов его семьи перед выпиской нового рецепта. Следует отметить, что рецепт на фентанил в форме пластыря и оксикодон®/налксон в соответствии с приказом Минздрава России от 14.01.2019 № 4н «Об утверждении порядка назначения лекарственных препаратов, форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения» выписывается теперь на простом рецептурном бланке (форма № 148-1/у 88). Эти меры позволяют упростить систему назначения опиоидных анальгетиков пациентам онкологического профиля и сделать более доступным эффективное болеутоление на всех этапах оказания помощи.

РЕФРАКТЕРНАЯ БОЛЬ В КОНЦЕ ЖИЗНИ

По разным причинам перед смертью боль может становиться рефрактерной. При этом применение стандартных подходов к лечению болевого синдрома может не обеспечивать адекватного обезболивания. Чтобы избавить пациента от страданий, рекомендуется использовать седацию. С этой целью используются бензодиазепиновые производные, в частности мидазолам. Рекомендуется подбирать дозу препарата таким образом, чтобы пациент сохранял минимальные возможности для коммуникации. Учитывая потенцирующее действие транквилизаторов, возможно развитие угнетения дыхания при их использовании на фоне других психотропных средств или опиоидных анальгетиков. В связи с этим больные, нуждающиеся в паллиативной седации, подлежат госпитализации в хоспис.

психические нарушения

При оказании паллиативной помощи терминальным пациентам врач общей практики может столкнуться с необходимостью решать проблемы, связанные с наличием у

таких больных психических нарушений. Наиболее частыми психическими нарушениями у пациентов, требующих паллиативной помощи, являются:

- депрессия;
- тревога;
- делирий;
- деменция (описана в главе 9).

Некоторые симптомы депрессии и тревоги могут возникать у терминальных больных как ожидаемая реакция в ответ на получение информации о диагнозе и неблагоприятном прогнозе, о неизлечимости заболевания и неизбежности смерти. Так, нормальными эмоциональными реакциями на болезнь могут быть страх, грусть, печаль, гнев, злость или недоумение.

Как уже упоминалось, для эмоциональных реакций, связанных с известием о тяжелой болезни и близости смерти, характерна определенная этапность, отраженная в модели Э. Кюблер-Росс: неприятие или отрицание болезни сменяется злостью или гневом, затем стадией торга, после которой может наступить депрессия, а потом стадия смирения.

Нормальные эмоциональные реакции на болезнь, как правило, не требуют специфического медикаментозного лечения, длительность тревожных или депрессивных эпизодов при этом составляет не более нескольких недель. Справиться с этими проблемами пациенту помогают как собственные силы, так и эмоциональная поддержка членов семьи, друзей и медицинских работников. Клинически выраженные, длительно продолжающиеся тревога и депрессия не являются нормальной реакцией на болезнь и требуют своевременной диагностики и соответствующего лечения.

Факторы риска тревоги и депрессии у паллиативных пациентов (Fallon M., O'Neill B., 2001):

- инфекционные заболевания (респираторные, урологические инфекции, сепсис);
- заболевания центральной нервной системы [опухоли, метастазы в головной мозг, болезнь Альцгеймера, цереброваскулярная болезнь, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)];
- метаболические нарушения (дегидратация, электролитные нарушения, гиперкальциемия, органная недостаточность);
- прием лекарственных препаратов (опиоиды, психотропные средства, кортикостероиды, цитостатики, бензодиазепины) и злоупотребление алкоголем;
- недостаточный контроль симптомов основного заболевания, тяжелое состояние;
- плохие взаимоотношения и неправильное общение между персоналом и пациентом;
- психические нарушения, злоупотребление алкоголем или наркотическая зависимость в анамнезе;
- личностные особенности - ригидность, пессимистичность, стремление к независимости и контролю;
- сопутствующие жизненные потрясения (недавняя утрата близкого человека) или социальные трудности;
- недостаточная поддержка семьи и друзей;
- молодой возраст.

К наиболее частым «медицинским» причинам депрессии относятся:

- онкологические заболевания;
- неврологические заболевания;
- метаболические нарушения;
- эндокринные заболевания;
- болезни желудочно-кишечного тракта;
- системные заболевания соединительной ткани.

ДЕПРЕССИЯ

Распространенность депрессии в настоящее время достаточно велика. Так, у пациентов с онкологическими заболеваниями, находящихся в стационаре, она составляет 8-26%, у наблюдающихся амбулаторно - 6-32%. Среди пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы частота депрессии 18-28%. Неврологическая патология также часто сопровождается депрессивными нарушениями: 23-47% пациентов с инсультами и 14-30% пациентов, страдающих болезнью Паркинсона (БП), имеют депрессию различной степени тяжести.

К сожалению, далеко не всегда депрессия вовремя выявляется. Причинами гиподиагностики депрессии могут быть как частые заблуждения медицинских работников, которые считают, что «депрессия - нормальная реакция на заболевание» и «почти все умирающие пациенты имеют депрессию», так и трудности с диагностикой и назначением лечения вследствие нехватки у врачей знаний и опыта в этой области.

Симптомы и признаки депрессии

1. Соматические:

- слабость, отсутствие сил и энергии;
- нарушения сна (чаще - ранние пробуждения, но возможны и трудности с засыпанием, особенно при сочетании депрессии с тревогой);
- нарушения аппетита (как снижение или даже полное отсутствие, так и повышение);
- психомоторное возбуждение или заторможенность.

2. Психологические:

- постоянное сниженное настроение (характерно ухудшение по утрам); плаксивость;
- потеря интереса или удовольствия от повседневной деятельности;
- социальная самоизоляция;
- снижение концентрации и внимания;
- чувства безнадежности, беспомощности, бесполезности, вины;
- суицидальные мысли, планы или попытки, в том числе просьбы о самоубийстве при помощи врача (эвтаназия).

Критерии диагностики по Международной классификации болезней 10-го пересмотра

Наличие в течение 2 нед и более:

1. как минимум двух из трех основных симптомов - сниженное настроение, утрата интересов и способности получать удовольствие, снижение энергичности;

2. как минимум двух из дополнительных симптомов - сниженная способность к сосредоточению и вниманию; сниженная самооценка и чувство уверенности в себе; идеи виновности и унижения; мрачное и пессимистическое видение будущего; идеи или действия, направленные на самоповреждение или суицид; нарушенный сон; сниженный аппетит.

Критерии диагностики депрессии (American Psychiatric Association, 2013).

А. Пять (или более) из следующих симптомов в течение 2 нед, отличающиеся от состояния в предыдущий период; по крайней мере один из симптомов - сниженное настроение (1) или (2) потеря интересов и удовольствия (ангедония). Важно: не включаются симптомы, возникшие вследствие общего медицинского состояния или связанные с бредом или галлюцинациями.

1. Депрессивное настроение в течение большей части дня, почти каждый день со слов пациента (например, чувство печали, грусти, пустоты) или по наблюдениям окружающих (плаксивость). NB! У детей и подростков может быть раздражительность.
2. Выраженное снижение интересов или удовольствия от всех или почти всех видов деятельности, которые раньше доставляли удовольствие (ангедония).
3. Значительное снижение/повышение массы тела без видимых причин (более чем на 5% в месяц) или снижение/повышение аппетита. NB! У детей возможна недостаточная прибавка массы тела.
4. Бессонница или сонливость почти ежедневно.
5. Психомоторное возбуждение или заторможенность.
6. Слабость или потеря сил.
7. Чувство бесполезности или вины.
8. Снижение способности думать, концентрироваться, принимать решения.
9. Мысли о смерти, суициде, планирование или попытки суицида.

В. Симптомы вызывают клинически выраженный дистресс или нарушения в социальной, профессиональной и других значимых областях функционирования.

С. Симптомы не являются прямым следствием воздействия химических веществ (например, наркотики, лекарства) или заболевания (например, гипотиреоз).

Диагностика депрессии

Для своевременной диагностики депрессии врачу необходимо провести подробный опрос пациента, задавая вопросы, направленные на выявление симптомов депрессивных нарушений. Если пациент отметил какие-либо из перечисленных симптомов, необходимо заподозрить у него депрессию и провести более подробное обследование.

Кроме того, для диагностики депрессии рекомендуется использовать различные шкалы, например госпитальную шкалу тревоги и депрессии, шкалу Гамильтона, опросник PHQ-9 (опросник оценки здоровья пациента) (табл. 3.7).

Таблица 3.7. Опросник PHQ-9

Как часто за последние 2 нед вас беспокоили следующие проблемы?	Ни разу	Несколько дней	Более половины дней	Почти каждый день
1. Вам не хотелось ничего делать	0	1	2	3
2. У вас было плохое настроение, вы были подавлены или испытывали чувство безысходности	0	1	2	3
3. Вам было трудно заснуть, у вас был прерывистый сон или вы слишком много спали	0	1	2	3
4. Вы были утомлены или у вас было мало сил	0	1	2	3
5. У вас был плохой аппетит или вы переедали	0	1	2	3
6. Вы плохо о себе думали — считали себя неудачником (неудачницей), или были в себе разочарованы, или считали, что подвели свою семью	0	1	2	3
7. Вам было трудно сосредоточиться (например, на чтении газеты или просмотре телепередач)	0	1	2	3
8. Вы двигались или говорили настолько медленно, что окружающие это замечали? Или, наоборот, вы были настолько суетливы или возбуждены, что двигались гораздо больше обычного	0	1	2	3
9. Вас посещали мысли о том, что вам лучше было бы умереть, или о том, чтобы причинить себе какой-нибудь вред	0	1	2	3
Сумма баллов (подсчет проводится медицинским работником)				
_____ + _____ + _____ + _____ = Общий балл: _____				
Если вы положительно ответили на какие-нибудь пункты, оцените, насколько трудно вам было работать, заниматься домашними делами или общаться с людьми из-за этих проблем?				
Совсем не трудно ☐	Немного трудно ☐	Очень трудно ☐	Чрезвычайно трудно ☐	

Разработано д-рами Р.Л. Шпитцером, Дж.Б. Вильяме, К. Кренке (Drs. R.L. Spitzer, J.B. Williams, K. Kroenke) и коллегами при поддержке образовательного гранта компании «Пфайзер Инк» (Pfizer Inc.). Воспроизведение, перевод, демонстрация и распространение разрешаются без предварительного согласия владельцев авторского права.

При использовании опросника PHQ-9 пациента просят заполнить анкету, затем суммируют баллы.

PHQ-9 - анкета о состоянии здоровья пациента (заполняется только пациентом)

Если сделано минимум 4 отметки в столбцах «Более половины дней» и «Почти каждый день» (включая обязательно вопросы 1 и 2) и «Несколько дней» для вопроса 9, можно предполагать наличие депрессивного расстройства.

Предположительный диагноз «Большое депрессивное расстройство» устанавливается, если сделано минимум 5 отметок в столбцах «Более половины

дней» и «Почти каждый день» (включая обязательно вопросы 1 и 2) и «Несколько дней» для вопроса 9.

Предположительный диагноз «Другое депрессивное расстройство» устанавливается, если сделано 2-4 отметки в столбцах «Более половины дней» и «Почти каждый день» (включая обязательно вопросы 1 и 2) и «Несколько дней» для вопроса 9. Поскольку опросник заполняется пациентом, все ответы должны верифицироваться специалистом-клиницистом.

Окончательный диагноз устанавливается на основании клинических проявлений с учетом того, насколько правильно пациент понимает опросник, а также другой информации, полученной от пациента.

Диагноз «Большое депрессивное расстройство» или «Другое депрессивное расстройство» ставится при наличии нарушений в социальной, производственной или других важных сферах функционирования (вопрос 10), после исключения нормального переживания горя, маниакальных эпизодов в анамнезе (биполярное расстройство), соматических заболеваний, приема лекарственных препаратов или других веществ, способных вызывать депрессивные симптомы.

Для оценки результатов врач должен сложить количество отмеченных баллов для отметок по столбцам и получить общий балл.

Результат вносится в амбулаторную карту пациента и оценивается следующим образом:

- 0-4 балла - депрессии нет;
- 5-9 баллов - мягкая депрессия;
- 10-14 баллов - умеренная депрессия;
- 15-19 баллов - депрессия средней тяжести;
- 20-27 баллов - тяжелая депрессия.

Опросник PHQ-9 также можно использовать для оценки динамики состояния.

Состояния, требующие дифференциальной диагностики с депрессией:

- делирий (может вызвать эмоциональные изменения, ажитацию или абстиненцию): спутанное сознание, несвязная речь и непроизвольные движения;
- деменция (часто связана с изменениями настроения и мотивации): могут присутствовать дисфагия, плохая ориентация и нарушение памяти;
- выраженные симптомы основного заболевания (могут вызвать сильную душевную боль, что может быть ошибочно принято за депрессию, которая исчезает, когда уменьшается выраженность симптомов);
- побочные действия лекарств (стероиды, опиоиды), злоупотребление алкоголем/наркотиками, отмена препарата;
- опухолевые поражения (например, метастазы в головной мозг);
- другие психические расстройства (например, психотическое расстройство, тревожный синдром);
- соматические заболевания (гипотиреоз, БП, паркинсонизм, связанный с приемом лекарственных препаратов).

Факторы, сопутствующие депрессии

1. Биологические факторы:

- неконтролируемые симптомы (например, боль);
- лекарственные препараты (например, стероиды);
- метаболические факторы (например, гиперкальциемия).

2. Психологические факторы:

- недостаток информации о диагнозе, прогнозе и т.п.;
- злость или чувство вины в отношении диагноза, поздней диагностики и т.п.;
- страх и озабоченность, связанные с прогнозом, страх смерти, боязнь симптомов, ведущих к смерти;
- опасения за благополучие близких после смерти;
- недавняя утрата близкого человека или другие потери;
- экзистенциальные или духовные страдания.

3. Социальные факторы:

- семейный конфликт;
- социальная изоляция;
- плохие условия жизни, финансовые трудности;
- потеря функций, роли в социуме, взаимоотношений;
- опасения по поводу места оказания ухода/смерти.

Перечисленные факторы могут оказывать влияние на выраженность депрессивных нарушений, что необходимо учитывать при ведении пациентов, своевременно выявляя указанные проблемы.

Необходимо обеспечить адекватное лечение для устранения симптомов, связанных с основным заболеванием (боль, тошнота и т.д.), а также для коррекции метаболических нарушений. Следует оценить лекарственную терапию, которую получает пациент, возможные побочные эффекты препаратов и при необходимости внести изменения.

Чтобы избежать влияния психологических и социальных факторов, необходимо обсудить с пациентом беспокоящие его вопросы, постараться узнать о его чувствах и переживаниях, дать необходимые разъяснения и советы, оказать психологическую поддержку.

Лечение депрессии

Лечение депрессии должно быть комплексным и включать как немедикаментозные, так и медикаментозные методы. В первую очередь необходимо обеспечить адекватную паллиативную помощь по поводу основного заболевания (контроль симптомов). Важное значение имеет психологическая поддержка со стороны персонала, семьи и близких.

Рекомендуется использование психотерапевтических методик (от краткосрочного вмешательства до длительной индивидуальной или групповой психотерапии), методик творческой терапии (арт-терапия, музыкальная терапия).

Положительный эффект могут оказывать массаж и акупунктура.

При назначении лекарственной терапии (антидепрессантов) необходимо учесть противопоказания и возможные лекарственные взаимодействия, обсудить с

пациентом назначения, необходимость длительного лечения, возможные побочные эффекты, риск симптомов отмены.

При высоком риске суицида терапию начинают с минимальной дозы (предпочтительны препараты из группы селективных ингибиторов обратного захвата серотонина).

Группы антидепрессантов:

- *трициклические антидепрессанты* [амитриптилин](#), [имипрамин](#), [доксепин](#), [кломипрамин](#), нортриптилин[®], дезипрамин[®]);
- *тетрациклические антидепрессанты* [мапротилин](#), амоксапин[®]);
- *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина* (флуоксетин, [пароксетин](#), [сертралин](#), [циталопрам](#), [эсциталопрам](#), флувок-самин);
- *селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина* [венлафаксин](#), [дулоксетин](#));
- *другие антидепрессанты* [миртазапин](#), [тразодон](#)).

В качестве препаратов первой линии для лечения депрессии у паллиативных пациентов рекомендуют использовать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина ([сертралин](#), [циталопрам](#), эсциталопрам), селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина ([венлафаксин](#), [дулоксетин](#)) или норадренергические и специфические серотонинергические антидепрессанты (миртазапин). Трициклические антидепрессанты могут быть рекомендованы при сопутствующей нейропатической боли.

Рекомендации Европейской ассоциации паллиативной помощи по лечению депрессии у терминальных пациентов приведены в табл. 3.8.

Таблица 3.8. Препараты для лечения депрессии у терминальных пациентов (рекомендации Европейской ассоциации паллиативной помощи)

Препарат	Период полувыведения, ч	Формы выпуска	Стандартная доза
Миртазапин	20–40	Таблетки (30 мг). Таблетки для рассасывания (15/30/45 мг). Раствор для перорального приема (15 мг)	15–45 мг/сут (макс. 45 мг/сут)
Сертралин	24–36	Таблетки (50/100 мг)	50 мг/сут (макс. 200 мг/сут)
Циталопрам	26–40	Таблетки (10/20/40 мг). Пероральные капли (40 мг)	20–40 мг/сут (макс. 60 мг/сут)
Амитриптилин (при нейропатической боли и бессоннице)	9–36	Таблетки (10/25/50 мг). Раствор (25/50 мг)	75–200 мг/сут (макс. 200 мг/сут)

ТРЕВОГА

Пациенты с тяжелыми заболеваниями в терминальных стадиях часто имеют проявления тревоги и страха. Они могут бояться смерти, инвалидности, изменений внешности, зависимости от окружающих.

Факторы риска развития тревоги условно делят на медицинские и психические.

1. Медицинские факторы:

- болевой синдром;
- метаболические нарушения;
- эндокринные заболевания;
- лекарственные препараты;
- синдром отмены.

2. Психические факторы:

- делирий;
- депрессия.

Тревожные расстройства могут проявляться в виде посттравматического стрессового расстройства, генерализованного тревожного расстройства, панических нарушений, фобий, обсессивно-компульсивных расстройств.

Основные симптомы и признаки тревоги

1. Психологические симптомы:

- опасения, беспокойство, неспособность расслабиться;
- трудности с концентрацией внимания, раздражительность;
- проблемы с засыпанием, беспокойный сон, ночные кошмары.

2. Моторное напряжение:

- мышечные боли и слабость;
- беспокойство, дрожь, нервозность;
- головная боль напряжения.

3. Вегетативные симптомы:

- одышка, сердцебиение, головокружение, ощущение дурноты;
- потливость, сухость во рту, «ком» в горле;
- тошнота, диарея, учащенное мочеиспускание.

Диагностика тревоги

Диагностика тревоги проводится с помощью опроса, нацеленного на выявление ее симптомов, и специальных опросников и шкал (Госпитальная шкала тревоги и депрессии, шкалы Гамильтона, Бека, Цунга). Шкала самооценки тревоги Цунга приведена в табл. 3.9. Шкала Цунга для самооценки тревоги состоит из 20 пунктов, характеризующих субъективную частоту симптомов тревоги. Пациент заполняет анкету самостоятельно после краткого инструктажа. Итоговый балл определяется путем суммирования баллов за каждый пункт (1 - очень редко, 4 - постоянно для всех пунктов, кроме 5, 9, 13, 17 и 19, для которых, наоборот, 4 - очень редко, а 1 - постоянно). Уровень тревоги по данной шкале определяется следующим образом: 20-40 баллов - низкий, 41-60 баллов - средний, 61-80 баллов - высокий уровень тревожности. Индекс тревоги рассчитывают делением полученного при обследовании пациента суммарного балла на максимально возможный суммарный балл (80).

Таблица 3.9. Шкала самооценки тревоги Цунга

№	Симптом	Очень редко	Редко	Значительную часть времени	Большую часть времени
1	Чувствую себя более нервным и тревожным, чем обычно	1	2	3	4
2	Испытываю чувство страха совершенно без причины	1	2	3	4
3	Легко огорчаюсь или впадаю в панику	1	2	3	4
4	У меня ощущение, что я не могу собраться и взять себя в руки	1	2	3	4
5	У меня ощущение полного благополучия, я чувствую, что со мной не случится ничего плохого	4	3	2	1
6	Мои руки и ноги дрожат и трясутся	1	2	3	4
7	У меня бывают головные боли, боли в шее и спине	1	2	3	4
8	Чувствую разбитость и быстро устаю	1	2	3	4
9	Я спокоен, могу сидеть спокойно без особых усилий	4	3	2	1
10	У меня бывает ощущение учащенного сердцебиения	1	2	3	4
11	У меня бывают приступы головокружения	1	2	3	4
12	У меня бывают приступы слабости	1	2	3	4
13	Я дышу свободно	4	3	2	1
14	Ощущение онемения и покалывания в пальцах рук и ног	1	2	3	4
15	Боли в желудке и диспепсические расстройства	1	2	3	4
16	Частые позывы на мочеиспускание	1	2	3	4
17	Мои руки обычно сухие и теплые	4	3	2	1
18	Мое лицо горит и краснеет	1	2	3	4
19	Я легко засыпаю и сплю глубоким и освежающим сном	4	3	2	1
20	Меня мучают ночные кошмары	1	2	3	4

Лечение тревожных расстройств

В лечении тревожных расстройств используются немедикаментозные методы (психотерапия, релаксационные методики, гипноз) и лекарственные препараты. Рекомендуется назначение бензодиазепинов (лоразепам 0,5-1 мг 3-4 раза в день, дiazepam 2-5 мг 3 раза в день, мидазолам), антидепрессантов (пароксетин от 10-20 мг до 40-50 мг в сутки, циталопрам от 10-20 мг до 40-60 мг в сутки), буспиона (Спитомина*), гидроксизина (Атаракс*), прегабалина (при лечении генерализованных тревожных расстройств начальная доза 150 мг/сут, максимальная доза 600 мг/сут), хлорпромазина, галоперидола.

ДЕЛИРИЙ

Делирий характеризуется острым началом, нестабильностью сознания, нарушениями мышления, развитием дезориентации, ухудшением памяти. Гиперактивный делирий проявляется возбуждением и беспокойством, гипоактивный - вялостью, сонливостью, апатией.

Причины делирия:

- лекарственные препараты;
- инфекционные заболевания;
- органный недостаток;
- гиперкальциемия;
- гипоксия;
- электролитные нарушения;
- дегидратация.

Диагностика делирия

Критериями диагностики делирия являются:

- расстройство сознания с понижением способности сосредоточиться, поддерживать или переключать внимание;
- изменения в когнитивной сфере (например, снижение памяти, дезориентация, расстройства речи) или нарушения восприятия, не объясняемые существующей деменцией;
- развитие состояния в течение короткого промежутка времени (от нескольких часов до нескольких дней) и колебания в течение дня;
- данные анамнеза, физикального и лабораторного обследований, дающие возможность интерпретировать расстройство как прямое физиологическое следствие того или иного заболевания.

Для диагностики делирия используются шкалы оценки состояния сознания (метод диагностики спутанности сознания, Ричмондская шкала оценки ажитации и седации), приведенные в табл. 3.10, 3.11.

Таблица 3.10. Метод диагностики спутанности сознания

Критерии	Описание
1. Острое начало или периодические изменения ментального статуса	Наличие внезапного изменения ментального статуса, периодическое изменение нормального поведения за последние 24 ч
2. Невнимательность	Пациенту трудно сосредоточиться, поддерживать внимание, сложности в следовании инструкциям
3. Дезорганизованное мышление	Несвязное (нелогичное) мышление, бессвязная речь, неправильная оценка происходящего
4. Измененный уровень сознания	Изменение уровня сознания по сравнению с исходным

Таблица 3.11. Ричмондская шкала оценки ажитации и седации

+4	Агрессивен	Пациент агрессивен, возникают эпизоды выраженного психомоторного возбуждения, возможно нанесение физического ущерба медицинскому персоналу
+3	Выраженная ажитация	Агрессивен, удаляет катетеры, зонды, дренажи, трубки
+2	Ажитация	Частая нецеленаправленная двигательная активность, «борьба» с респиратором при проведении искусственной вентиляции легких
+1	Беспокойство	Беспокоен, иногда испуган, но неагрессивен; двигательная активность не имеет деструктивной направленности
0	Спокойствие и внимательность	
-1	Сонливость	Недостаточно внимателен, пробуждается на оклик отсроченно: открывает глаза, фиксирует взгляд более 10 с
-2	Легкая седация	Пробуждается на оклик (открывает глаза, но фиксирует взор менее 10 с)
-3	Умеренная седация	Двигательная активность или открывание глаз в ответ на оклик без фиксации взора
-4	Глубокая седация	Нет реакции на оклик, но двигательная активность или открывание глаз на проприоцептивные и ноцицептивные раздражители
-5	Отсутствие пробуждения	Нет реакции ни на оклик, ни на проприоцептивные раздражители

Для диагноза «делирий» необходимо обязательное наличие критериев 1 и 2 в сочетании с хотя бы одним из критериев 3 и 4.

Лечение делирия

- Устранение причин.
- Галоперидол (2-10 мг в/м, можно вводить повторно через каждый час, затем перейти на пероральный прием в дозе 10-60 мг в сутки).
- Бензодиазепины (при неэффективности галоперидола): лоразепам не более 2 мг каждые 4 ч.

кахексия и анорексия

Кахексия - прогрессирующая потеря массы тела более чем на 5-10% за 6-12 мес, в основе которой лежат тяжелые хронические заболевания. В современной литературе вместе с термином «кахексия» используют термин «синдром анорексии-кахексии».

Синдром анорексии-кахексии - комплексный многофакторный синдром, характеризующийся выраженным снижением массы скелетной мускулатуры с потерей жировой ткани или без таковой, что сопровождается нарушениями белкового и энергетического обменов. Данные нарушения связаны с недостаточным потреблением пищи и дисбалансом метаболических процессов в организме с преобладанием катаболизма на фоне выброса цитокинов, в частности фактора некроза опухоли и развитием системного воспаления.

Изменения при анорексии-кахексии не полностью обратимы и вызывают прогрессирующее ухудшение функционального статуса пациента. Следует отметить, что наличие синдрома анорексии-кахексии - неблагоприятный прогностический признак, считающийся независимым предиктором смертности.

Наиболее значимой причиной развития анорексии-кахексии являются онкологические заболевания на поздних стадиях. Кахексия развивается у 60-80% пациентов с раком желудка, поджелудочной железы, легких, при раке других локализаций ее частота может достигать 30-50%. Каждый четвертый пациент, страдающий онкологическим заболеванием, умирает именно от кахексии.

Частыми причинами кахексии могут быть ХСН, ВИЧ-инфекция, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), деменция, туберкулез (ТБ), хроническая болезнь почек, заболевания печени, ревматоидный артрит. При этих заболеваниях кахексия наблюдается у 10- 60% пациентов.

ДИАГНОСТИКА

Критериями кахексии являются снижение массы тела более чем на 5% исходной за последние 6 мес или индекс массы тела менее 20 кг/м² в сочетании с анорексией, слабостью, снижением мышечной силы, анемией, гипоальбуминемией или повышением маркеров системного воспаления (С-реактивный белок, интерлейкин-6).

Необходимо обратить внимание, что некоторые состояния могут явиться катализаторами этих процессов. В их числе болевой синдром, констипация, тошнота и рвота, психологический дистресс.

При обследовании пациента с синдромом анорексии-кахексии важно оценить объем и характер питания, провести подсчет потребления белка и калорийности суточного рациона.

Необходимо выявить и оценить факторы, которые могут лежать в основе снижения потребления пищи: изменения вкуса или обоняния, нарушения моторики желудочно-кишечного тракта, тошнота, болевой синдром, наличие патологических изменений слизистой ротовой полости и т.д.

При объективном осмотре важно оценить состояние зубов, слизистой оболочки полости рта, поскольку отказ от приема пищи может быть обусловлен невозможностью ее пережевывания из-за плохого состояния зубов или зубных протезов либо проявлений заболевания слизистой оболочки полости рта. Однако эти изменения могут быть и вторичными, возникшими вследствие мальнутриции и кахексии.

При физикальном осмотре можно обнаружить признаки поражения органов и систем:

- потеря эластичности кожи, потеря подкожной жировой клетчатки, мелкие морщины, шелушение, депигментация, ксероз, фоликулярный гиперкератоз, петехии, склонность к появлению синяков, бледность;
- диспигментация, выпадение и истончение волос;
- изменения ногтей включают койлонихии, ломкие, бороздчатые, расслаивающиеся ногти;
- визуальное похудение лица, «заостренные» черты лица, увеличение околоушных желез, увеличение щитовидной железы;
- ксероз склеры и конъюнктивы глаз, кератомалиция, васкуляризация роговицы, аннулярное воспаление век, офтальмоплегия, светобоязнь;
- хейлоз, ангулярный стоматит, глоссит, атрофия сосочков языка, малиновый язык, трещины языка, разрыхление и кровоточивость десен, ослабление фиксации и выпадение зубов;

- чрезмерное выпячивание костей скелета, мышечная слабость, уменьшение мышц и конечностей в объеме (объем плеча у мужчин <26 см; у женщин <25 см), отеки конечностей, мышечная боль, судороги в мышцах;
- психоневрологический статус характеризуется раздражительностью, слабостью, депрессией, нарушением сна и внимания, сонливостью, снижением умственной и физической работоспособности, утратой глубоких сухожильных рефлексов, судорожным синдромом, гиперестезией;
- может развиваться диарея или отсутствие стула, извращение вкуса. Для оценки динамики снижения массы тела необходимо выполнить

антропометрию. Важно контролировать адекватность режима гидратации, для чего следует оценить тургор кожи, проверить наличие отеков.

Лабораторные исследования включают клинический анализ крови, определение С-реактивного белка, оценку уровня глюкозы, креатинина, мочевины, билирубина, трансаминаз.

Стадии кахексии

1 ст. Предкахексия: потеря массы тела за последние 6 мес <5%.

2 ст. Кахексия: потеря массы тела за последние 6 мес >5%. Признаки системного воспалительного ответа, анорексия, снижение объема потребления пищи, снижение мышечной массы.

3 ст. Рефрактерная кахексия: выраженный катаболизм, отсутствие эффекта от противоопухолевой терапии, ожидаемая продолжительность жизни менее 3 мес.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ

Рекомендации по организации питания

При оказании помощи пациентам с анорексией-кахексией важно обсудить проблемы питания с пациентом и его родственниками, осуществляющими уход. Их необходимо проинформировать о возможных причинах развития анорексии-кахексии, о влиянии этих нарушений на общее состояние и прогноз, а также о возможностях лечения данного состояния.

В задачи врача входит обучение лиц, обеспечивающих уход за пациентом, простым правилам приготовления и приема пищи:

- рекомендуется принимать пищу часто, небольшими порциями;
- составлять меню нужно с учетом пожеланий пациента;
- прием пищи должен доставлять удовольствие, поэтому иногда можно позволить «вредные» вещи, например шоколад или пирожное;
- приготовленные блюда должны иметь привлекательный внешний вид;
- есть нужно тогда, когда имеется желание, поэтому блюдо должно быть наготове;
- прием пищи должен проходить в спокойной и благожелательной обстановке;
- пациенту необходимо предлагать воду, соки, другие напитки;
- перед приемом пищи можно использовать в качестве аперитива небольшую порцию алкоголя;
- пища не должна требовать лишних усилий при жевании;

- лучше использовать небольшие тарелки и порции, чтобы создавалось впечатление, что все съедено полностью;
- недоеденную пищу нужно убирать, а не оставлять рядом с пациентом, «чтобы доесть потом».

Необходимо учитывать, что у пациентов с предкахексией энергетическая ценность пищи должна составлять 25-35 ккал/кг массы тела. Общее количество потребляемой жидкости должно быть не менее 1,5-2 л в сутки, кратность приема пищи - 4-6 раз в день.

Лечение пациентов с кахексией является сложной задачей. Приостановить потерю массы тела и скелетной мускулатуры удастся только на этой стадии при условии тщательного мониторинга состояния пациента и основных лабораторных показателей, включая С-реактивный белок. Основой лечения является правильно организованное питание. Необходимо увеличить потребление белка до 1,5 г/кг в сутки. Необходимо обеспечить физиологическую потребность в углеводах, которая составляет 300-450 г в день. Рекомендуется использовать медленно усваиваемые растительные углеводы. Не следует отказываться и от быстро всасывающихся рафинированных углеводов. Исключение углеводов из рациона приводит к усилению глюконеогенеза и сопровождается усилением катаболизма белка и жиров и, соответственно, прогрессированием кахексии. Кроме того, возникает риск развития гипогликемических состояний. Помимо сбалансированного усиленного питания, важную роль играет повышение физической активности. Непродолжительные физические упражнения средней интенсивности (50% максимальной частоты сердечных сокращений) продолжительностью от 10 до 60 мин в виде трех сессий в неделю способствуют усилению аэробных процессов, повышают мышечный тонус, улучшают аппетит, повышают качество жизни. Это необходимо объяснить пациенту и его родным.

На стадии кахексии необходимо проведение нутритивной поддержки. Показаниями к ее назначению являются:

- 1) потеря 10% массы тела и более за 1 мес либо 20% за 3 мес;
- 2) снижение индекса массы тела до 19 кг/м² и менее;
- 3) гипопроотеинемия и гипоальбуминемия (60 и 30 г/л соответственно);
- 4) гиперметаболизм (по экскреции с мочой азота более 6 г/сут).

В настоящее время выпускается большое количество различных гиперкалорических питательных смесей с нейтральным вкусом либо вкусовыми добавками (шоколад, кофе, ванилин и пр.). Для применения в амбулаторной практике доступны нутридринк компакт, импакт энтерал и пр. Пациенту предлагается пить эти смеси маленькими глотками (сиппинг), что не вызывает у него затруднений, как при приеме твердой пищи.

Медикаментозное лечение

Кортикостероиды (например, дексаметазон 2-6 мг в сутки) способствуют повышению аппетита и могут улучшать качество жизни пациентов, но их применение ограничено риском развития побочных эффектов, в связи с чем эти препараты назначают только короткими курсами (не более 2 нед). Наиболее доказана эффективность кортикостероидов у пациентов с кахексией, возникшей на фоне онкологических заболеваний, тогда как при кахексии, связанной с неонкологическими заболеваниями, их влияние выражено меньше.

У пациентов с кахексией онкологической природы также может быть рекомендовано назначение омега-3 жирных кислот (1,6-2,4 г в сутки).

тошнота и рвота

Тошнота и/или рвота встречается у 40-70% пациентов на поздних стадиях рака и является одной из серьезных причин снижения качества жизни. Нередко с этими симптомами бывает сложнее справиться, чем с лечением болевого синдрома. При оказании помощи таким пациентам следует руководствоваться следующими принципами: знание и выяснение наиболее вероятных и характерных именно для этой категории больных причин тошноты и рвоты, коррекция устранимых причин в первую очередь, знание механизма действия противорвотных средств, использование парентерального пути введения препаратов при выраженной тошноте и рвоте.

Наиболее частыми причинами возникновения тошноты и рвоты являются распространение и рост опухоли в области желудочно-кишечного тракта, печени, центральной нервной системы, побочные эффекты химиотерапии, лучевая терапия в области желудочно-кишечного тракта, использование наркотических анальгетиков, опухолевая интоксикация, запоры, почечная и печеночная недостаточность, психические факторы (повышенная тревожность). Возникновение тошноты и рвоты связано со стимуляцией нескольких зон центральной нервной системы. Рвотный центр, расположенный в продолговатом мозге, получает импульсы из триггерной зоны, расположенной на дне IV желудочка. Здесь расположены несколько типов хеморецепторов - H_1 - и H_2 -гистаминовые рецепторы, допаминовые D_2 -рецепторы, 5-HT₃ серотониновые рецепторы, М-холинорецепторы. Соответственно, трансмиттерами передачи импульса могут быть гистамин, допамин, серотонин и другие субстанции, которые взаимодействуют с рецептор-ным аппаратом триггерного центра и запускают процесс стимуляции рвотного центра. Кроме того, его активность повышается под влиянием импульсов из лабиринта и вестибулярных ядер, при повышенной импульсации из органов желудочно-кишечного тракта, в которых расположены 5-HT₃ серотониновые рецепторы, а также прессорецепторов среднего мозга, раздражение которых возникает при повышении внутричерепного давления. У онкологических больных тошнота и рвота могут иметь как периферический, так и центральный механизм.

Периферический механизм рвоты обусловлен раздражением рецепторного аппарата органов желудочно-кишечного тракта. При поражении верхних отделов возникают растяжение желудка пищевыми массами или формирование рубцов в области желудочно-кишечных анастомозов, а также отечность тканей при распространении метастазов по брюшине. Такие больные жалуются на чувство дискомфорта в эпигастральной области, ухудшение самочувствия связано с приемом пищи, после рвоты наступает облегчение, тошнота носит переменный характер. При развитии кишечной непроходимости при опухоли характерно появление рвоты на фоне боли и вздутия живота, задержки стула. Причиной тошноты и рвоты периферического генеза может быть также запор, обусловленный применением наркотических анальгетиков, низкой физической активностью терминальных пациентов.

Центральный механизм тошноты и рвоты может быть индуцирован приемом химиотерапевтических препаратов, наркотических анальгетиков, эндогенной интоксикацией, в том числе вызванной гиперкальциемией на фоне метастазирования опухоли в кости. У таких больных, как правило, тошнота является постоянным симптомом, а рвота появляется эпизодически.

Тошнота, обусловленная повышением внутричерепного давления, развивается на фоне опухоли головного мозга либо появления метастазов в этой области. Нередко она является первым и единственным клиническим симптомом прогрессирования заболевания. Обычно появляется в утренние часы, усиливается при поворотах головы, является предвестником рвоты. Центральными механизмами объясняется и

появление тошноты у больных с повышенной тревожностью. С устранением симптомов тревоги исчезает и тошнота.

ДИАГНОСТИКА ТОШНОТЫ И РВОТЫ

Жалобы и анамнез

Для определения причин развития тошноты и рвоты и выбора тактики лечения необходимо провести опрос пациента. Следует выяснить, беспокоит ли его только тошнота или и тошнота, и рвота. Важно уточнить длительность жалоб, частоту и выраженность этих симптомов, сопутствующие симптомы, факторы, ухудшающие и облегчающие состояние, а также спросить, какие лекарственные препараты принимает пациент.

Кратковременная тошнота, сопровождающаяся чувством раннего насыщения во время приема пищи и вздутием живота, облегчение при которой приносит рвота съеденной пищей, характерна для заболеваний с нарушениями опорожнения желудка. Такие нарушения составляют 35-45% всех случаев тошноты и рвоты у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Причиной могут быть опухоли желудка, гастриты, в том числе вызванные приемом лекарственных препаратов, гепатомегалия с асцитом, прием опиатов, висцеральная нейропатия (паранеопластическая или диабетическая).

Постоянная тошнота, усиливающаяся при виде и запахе пищи, не исчезающая после рвоты, свидетельствует о раздражении хеморецепторов триггерной зоны. Это может быть связано с метаболическими нарушениями, например гиперкальциемией, уреемией, ацидозом, с приемом антибиотиков, препаратов для химиотерапии, с инфекционными заболеваниями. Такие нарушения обуславливают развитие тошноты и рвоты в 30-40% случаев.

Кратковременная тошнота, связанная с нарушениями перистальтики кишечника, с приносящей облегчение рвотой большими объемами с возможными примесями желчи или каловых масс характерна для непроходимости кишечника вследствие опухолей или метастазов и составляет 10-30% случаев.

Утренние тошнота и рвота, связанные с головной болью, характерны для повышения внутричерепного давления при опухолях мозга и мозговых оболочек.

Тошнота при головокружении, усиливающаяся при движениях и при поворотах головы, является признаком вестибулярных нарушений.

Нередко тошнота и рвота могут возникать при повышенной тревожности.

Осмотр и обследование

При осмотре пациента следует обратить внимание на наличие болезненности при пальпации живота, размеры печени, признаки непроходимости кишечника, асцита, провести пальцевое исследование прямой кишки.

Обязательным компонентом осмотра должна быть оценка неврологического статуса для выявления очаговой симптоматики, вестибулярных расстройств.

Лабораторное обследование должно быть направлено на выявление метаболических нарушений, которые могут приводить к появлению тошноты и рвоты (уремия, ацидоз, гиперкальциемия).

лечение тошноты и рвоты у паллиативных пациентов

Для профилактики тошноты и рвоты необходимо постараться оградить пациента от провоцирующих их факторов, которыми могут быть резкие и неприятные запахи,

громкие звуки, яркий свет, вид какой-либо пищи, неприятной пациенту. Помещение, где находится пациент, должно хорошо проветриваться.

Принимать пищу рекомендуется небольшими порциями, блюда должны выглядеть аппетитно, привлекательно. Не следует заставлять пациента есть, если он не хочет, а также торопить его во время приема пищи. Пациент должен выбирать вид пищи и время ее приема.

Некоторые блюда могут провоцировать тошноту (например, блюда с сильным запахом, теплая пища, молоко и молочные продукты), в этом случае их надо исключить из рациона пациента.

Важно также поддерживать положение тела, которое помогает предупредить появление тошноты и рвоты (сидячее или полусидячее положение рекомендуется при пищеводном рефлюксе). Необходимо исключить любое давление на переднюю брюшную стенку.

Немедикаментозные методы могут применяться в профилактике и лечении тошноты и рвоты как часть комплексной терапии. К таким методам относятся релаксационные техники, направленные на устранение повышенной тревожности, акупунктура, психотерапия.

Подходы к медикаментозному лечению тошноты и рвоты зависят в первую очередь от преимущественного механизма развития этих нарушений.

Прокинетики

Прокинетики стимулируют перистальтику верхних отделов желудочно-кишечного тракта за счет активации 5HT₄-рецепторов, высвобождения ацетилхолина, блокады 5HT₃-рецепторов, активации моти-линовых рецепторов или блокады дофаминовых рецепторов.

Прокинетики противопоказаны при кишечной непроходимости, желудочно-кишечных кровотечениях, до и после хирургических вмешательств.

Действие прокинетиков блокируется антихолинергическими препаратами, включая антигистаминные средства, в связи с чем для лечения тошноты и рвоты препараты из этих групп не рекомендуется применять одновременно.

Основным представителем этого класса препаратов является метоклопрамид, который широко используется для лечения тошноты и рвоты. Он влияет на желудок и проксимальные отделы тонкой кишки, минимально действует на толстую кишку. Кроме того, он является антагонистом дофаминовых рецепторов в хеморецепторной триггерной зоне.

Метоклопрамид назначают в дозе 10 мг 3-4 раза в день за полчаса до еды и на ночь. Центральный дофаминергический эффект достигается при применении высоких доз (10 мг каждые 4-6 ч до максимальной суточной дозы 100 мг). У пациентов пожилого и старческого возраста рекомендуется начинать с минимальных терапевтических доз. При почечной недостаточности начальную дозу снижают на 50% при клиренсе креатинина 10-40 мл/мин и на 75% при клиренсе креатинина менее 10 мл/мин.

Наиболее частыми побочными эффектами метоклопрамида являются двигательное беспокойство, сонливость, слабость. При длительном приеме высоких доз метоклопрамида возможно развитие экстрапирамидных нарушений, паркинсонических симптомов, поздней дискинезии (неконтролируемые движения мимических, жевательных мышц, мышц конечностей). В связи с этим не рекомендуется назначать метоклопрамид более чем на 12 нед.

Противопоказаниями к назначению метоклопрамида у пациентов пожилого и старческого возраста являются БП, артериальная гипертензия, заболевания почек, СН, болезни печени, сахарный диабет.

Прокинетиической активностью обладают также домперидон и циза-прид, однако у пациентов пожилого и старческого возраста эти препараты не используются в связи с их потенциальным кардиотоксическим и аритмогенным действием.

Антагонисты дофаминовых рецепторов

Галоперидол блокирует дофаминовые рецепторы в триггерной зоне, а также обладает умеренным антигистаминным, антихолинергическим и α -адренергическим действием. Также он блокирует вагусные эффекты в желудочно-кишечном тракте, что определяет некоторую прокине-тическую активность.

Доза галоперидола при лечении тошноты и рвоты ниже обычной и составляет 0,5-5 мг в сутки.

Побочными эффектами галоперидола могут быть избыточная седация, гипотензия, удлинение интервала QT, повышение судорожной готовности, лейкопения, экстрапирамидные симптомы.

Большое количество побочных эффектов ограничивает применение галоперидола в гериатрической практике, но он может быть назначен для лечения тошноты и рвоты на короткий период.

Левомепромазин - антидофаминергический препарат, оказывающий действие на хеморецепторную триггерную зону и рвотный центр. В дозе 6,25-25 мг 2 раза в день он может применяться в качестве препарата второй линии для лечения тошноты и рвоты, однако его применение ограничено такими побочными эффектами, как избыточная седация, галлюцинации, удлинение интервала QT. С осторожностью препарат назначают при печеночной и почечной недостаточности.

Антигистаминные препараты

Антигистаминные препараты обладают противорвотным действием за счет влияния на рвотный центр и триггерную зону. Антихолинергическая активность этих препаратов снижает секреторную активность слизистых оболочек желудочно-кишечного тракта, что может иметь значение при обструкции кишечника.

Дипразин®, дифенгидрамин, гидроксизин и другие антигистамин-ные средства могут быть рекомендованы в качестве противорвотных препаратов при оказании паллиативной помощи пожилым и старым пациентам. С препаратов этой группы рекомендуется начинать терапию в ситуациях, когда механизм развития тошноты и рвоты неясен.

Побочными эффектами могут быть головокружение, головная боль, экстрапирамидные симптомы. С осторожностью антигистаминные препараты назначают при закрытоугольной глаукоме, гиперплазии предстательной железы, выраженной артериальной гипертензии, сердечно-сосудистых заболеваниях, печеночной недостаточности и эпилепсии, особенно это относится к применению дифенгидрамина и гидроксизина.

Антагонисты 5HT₃-рецепторов

Антагонисты 5HT₃-рецепторов имеют как периферическое, так и центральное действие. Эти препараты в основном рекомендованы при тошноте и рвоте на фоне химиотерапии.

Ондансетрон - наиболее известный из этих препаратов, применяется в дозе 4-8 мг 1-2 раза в день. Также используют гранисетрон (1 мг 2 раза в день), трописетрон.

Ондасетрон и другие антагонисты 5HT₃-рецепторов рекомендованы как компонент комбинированной профилактики и лечения тошноты и рвоты при проведении химиотерапии.

Побочные эффекты этих препаратов незначительны и кратковременны, однако у 5-10% пациентов могут развиваться запоры. Следует помнить о возможном негативном влиянии антагонистов 5HT₃-рецепторов на эффективность трамадола, а также о необходимости соблюдать осторожность при их совместном назначении с препаратами, удлиняющими интервал QT, и при применении у пациентов с печеночной недостаточностью.

Антихолинергические препараты

М-холинолитики (скополамин[®], [гиосцина бутилбромид](#)) применяют при тошноте и рвоте периферического генеза, так как они обладают расслабляющим действием на гладкую мускулатуру желудочно-кишечного тракта. Однако их применение в гериатрической практике ограничено высоким риском развития побочных эффектов.

Кортикостероиды

Кортикостероиды могут быть использованы как противорвотные средства при рвоте, вызванной химиотерапией, и при повышенном внутричерепном давлении на фоне опухоли мозга или метастазов в головной мозг. За счет неспецифического противорвотного эффекта они могут быть также использованы в качестве адъювантной терапии тошноты и рвоты совместно с другими противорвотными препаратами.

[Дексаметазон](#) назначают в дозе 4-8 мг в сутки при хронической тошноте и до 16 мг в сутки при внутричерепной гипертензии.

Не рекомендуется длительное применение дексаметазона из-за высокого риска развития побочных эффектов.

С осторожностью [дексаметазон](#) назначают пациентам с сахарным диабетом, психическими заболеваниями.

Бензодиазепины

Бензодиазепины ([лоразепам](#), [диазепам](#)) применяют при тошноте и рвоте, связанных с повышенной тревожностью.

В гериатрической практике бензодиазепины назначают с осторожностью в связи с высоким риском развития побочных эффектов.

Комбинированная терапия

Эффективность монотерапии тошноты и рвоты при оказании паллиативной помощи составляет не более 60%, в связи с чем многим пациентам может потребоваться назначение комбинированной терапии препаратами разных групп.

Профилактика и лечение тошноты и рвоты при химиотерапии

Тошнота и рвота - очень частые побочные эффекты химиотерапии, существенно ухудшающие качество жизни больных. Тактика профилактики и лечения тошноты и рвоты при проведении химиотерапии зависит в основном от выраженности эметогенного потенциала химиотерапевтических схем.

При этом используют следующие основные группы препаратов: 1) антагонисты нейрокининовых рецепторов-1 - [апребитант](#) 80-125 мг в сутки;

2) антагонисты 5HT₃-рецепторов - [ондансетрон](#) хлорид 8 мг в сутки, [гранисетрон](#) 1-3 мг в сутки;

3) дексаметазон 8-12 мг в сутки.

При высокой эметогенности химиотерапии применяют трехкомпонентную схему профилактики и лечения тошноты и рвоты (апрепитант + ондасетрон + дексаметазон). При умеренной эметогенности используют комбинацию антагониста 5HT₃-рецепторов с дексаметазоном. Возможно включение в комбинированную схему профилактики и лечения бензодиазепинов (лоразепам), антагонистов H₂-рецепторов и ингибиторов протонной помпы.

При низкой эметогенности рекомендуется применение одного из препаратов - дексаметазона, ондасетрона или метоклопрамида.

икота

Икота возникает в результате непроизвольного сокращения мышц диафрагмы. Причины развития икоты у онкологических больных могут быть самыми разнообразными: прорастание опухоли в область диафрагмы, стеноз выходного отдела желудка, метастазы в печень, первичная опухоль или метастатическое поражение головного мозга, уремия, раздражение диафрагмы и диафрагмального нерва близлежащей опухолью. Первая помощь при появлении икоты, которая может быть осуществлена и родственниками пациента, заключается в стимуляции глоточных рефлексов. Для этого больному дают лед, либо кусочек сухого хлеба или небольшую порцию алкоголя. Иногда помогает натуживание с закрытым ртом. При упорной икоте, развившейся на фоне стеноза выходного отдела желудка, может оказать эффект введение назофарингеального катетера. Медикаментозная терапия носит эмпирический характер. Обычно используются метоклопрамид (Церукал*, Реглан[®]) по 10-20 мг каждые 6 ч, диазепам по 10 мг 3-4 раза в сутки, хлорпромазин (Аминазин*) по 50 мг внутримышечно 3-4 раза в сутки. При икоте центрального генеза эффективен прием противосудорожных средств [фенитоин (Дифенин*) 0,1 г 3 раза в сутки]. При икоте, связанной с метастатическим поражением печени, обосновано кратковременное применение кортикостероидов - дексаметазон 8 мг внутримышечно. Есть данные об эффективности применения нифедипина (10-20 мг в сутки), однако следует помнить о том, что это гипотензивный препарат, требующий дополнительного контроля уровня артериального давления.

запор (констипация)

Запор может существенно снизить качество жизни онкологического больного. Это достаточно серьезная проблема для пациента, находящегося в терминальной стадии заболевания. Застой кишечного содержимого способствует усилению интоксикации, развитию боли, тошноты, рвоты, анорексии. Основными причинами запора являются:

- механическое нарушение пассажа кишечного содержимого из-за обтурации кишки опухолью либо развитие стеноза вследствие лучевой терапии (язвенно-инфильтративные лучевые ректиты);
- последствия применения медикаментов (наркотические анальгетики, цитостатики);
- нарушение диеты и ограничение приема жидкости;
- снижение физической активности пациента.

Лечение запора, если он не вызван причинами, требующими хирургического вмешательства, должно начинаться с коррекции диеты. Рекомендуется увеличение в рационе количества растительной клетчатки, кисломолочных продуктов, растительного масла. Эти диетические рекомендации больной и его родственники

должны, в частности, обязательно получать одновременно с назначением наркотических анальгетиков. По возможности надо предлагать повышение физической активности. С этой целью больному предлагают выполнять физические упражнения в постели, либо совершать небольшие прогулки по комнате с помощью родственников.

Важным обстоятельством является обеспечение безопасного похода в туалет. Если больной сам в состоянии передвигаться, эту возможность следует использовать до последнего момента, однако ему надо обеспечить безопасное (в плане возможного падения) размещение на унитазах, чему способствуют поручни.

При выраженной слабости альтернативой судну, к использованию которого в постели любой человек относится с предубеждением, можно рекомендовать использование небольшого биотуалета, который при необходимости располагается рядом с постелью. Необходимо отметить, что очень часто психологические барьеры в отпращивании физиологических функций являются одной из причин задержки стула. *Общие мероприятия.* Больным рекомендуется повышение физической активности, употребление в течение дня значительного объема жидкости (не менее 2 л), увеличение содержания в пищевом рационе пищевых волокон, в частности пшеничных отрубей (до 20-25 г в сутки). Пищевые волокна увеличивают частоту актов дефекации у больных с запором, однако часто вызывают метеоризм, что может привести к самостоятельному прекращению их приема. При недостаточной эффективности диетических мер рекомендуется применение псиллиума [подорожника овального семян оболочка (Мукофальк®)] - по 1 пакетику или 1 мерной ложке препарата 2-3 раза в день после размешивания в большом количестве жидкости (не менее 150 мл). Доказана высокая эффективность псиллиума в лечении хронического запора у пожилых пациентов.

Медикаментозное лечение. Если общие мероприятия недостаточно эффективны в устранении симптомов запора, то рекомендуется назначить слабительные средства.

В качестве *препаратов первой линии* при лечении запора рекомендуют осмотические слабительные, которые способствуют размягчению кишечного содержимого и увеличению его объема: *макро-гол 4000* (Форлакс®); *лактолоза* (Дюфалак®, *лактитол* (Экспортал®)). Применение осмотических слабительных - важный этап в лечении хронического запора, в том числе рефрактерного к терапии диетой с содержанием большого количества пищевых волокон. Благоприятный профиль безопасности осмотических слабительных позволяет применять их у беременных и кормящих женщин.

В качестве *препаратов второй линии* при лечении функционального запора рекомендуют стимулирующие слабительные (*бисакодил*, пико-сульфат натрия, антрахиноны - сеннозиды А и В), усиливающие перистальтику благодаря стимуляции нервных окончаний слизистой оболочки кишечника. Применение стимулирующих слабительных нередко сопряжено с различными побочными эффектами: они могут провоцировать диарею со схваткообразными болями в животе и метеоризмом, приводят к развитию электролитных нарушений (гипокалиемия), обуславливают возникновение дегенеративных изменений клеток мейсс-неровского и ауэрбаховского сплетений, вызывают эффект привыкания и способствуют развитию «синдрома ленивого кишечника» (lazy bowel syndrome). Длительный (более 2 нед) прием стимулирующих слабительных не рекомендован.

При недостаточной эффективности слабительных препаратов рекомендуется назначить энтерокинетики - *прукалоприд* (Резолор®) по 2 мг 1 раз в день (предназначен для симптоматической терапии хронического запора у женщин).

Лечение запора у онкологических больных имеет свои особенности. Перед тем как определиться с типом слабительного средства, следует провести пальцевое

исследование прямой кишки. Если она наполнена твердым калом, следует применять средства, обладающие смягчающим действием - глицерол (Глицерин*) в виде суппозитория, масляную клизму. Перед применением масло следует подогреть до температуры тела. Для поддержания эффекта назначается пероральный прием слабительных, обладающих стимулирующим действием на перистальтику и размягчающих каловые массы. Для этого могут быть использованы лактолоза или лактитол.

Если при пальцевом исследовании в прямой кишке обнаружен мягкий кал, следует назначить бисакодил в свечах и продолжить стимуляцию работы кишечника с помощью слабительных стимулирующего действия. Если при пальцевом исследовании в прямой кишке каловые массы отсутствуют, следует исключить острую кишечную непроходимость. В этом случае клизмы и свечи не используются, а назначают пероральный прием солевых слабительных в качестве неотложной меры, направленной на обеспечение пассажа кишечного содержимого при нарастающей механической непроходимости.

Слабительные, значительно увеличивающие объем кишечного содержимого, типа макрогола (Фортранса*), имеют ограниченное применение в онкологической практике, так как требуют приема большого количества жидкости и не подходят для лечения запора, обусловленного применением наркотических анальгетиков.

респираторные симптомы у паллиативных пациентов

Респираторные симптомы (одышка, кашель) являются частой проблемой у паллиативных пациентов. Так, одышка встречается у 90-95% пациентов с терминальными стадиями заболеваний дыхательной системы, у 78% пациентов с раком легких и у 50-88% пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Частота кашля у пациентов с онкологическими заболеваниями, особенно с раком легких, варьирует от 50 до 90%.

ОДЫШКА

Одышка - это чувство нехватки воздуха, затруднения дыхания или ощущение необходимости в большем усилии при вдохе и выдохе по сравнению с обычным.

По определению Американского торакального общества, «одышка - понятие, характеризующее субъективный опыт дыхательного дискомфорта и включающее в себя качественно различные ощущения, варьирующие по своей интенсивности. Данный субъективный опыт - результат взаимодействия физиологических, психологических, социальных и средовых факторов - может привести к вторичным физиологическим и поведенческим ответам».

Хроническая одышка - это одышка, продолжающаяся более 1 мес. Примерно у двух третей пациентов с одышкой ее причиной являются заболевания сердца и легких (табл. 3.12). Бронхиальная астма, СН, ХОБЛ, пневмония, ишемическая болезнь сердца, интерстициальные болезни легких и психогенные причины составляют 85% причин одышки.

Таблица 3.12. Определение этиологии одышки по данным анамнеза и физикального обследования

Диагностические признаки	Диагноз
Интермиттирующая одышка, наличие провоцирующих (триггерных) факторов, аллергический ринит, носовые полипы, удлиненный выдох, свистящее дыхание	Бронхиальная астма
Курение, профессиональные вредности в анамнезе. Бочкообразная грудная клетка, удлиненный выдох, свистящее дыхание, кашель, выделение мокроты по утрам	ХОБЛ
В анамнезе артериальная гипертензия, ишемическая болезнь сердца или сахарный диабет; ортопноэ*; пароксизмальная ночная одышка; отеки стоп, расширение яремных вен, ритм галопа, влажные хрипы в нижних отделах легких; свистящее дыхание	ХСН
Тревожное состояние, посттравматический стресс, обсессивно-компульсивные и панические расстройства	Тревожные расстройства, гипервентиляция
Одышка, возникающая после приема пищи	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, аспирация, пищевая аллергия
Кровохарканье	Опухоль легких, пневмония, бронхоэктазы, митральный стеноз, артериовенозные пороки развития, ТБ

Диагностические признаки	Диагноз
Рецидивирующая пневмония	Рак легких, бронхоэктазы, аспирация
Действие лекарств	β-Блокаторы: обострение обструктивных заболеваний дыхательной системы. Амиодарон, нитрофурантоин (Фурадонин [®]): пневмонит. Метотрексат: фиброз легких. Наркотики (например, героин): талькоз
Наличие в анамнезе иммуносупрессивного лечения или заболевания, СПИД	Опportunистические инфекции: протозойные (пневмония, обусловленная <i>Pneumocystis carinii</i>); бактериальные (ТБ, легионеллез); вирусные (цитомегаловирус) или грибковые (аспергиллез)
Контакт с неорганической пылью, асбестом или летучими химическими веществами	Пневмокониоз, силикоз, бериллиоз, асбестоз, «легкие шахтера»
Контакт с органической пылью в сельском хозяйстве, птицеводстве и т.д. Контакт с попугаями, голубями, цыплятами, пометом птиц. Заплесневевшее сено, силос, зерно. Лесная дубовая, кедровая пыль; древесина голубой ели	Аллергический пневмонит/экзогенные аллергические альвеолиты. «Легкое птичника». «Легкое фермера». «Легкое лесника»
Акцент II тона над <i>a. pulmonalis</i> , пульсация над правым желудочком; шумы в сердце	Легочная гипертензия
Патологические шумы на вдохе или выдохе, лучше всего выслушивающиеся над трахеей	Обструкция центральных дыхательных путей, паралич голосовых связок, опухоль гортани, стеноз трахеи
Локализованные, ослабленные или отсутствующие дыхательные шумы	Плевральный выпот, ателектазы, пневмоторакс

* Ортопноэ - затруднение дыхания в положении лежа, заставляющее пациента принимать полусидячее положение даже в период сна.

Диагностика одышки

Диагностика причин одышки у паллиативных пациентов в первую очередь должна быть основана на данных детального опроса и объективного осмотра (табл. 3.13), так как применение инструментальных методов диагностики зачастую недоступно у терминальных больных. Для выяснения степени тяжести одышки при опросе можно использовать опросник Британского медицинского совета - mMRC (табл. 3.14).

Таблица 3.13. Дифференциальная диагностика хронической одышки (Morgan W.C., Hodge H.L. Diagnostic evaluation of dyspnea// Am. Fam. Physician. 1998. Vol. 57. P. 712)

Кардиальная	ХСН. Ишемическая болезнь сердца. Аритмии. Болезни перикарда. Клапанные нарушения
Легочная	ХОБЛ. Бронхиальная астма. Интерстициальные болезни легких. Плевральный выпот. Опухоли (первичные или метастазы). Бронхоэктазы
Некардиальная и нелегочная (реже)	Тромбоз эмболии. Психогенные причины (генерализованные тревожные расстройства, посттравматические стрессовые нарушения, панические нарушения). Физическая детренированность. Легочная гипертензия. Ожирение. Анемия тяжелой степени. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Метаболические нарушения (ацидоз, уремия). Цирроз печени. Заболевания щитовидной железы. Нейромышечные заболевания (миастения, боковой амиотрофический склероз). Деформации грудной клетки (кифосколиоз). Обструкция верхних дыхательных путей (заболевания гортани, стеноз трахеи)

Таблица 3.14. Оценка одышки по шкале mMRC

Степень, баллы	Тяжесть	Описание
0	Нет	Одышка не беспокоит, за исключением очень интенсивной физической нагрузки
1	Легкая	Одышка при быстрой ходьбе или подъеме на небольшое возвышение
2	Средняя	Одышка приводит к более медленной ходьбе по сравнению с другими людьми того же возраста, или появляется необходимость делать остановки, чтобы отдышаться, при ходьбе в своем темпе по ровной местности
Степень, баллы	Тяжесть	Описание
3	Тяжелая	Одышка заставляет делать остановки при ходьбе на расстояние около 100 м или через несколько минут ходьбы по ровной местности
4	Крайне тяжелая	Одышка не позволяет выходить из дома или появляется при одевании и раздевании

Кроме того, пациенту могут быть назначены дополнительные исследования, выбор которых зависит как от предполагаемых причин одышки, так и от доступности этих исследований для конкретного пациента в конкретных условиях.

Основные методы исследования, рекомендуемые пациентам с одышкой, включают рентгенографию органов грудной клетки, электрокардиографию, пульсоксиметрию, спирометрию, клинический и биохимический анализы крови (уровень 1 - рис. 3.2). Эти исследования могут быть проведены в амбулаторных условиях, в том числе на дому. При этом они могут быть достаточно информативны в комплексе с подробным анализом данных опроса и объективного осмотра: например, анализ данных анамнеза, результатов физикального обследования и обзорной рентгенографии грудной клетки может помочь поставить диагноз у 81% больных.

Углубленное обследование (уровень 2, 3) также может быть назначено при необходимости, однако следует отметить, что при оказании паллиативной помощи многие методы обследования не могут быть применены, учитывая тяжелое состояние пациентов и возможность проведения некоторых исследований только в условиях стационара.

Лечение одышки

Ведение пациента с одышкой должно включать как меры по лечению заболевания, которое является причиной одышки, так и мероприятия, направленные на уменьшение ее выраженности и улучшение качества жизни пациента. Прежде чем приступить к симптоматическому лечению одышки, необходимо убедиться, что пациент получает все необходимое ему лечение основного заболевания.

Однако подход к лечению пациента с одышкой при оказании паллиативной помощи должен основываться не только на «стандартных» рекомендациях, но и на оценке прогноза, который может иметь различия, например у пациента с раком легкого и у пациента с ХОБЛ.

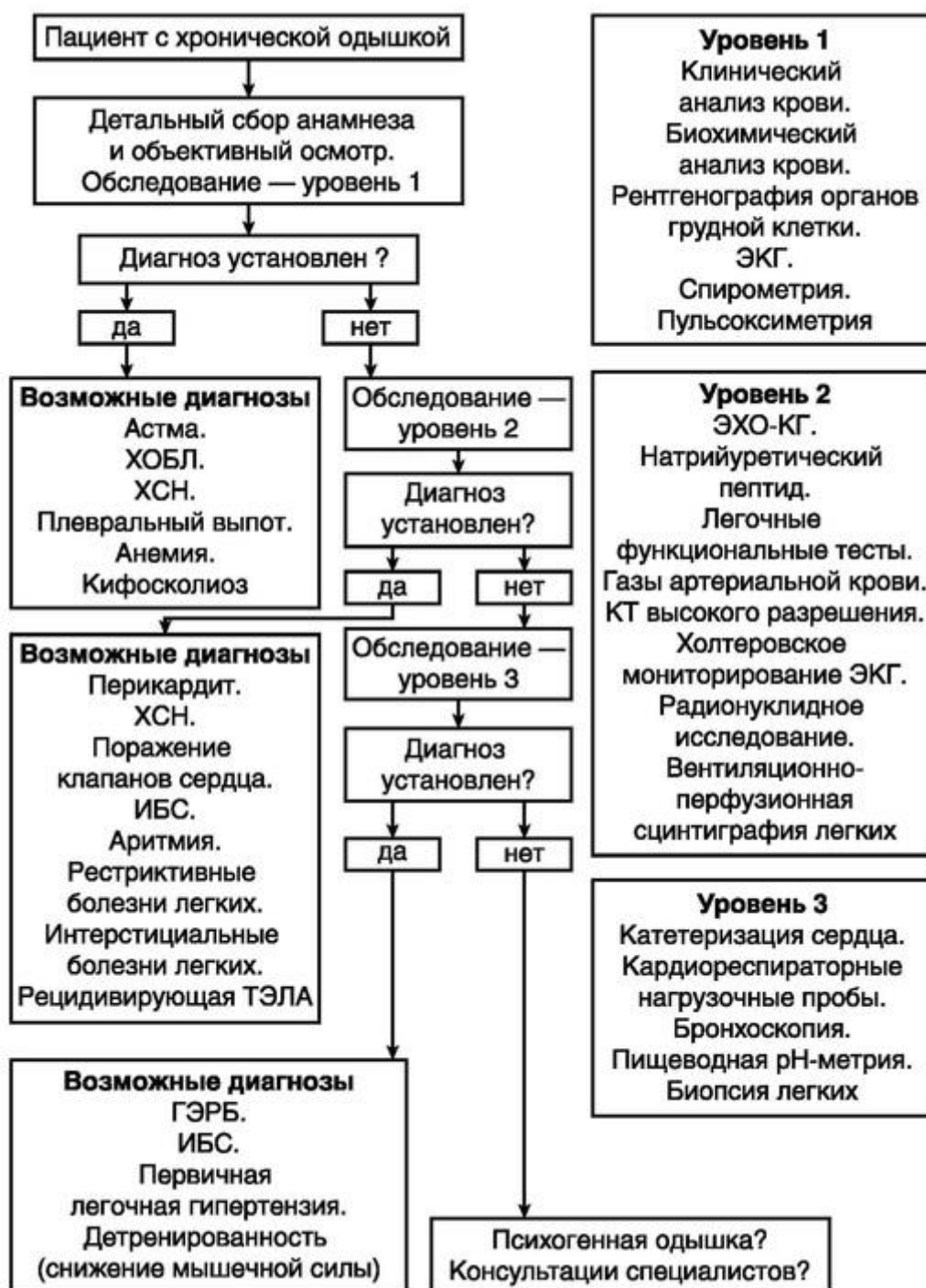


Рис. 3.2. Обследование пациентов с одышкой

Предполагаемый прогноз может быть основан на выраженности одышки:

- одышка только при нагрузке - прогноз от нескольких месяцев до нескольких лет;
- одышка при минимальной нагрузке (прием пищи, разговор) - прогноз от нескольких недель до нескольких месяцев;
- одышка в покое - прогноз от нескольких дней до нескольких недель;
- терминальная одышка (в сочетании с другими симптомами терминального заболевания или угнетением сознания) - прогноз от нескольких часов до нескольких дней.

Нефармакологические подходы к коррекции одышки:

1) оценка восприятия одышки пациентом и лицами, осуществляющими уход:

- оценить уровень тревоги (особенно страха смерти);
- разъяснить причины и механизмы развития симптомов;
- информировать пациента и лиц, осуществляющих уход, что одышка сама по себе не опасна;
- что может/не может произойти («Вы не задохнетесь до смерти»);
- помочь примириться с ухудшением состояния;
- помочь примириться с потерями (роль в семье и обществе, физические возможности);

2) максимальное повышение чувства контроля над одышкой:

- использование портативного вентилятора (уменьшение субъективного чувства удушья);
- рекомендации по контролю дыхания;
- релаксационные техники;
- план действий при острых состояниях: простые письменные пошаговые инструкции;
- методы нетрадиционной медицины (акупунктура, массаж) могут улучшать самочувствие у некоторых пациентов;

3) максимальное увеличение функциональных возможностей и поддержка:

- рекомендовать физические нагрузки до появления одышки для увеличения толерантности к одышке и повышения тренированности;
- при необходимости в дополнительной помощи и поддержке необходимо обеспечить патронажи участковой медсестры, консультацию врача лечебной физкультуры, помощь социального работника;

4) уменьшение чувства личной и социальной изоляции:

- общение с другими пациентами с аналогичными проблемами;
- стационар дневного пребывания;
- кратковременная госпитализация в отделение сестринского ухода.

Более подробно вопросы лечения пациентов с одышкой рассмотрены в разделе «Паллиативная помощь при тяжелых заболеваниях легких».

КАШЕЛЬ

Кашель - это физиологический рефлекс, играющий важную защитную роль в очищении дыхательных путей. Однако чрезмерный, неэффективный или персистирующий кашель является патологическим симптомом, который не только сам по себе беспокоит пациента, но и может приводить к таким нарушениям, как бессонница, мышечные боли, чувство усталости, недержание мочи.

В целом в популяции около 5-10% взрослого населения страдают хроническим кашлем, среди больных с терминальными стадиями хронических заболеваний распространенность кашля может достигать 90%. В соответствии с рекомендациями Европейского респираторного общества (2019) у взрослых хроническим считают кашель длительностью более 8 нед, у детей - более 4 нед (иногда кашель в течение 3-8 нед у детей рассматривают также как затяжной острый).

Наиболее частые причины хронического кашля включают:

- 1) заболевания легких - ХОБЛ, бронхиальную астму, рак легкого или метастазы в легкие, ТБ, бронхоэктазии, интерстициальные заболевания легких, муковисцидоз;
- 2) гастроэзофагеальный рефлюкс;
- 3) СН (левожелудочковая недостаточность);
- 4) постназальный затек (стекание отделяемого из полости носа и околоносовых пазух).

Кроме того, возникновение кашля может быть связано с инфекционными заболеваниями (в том числе ВИЧ-инфекцией), длительным курением (кашель курильщика даже при отсутствии ХОБЛ), предшествующим лечением (последствия лучевой или химиотерапии, прием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или β -адреноблокаторов).

Диагностика

У большинства пациентов причина кашля может быть выявлена при подробном опросе и объективном осмотре. Дополнительные иссле-

дования должны назначаться с учетом общего состояния пациента, клинических возможностей и значимости результатов того или иного метода для выбора тактики лечения пациента и оценки его прогноза.

Анамнез

При опросе пациента облегчить диагностический поиск могут целенаправленно заданные вопросы, примерный перечень которых приведен далее.

- Как давно у вас появился кашель?
- Отходит ли при кашле мокрота? Каково ее количество? Какого цвета? Бывает ли кровь в мокроте?
- Сопровождается ли кашель першением в горле?
- Нет ли боли в груди?
- Не было ли лихорадки, ознобов?
- Не было ли у вас потливости?
- Бывают ли у вас приступы удушья или свистящего дыхания?
- Бывает ли у вас весной и летом слезотечение и насморк?
- Болеет (болел) ли кто из родственников болезнями органов дыхания? Какими?
- Не похудели ли вы за последнее время?
- Кем вы работаете (-ли)? Подвергались ли вы профессиональным вредностям?
- Есть ли у вас дома птицы, животные, рыбки?
- Не приходилось ли вам в последнее время вдыхать резкие запахи, дым?
- Не мог ли какой-либо мелкий предмет попасть вам в дыхательные пути?
- Лежали ли вы недавно в больнице?
- Отекают ли ноги?

Выяснение жалоб и анамнеза помогает в правильной дифференциальной диагностике. Так, наличие большого количества мокроты характерно для легочной патологии. Кашель, беспокоящий ночью, может быть проявлением бронхиальной астмы, инфекции, СН. Кашель при изменении положения тела, во время или после еды, при разговоре, смехе и пении может быть признаком рефлюксной болезни. В диагностике рефлюкса может быть использован опросник о реф-люксе дыхательных путей Халлского университета - Hull Airway Reflux Questionnaire (русскоязычная версия доступна по ссылке <http://www.issc.info/HullCoughHypersensitivityQuestionnaire.html>). Существуют опросники для оценки кашля, позволяющие провести детальный систематизированный опрос пациента.

В табл. 3.15 приводится наиболее полный опросник оценки кашля (Британское торакальное общество), в который входят основные вопросы, характеризующие кашель и сопутствующие симптомы.

Таблица 3.15. Опросник оценки кашля

Имя			
Возраст			
Курение	Да/нет/никогда	Пачко-лет	
Профессия			
Продолжительность кашля			
Предшествующие инфекции верхних дыхательных путей			
Опишите кашель (своими словами)			
Сухой/продуктивный			
Внезапное начало? Аспирация?			
Мокрота (если есть)			
Ночью:	Да/нет		
Пробуждение из-за кашля	Да/нет		
Трудности засыпания из-за кашля	Да/нет		
Типичные раздражители, вызывающие кашель			
Физическая нагрузка	Да/нет	Разговор/смех/пение	Да/нет
Холодный воздух	Да/нет	Прием пищи	Да/нет
Аэрозоли	Да/нет	Смена положения тела	Да/нет
Кашель при подъеме из горизонтального положения	Да/нет	Период времени после еды	Да/нет
Лекарства, облегчающие кашель (поставьте галочкой, какие Вы пробовали принимать)			
Безрецептурные	Да/нет	Ингаляторы	Да/нет (укажите подробно)
Курс пероральных стероидов	Да/нет	Антирефлюксные препараты	Да/нет (укажите подробно)
Антибиотики	Да/нет	Назальные спреи	Да/нет (укажите подробно)
Кодеин	Да/нет	Гомеопатические препараты	Да/нет (укажите подробно)
Сопутствующие респираторные симптомы			
Хрипы	Да/нет		
Одышка	Да/нет		
Боль в грудной клетке	Да/нет		

Другие сопутствующие симптомы		
Изжога/боль в эпигастрии	Да/нет	
Постназальное затекание	Да/нет	
Изменение голоса	Да/нет	
Предшествующие респираторные заболевания		
Хрипы в детстве	Да/нет	
Атопия	Да/нет	Кошки/собаки/травы/пища
Предшествующие заболевания (нереспираторные)		
Лекарственный анамнез (особенно ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента/ β -блокаторы/НПВП)		
Семейный анамнез кашля		
Обследование		

Осмотр

Осмотр пациента с кашлем должен включать не только аускультацию и перкуссию легких, но и обязательный осмотр носа и зева.

Ринофарингоскопия может выявить воспалительные изменения, назальные полипы, слизисто-гнойное отделяемое (при риносинуситах), стекание назального секрета по задней стенке глотки (постназальный затек).

Аускультативными признаками обструктивных нарушений являются удлинение выдоха и свистящее дыхание. Крепитирующие локальные хрипы могут свидетельствовать о бронхоэктазах, а распространенные нежные крепитирующие хрипы - о диссеминированных процессах в легких.

Признаки плеврального выпота и ателектаза доли легкого у курящего пациента могут быть проявлениями периферического рака бронха.

Увеличение размеров сердца, сердечные шумы, отеки нижних конечностей свидетельствуют о патологии сердечно-сосудистой системы, при которой также может возникать хронический кашель.

Обследование пациентов с кашлем

Обследование пациентов с терминальными стадиями хронических заболеваний часто бывает затруднено. Поэтому выбор методов обследования должен учитывать не только направления диагностического поиска, но и общее состояние пациента, а также то, каким образом результаты обследования повлияют на дальнейшее лечение и прогноз заболевания. Перечень возможных обследований может включать рентгенографию органов грудной клетки и спирометрию. Если причина кашля остается неясной, при наличии показаний и возможности на этапе специализированной или стационарной помощи возможно проведение дополнительных исследований: бронхоскопии, компьютерной томографии грудной клетки высокого разрешения.

Учитывая эпидемиологическую ситуацию в Российской Федерации, при подозрении на ТБ легких необходимо целенаправленно и многократно исследовать мокроту на микобактерии туберкулеза (МБТ).

Следует учесть, что причинами кашля могут быть заболевания и состояния, при которых рентгенограмма органов грудной клетки и спирометрия не выявят отклонений от нормы:

- 1) кашлевой вариант бронхиальной астмы и эозинофильный бронхит;
- 2) заболевания носоглотки, сопровождающиеся воспалением и/или выработкой патологического секрета;
- 3) гастроэзофагеальный рефлюкс;
- 4) лекарственная терапия иАПФ;
- 5) психогенный кашель;
- 6) идиопатический кашель.

Алгоритм диагностики и лечения хронического кашля, рекомендованный Европейским респираторным обществом (2019), представлен на рис. 3.3. Однако следует еще раз отметить, что в условиях оказания паллиативной помощи не все методы обследования могут быть применимы.

Лечение кашля

Тактика лечения пациента с хроническим кашлем зависит в первую очередь от основного заболевания, являющегося причиной кашля. Однако существуют общие подходы к терапии, которые позволяют выделить три основных направления лечения:

- 1) устранение причин кашля (лечение основного заболевания и его осложнений);
- 2) подавление сухого кашля (противокашлевые средства);
- 3) повышение продуктивности влажного кашля (мукорегуляторы).

Устранение причин кашля

При онкологических заболеваниях возможно проведение лучевой или химиотерапии, а при кашле, связанном с их последствиями (инфильтрация, фиброз), назначают глюкокортикоиды.



Рис. 3.3. Алгоритм диагностики и лечения хронического кашля (Европейское респираторное общество, 2019)

Лечение бронхиальной астмы и ХОБЛ проводится в соответствии с современными международными рекомендациями [GINA, GOLD- the Global Initiative for Asthma (Глобальная инициатива по астме, международные клинические рекомендации)], the Global Initiative for CHRONIC OBSTRUCTIVE LUNG DISEASE.

При кашле, связанном с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, назначают ингибиторы протонной помпы и антацидные препараты.

ХСН требует комплексного лечения в соответствии с современными международными и национальными рекомендациями.

При наличии кашля, связанного с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, помимо ирригационной терапии (промывание полости носа изотоническим солевым раствором), могут быть рекомендованы по показаниям деконгестанты, местные стероидсодержащие препараты, а также антибиотики.

Если кашель связан с приемом ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента или β -адреноблокаторов, эти препараты следует отменить.

Подавление сухого кашля

При длительном сухом кашле, изматывающем пациента и ухудшающем качество его жизни, могут быть рекомендованы противокашлевые препараты.

К средствам центрального действия относятся кодеин-содержащие препараты, декстрометорфан, а также окселадин, [бутамират](#), глауцин и др. Кодеин-содержащие препараты в настоящее время не рекомендуются к применению как из-за риска побочных эффектов, так и в связи с низкой эффективностью. Декстрометорфан обладает неизбирательным действием, угнетая не только кашлевой, но и дыхательный центр. Ненаркотические препараты (окселадин, глауцин и др.) частично подавляют кашлевой центр, не влияя при этом на дыхательный. В зарубежных рекомендациях по паллиативной помощи пациентам с кашлем рассматривается применение морфина, прием начинают с дозы с 2,5-5 мг каждые 4-6 ч, затем переходят на прием таблеток медленного высвобождения в дозе 10 мг каждые 12 ч.

Противокашлевые средства периферического действия (преноксидиазин, [леводропропизин](#)) обладают анестезирующим действием на слизистую оболочку дыхательных путей, оказывают местное противовоспалительное действие, способствуют расслаблению гладкой мускулатуры бронхов. Периферическим противокашлевым действием также обладают обволакивающие лекарственные средства (таблетки для рассасывания, сиропы и чай, содержащие растительные экстракты эвкалипта, лакрицы, дикой вишни и т.д.).

Для уменьшения кашля также могут быть рекомендованы аэрозоли и паровые ингаляции для увлажнения слизистых оболочек дыхательных путей (2,5-5 мл 0,9% р-ра хлорида натрия через небулайзер).

Повышение продуктивности влажного кашля

При необходимости улучшения отхождения мокроты (ХОБЛ, пневмония, бронхоэктазы и т.д.) противокашлевые средства не показаны. В этих случаях должны быть назначены препараты, влияющие на свойства и продукцию мокроты (мукорегуляторы): экспекторанты, муколи-тики и мукокинетики.

Эспекторанты (секретолитики или отхаркивающие препараты) рефлекторного действия стимулируют секрецию бронхиальных и слюнных желез. К ним относятся растительные вещества (термопсис, алтей, чабрец, эфирные масла, терпингидрат, [гвайфенезин](#) и др.), соли йода и др. При приеме пероральных препаратов этого класса необходимо выпивать достаточное количество жидкости.

К ингаляционным экспекторантам резорбтивного действия относится гипертонический раствор NaCl, который непосредственно стимулирует бронхиальные железы и увеличивает поступление жидкости в бронхиальный секрет.

Противопоказано назначение этих препаратов при слабости дыхательной мускулатуры, травмах грудной клетки, поражении центральной нервной системы. Также не следует сочетать применение экспекторантов с противокашлевыми препаратами.

Муколитики - препараты, уменьшающие вязкость мокроты ([амброксол](#) и его производные, [карбоцистеин](#) и его производные, аце-тилцистеин и его производные). Возможно небулайзерное применение ацетилцистеина, однако следует помнить о том, что его запах может вызвать у пациента неприятные ощущения, а также тошноту и рвоту.

Мукокинетики улучшают мукоцилиарный клиренс и уменьшают бронхиальное сопротивление, что облегчает движение мокроты по бронхиальному дереву. К ним относят бронхолитики короткого действия, применение которых у пациентов без обструктивных нарушений не оправдано. Кроме того, мукокинетическими свойствами обладают препараты комплексного действия [амброксол](#) и [карбоцистеин](#).

Глава 4 частные вопросы ухода за пациентами

уход за полостью рта

Сухость во рту является частой проблемой пациентов, умирающих от рака. У здорового человека вырабатывается в течение суток около 1-1,5 л слюны, которая помогает пережевывать пищу, говорить, защищает от инфекции.

Сокращение слюноотделения связано с применением ряда медикаментов (наркотические анальгетики, антигистаминные препараты, антиконвульсанты, диуретики).

Кроме того, имеет значение дегидратация, дыхание через рот, повышенная тревожность.

Поражение полости рта в виде мукозитов наблюдается при проведении химиотерапии или лучевой терапии. В этих случаях речь идет не просто о сухости во рту, а о тяжелом поражении слизистой оболочки щек, губ, десен, твердого нёба, вплоть до развития язв.

Стоматит сопровождается болевым синдромом, что доставляет страдания пациенту и резко ограничивает объем потребляемой пищи и жидкости.

Уход за полостью рта включает в себя следующие мероприятия.

- Поддержание чистоты полости рта путем тщательного ухода за зубами (необходимо объяснить близким пациента, насколько важно обеспечить эту гигиеническую процедуру не только утром и вечером, но и после приема пищи).

Рекомендуют полоскание рта специальными растворами («Лесной бальзам», либо 0,5% раствор бикарбоната натрия, либо отвар аптечной ромашки). Зубные протезы также должны механически обрабатываться после приема пищи, чтобы исключить пребывание остатков пищи во рту.

- Уход за слизистой губ для поддержания их влажности. Для этого можно использовать [глицерол](#) (Глицерин*), [вазелин](#), периодическое смазывание губ влажной губкой, гигиеническую губную помаду.
- Для поддержания влажности в полости рта больному рекомендуют пить воду маленькими глотками или периодически сосать кусочки льда.
- Для очищения слизистой оболочки языка и стимуляции саливации предлагают сосать кусочки ананаса или таблетки аскорбиновой кислоты.
- Для усиления саливации полезно использовать жевательную резинку.

Необходимо отметить, что при уходе за полостью рта не так важно, какие средства используются, а то, насколько часто эти процедуры выполняются.

Выполнение элементарных гигиенических процедур каждые два часа более эффективно предотвращает развитие инфекции, нежели спорадическое проведение этих мероприятий.

При появлении симптомов кандидоза полости рта, который проявляется в виде белых бляшек на слизистой оболочке щек и/или языка, гладкой красной болезненной слизистой оболочке языка и/или щек; ангулярного стоматита, рекомендуется назначить [нустатин](#) в виде таблеток по 500 тыс. ЕД 4 раза в день. При атрофическом кандидозе полости рта, который может быть спровоцирован использованием зубных протезов, рекомендуется применение *флуконазола* в дозе 50 мг в сутки в течение 14 дней. Для обработки протезов используются антисептические средства [хлоргексидин, бензилдиметил[3-(миристоиламино) пропил] аммоний хлорид моногидрат (Мирамистин*)]. При развитии орофарингеального

кандидоза флуконазол используется в дозе 150 мг 1 раз в сутки, продолжительность лечения составляет 7-14 дней.

профилактика и лечение декубитальных язв (пролежней)

Пролежень - это ишемический некроз мягких тканей, который возникает под действием длительного механического давления, трения или растяжения. Пролежни образуются там, где мягкие ткани оказываются «зажатыми» между костным выступом и опорной поверхностью.

Распространенность пролежней у пациентов, получающих паллиативную помощь, по данным британских специалистов, составляет от 15 до 43%. Их появлению способствуют снижение двигательной активности, постельный режим, нарушения иннервации в виде парезов или параличей, нарушения сознания, старческий возраст (более 2/3 случаев наблюдается у пациентов старше 70 лет), сердечно-сосудистые заболевания, дегидратация, нарушения питания.

Чаще всего пролежни развиваются в области крестца, тазовых сочленений, лопаток, пяток, локтей, в затылочной области. Появлению пролежней у лежащих больных способствуют неровная, жесткая постель, складки на простыне и нижнем белье, скопившиеся крошки пищи, влажная кожа, загрязненная выделениями.

В соответствии с классификацией, предложенной Американским национальным советом экспертов по данной проблеме в 1992 г., выделяют четыре стадии патологических изменений кожных покровов.

1-я стадия - появление устойчивой гиперемии, которая может исчезнуть в течение 24 ч при прекращении давления в этой области. Нарушений целостности кожных покровов не наблюдается. В области пяток образование пролежня происходит более незаметно из-за толстого слоя кожи. Признаком начала образования пролежня служит наличие белого пятна.

2-я стадия - повреждение эпидермиса с образованием поверхностной язвы розового цвета в виде ссадины либо пузыря, который быстро вскрывается. Поврежденная поверхность кожи становится источником болезненных ощущений.

3-я стадия - повреждение всех слоев кожи. Происходит разрушение кожных покровов до мышечного слоя, появляются сине-черные некротические ткани. Пролежень выглядит как глубокий кратер с повреждением окружающей ткани или без него.

4-я стадия - полная потеря участка кожи с частичным или полным некрозом тканей, распространение процесса разрушения на мышцы, сухожилия и кости. Появление полостей и свищей.

ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

Появление пролежней является не только физической, но и моральной травмой как для пациента, так и для его близких. При оказании помощи в домашних условиях необходимо объяснить родственникам, как правильно осуществлять уход, чтобы подобных явлений не возникло.

Уход за кожей и меры ранней профилактики

1. У всех больных групп повышенного риска необходимо по крайней мере 1 раз в день проверять состояние кожных покровов.

2. Кожу нужно протирать каждый раз после ее загрязнения, а также через определенные интервалы времени. Следует избегать использования горячей воды, а для очищения кожи применять гели, шампуни, которые не вызывают раздражения или сухости кожи.

3. Необходимо следить за влажностью окружающего воздуха и поддерживать комфортную температуру не ниже 20 °С. При повышенной сухости кожи следует использовать увлажняющий крем для тела.
 4. При проведении массажа следует избегать участков тела с близко подлежащими костями скелета, чтобы случайно не нанести даже небольшого повреждения, которое может затем превратиться в декубитальную язву.
 5. Повреждения кожных покровов в результате механического давления и трения можно предотвратить, следя за правильным положением тела больного, периодически меняя его (каждые 2 ч), а также используя противопролежневый матрац. Во время перемещения больного необходимо его приподнимать, а не тянуть. Уровень изголовья должен быть максимально низкий (не более 30°). Для обработки кожных покровов не следует использовать камфору (Камфорный спирт*). Для уменьшения трения кожи подгузниками используются специальные мази и кремы.
 6. При появлении признаков белковой и энергетической недостаточности необходимо внести коррекцию в рацион в соответствии с рекомендациями по лечению кахексии, изложенными в соответствующем разделе главы, так как при сохраняющейся нутритивной недостаточности лечение декубитальных язв будет неэффективно.
 7. Необходимо поддерживать физическую активность и адекватную подвижность больного.
 8. Следует максимально избегать постоянного нахождения пациента в постели. Если его состояние не позволяет свободно перемещаться по квартире, но он может отправлять свои физиологические потребности в туалете, следует использовать биотуалет, который может быть расположен в непосредственной близости к постели.
 9. При использовании судна лучше выбирать резиновое, так как металлическое может травмировать кожу.
 10. Постель должна быть застелена без складок. Прием пищи в постели лучше осуществлять с помощью небольшого столика на низких ножках, который устанавливается непосредственно в постели, либо подноса, чтобы максимально избежать попадания крошек на белье.
 11. При смене постельного белья нельзя вытягивать или выдергивать из-под больного простыню, это может привести к мацерации и, как следствие, образованию пролежня. Родственники, не имеющие опыта ухода за терминальными больными, обычно с благодарностью принимают информацию, если им объясняют, каких осложнений можно избежать при использовании этих рекомендаций.
- Медицинский персонал, посещающий терминального пациента в домашних условиях, каждый раз должен осмотреть пациента буквально с головы до пяток, чтобы своевременно выявить повреждения кожных покровов.
- Для лечения пролежней используют различные типы повязок, однако главным условием является устранение фактора давления.
- Оценка риска развития пролежней является важной составляющей их профилактики. Для этого используются различные шкалы: шкала Norton (1962), шкала Ватерлоу (1985), шкала Braden (1987), шкала Medley (1991) и др. В табл. 4.1 приведена шкала Ватерлоу.

Таблица 4.1. Шкала Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней

Телосложение: масса тела отно- сительно роста	Балл	Тип кожи	Балл	Пол, возраст, лет	Балл
Среднее.	0	Здоровая.	0	Мужской.	1
Выше среднего.	1	Папиросная	1	Женский.	2
Ожирение.	2	бумага.		14–49.	3
Ниже среднего	3	Сухая.	1	50–64.	2
		Отечная.	1	65–74.	3
		Липкая (повышен- ная температура).	1	75–81.	4
		Изменение цвета.	2	Более 81	5
		Трещины, пятна	3		
Особые факторы риска	Балл	Недержание	Балл	Подвижность	Балл
Нарушение пита- ния кожи, напри- мер терминальная кахексия.	8	Полный контроль/ мочевой катетер.	0	Полная.	0
СН.	5	Периодическое недержание мочи.	1	Беспокойный, суетливый.	1
Болезни перифе- рических сосудов.	5	Недержание кала.	2	Апатичный.	2
Анемия.	2	Недержание кала и мочи	3	Ограниченная подвижность.	3
Курение	1			Инертный.	4
				Прикованный к креслу	5

Окончание табл. 4.1

Аппетит	Балл	Неврологические расстройства	Балл	Лекарственная терапия	Балл
Средний.	0	Например, диабет,	От 4	Цитостатические	4
Плохой.	1	множественный	до 6	препараты.	
Питательный	2	склероз, инсульт,		Высокие дозы	4
зонд/только жид- кости.		моторные/сенсор- ные, паралич		стероидов.	
Не через рот/ано- рекция	3			Противовоспа- лительные	4

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

- нет риска - 1-9 баллов;
- есть риск - 10-14 баллов;
- высокая степень риска - 15-19 баллов;
- очень высокая степень риска - свыше 20 баллов.

У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов.

ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

При первой стадии развития пролежня необходимо устранение давления на кожу, что может способствовать устранению гиперемии и предотвратить дальнейшее развитие пролежня. Для защиты поверхности кожи могут быть применены специальные повязки типа Tegaderm, которые создают барьер для инфекции. Это стерильная пленка на полимерной основе с адгезивным слоем, которая пропускает воздух и защищает поверхность кожи в течение длительного времени (до 96 ч).

При признаках повреждения эпидермиса (вторая стадия) рекомендуется использовать самофиксирующуюся гидроколлоидную повязку с полупроницаемым верхним слоем, который препятствует проникновению микроорганизмов и воды. Благодаря преобразованию гидроколлоидных составляющих в гель повязка способствует созданию влажной среды в ране, ускоряет ее очищение, стимулирует процессы грануляции и эпителизации, не раздражая поверхность раны. Повязка может находиться в области повреждения в течение 5-7 дней. При наличии дефекта тканей рекомендуется использовать гидроколлоидный гель (гранугель). При его нанесении создается влажная среда, способствующая аутолитическим процессам в ране. Используется совместно с гидроколлоидными повязками. Гидроколлоидные повязки противопоказаны при инфицированных язвах.

При развитии некроза тканей (3-я стадия) и глубоком поражении тканей (4-я стадия) показано использование другого типа повязок. На этой стадии формирования декубитальных язв, как правило, присоединяется микробная флора, происходит усиление воспалительного процесса, что сопровождается выраженным болевым синдромом и обильной экссудацией, доставляющими дополнительные страдания больному. Местное применение антибактериальных средств проблематично, так как быстро развивается резистентность штаммов микроорганизмов к этим препаратам. Регулярное использование антисептических растворов [хлоргексидин, [водорода пероксид](#) (Перекись водорода*)] для санации язвы во время перевязки оказывает цитотоксическое действие на грануляции и угнетает пролиферацию. Кроме того, частые перевязки являются дополнительным травмирующим фактором для терминального больного. Альтернативой является применение современных раневых покрытий с включением в них в качестве антимикробного средства серебра, которое эффективно воздействует на патогенную микрофлору. В настоящее время имеется большой выбор повязок, содержащих серебро (сорбсан силвер, актисорб силвер и др.). Кроме того, в этих повязках присутствуют другие материалы (полиуретановая пена, [активированный уголь](#), нейлоновое покрытие, гидроколлоиды), которые служат для создания влажной среды, обеспечивающей более быстрое заживление, стимулируют процессы аутолитического очищения, пролиферацию фибробластов, способствуют устранению сильной экссудации, неприятного запаха, боли и дискомфорта. При появлении обильного экссудата используются кальциево-альгинатные повязки, обладающие высокой впитывающей способностью (супрасорб А) и альгинатные повязки (сорбсан, сорбалгон, тегаген и др.). Следует проинформировать родственников о целесообразности применения специального впитывающего белья, которое будет способствовать поддержанию чистоты и опрятности постели, что является важным фактором профилактики появления новых повреждений кожи.

В настоящее время существуют разнообразные повязки, которые могут использоваться на разной стадии развития декубитальных язв (табл. 4.2).

Таблица 4.2. Повязки, применяемые при различных типах ран, в том числе декубитальных язвах

Вид повязок	Тип раны, при котором показано применение	Функциональные свойства повязки	Наименования повязок
Супер-поглотители	Раны с выраженной экссудацией	Абсорбируют жидкость, способствуют очищению раны, процессам пролиферации	ТендерВет, Месалт, Мелгисорб
Губчатые повязки	Раны с выраженной экссудацией	Абсорбируют жидкость, стимулируют грануляции, способствуют профилактике мацерации кожи	ТруФоам, Биатейн, Тиелле, ПемаФом, Сюспур-дерм, Алливин, АскинаФоам, Мепилекс
Альгинатные повязки	Раны с выраженной экссудацией	Связывают жидкость, очищают раны, способствуют дренированию и гемостазу, стимулируют грануляции	Сорбалгон, Супрасорб А, Аскина Сорб, Сильверсель, Сисорб, Тегаген
Повязки с серебром	Инфицированные раны	Широкий антимикробный спектр действия за счет ионов активного серебра	Аскина Калгитроль Аг, Биатейн Аг, Аквасель Аг Гидрофайбер
Повязки с углем	Инфицированные раны с запахом	Для связывания запаха, продуцируемого некоторыми видами ран	Аскина Карбосорб
Гидроколлоидные повязки	Раны со средней экссудацией	Абсорбируют жидкость, очищают рану, стимулируют грануляции и эпителизацию, хорошо держатся без прилипания к ране	Гидроколл, Супрасорб-Н, Дуодерм, Рестор, Аскина Гидро, Интрасайт, Аскина Биофилм, Комфил Плюс, Грануфлекс/Дуодерм
Атравматические сетчатые повязки	Раны со средней экссудацией	Хорошо проникаемы, легко моделируются, не прилипают к ране, защищают грануляции, но требуют вторичного покрытия	Активтэкс, Воскопран, Атрауман Аг, Бранолинд-Н, Гразолинд, Адаптик, Инадин, Олдресс

Окончание табл. 4.2

Вид повязок	Тип раны, при котором показано применение	Функциональные свойства повязки	Наименования повязок
Гидрогели	Раны с минимальной экссудацией	Создают влажную среду, плохо поглощают и очищают, уменьшают боли, не прилипают к ранам	Гидросорб, Супрасорб-Г, Интрасайт гель, Спан гель, Вигилон, Эластогель, Ну-гель, Аскина гель, Пурилон, Каррингтон-гель, Гранугель
Пленки	Первично закрытые раны	Непроницаемы для воды и бактерий, проницаемы для паров воды, обеспечивают влажную среду для эпителизации	Оп-сайт, Космопор, Гидрофилм, Тегадерм, Блистерфилм
Силиконовые повязки	Уход за рубцами	Создают благоприятную среду для ведения гипертрофических рубцов	Мепиформ

Целями лечения декубитальных язв у терминальных больных являются минимизация стресса и дискомфорта и при возможности - улучшение заживления.

уход за стомами

Стома (лат. *stoma*, мн. *stomata*) - искусственное отверстие, создающее сообщение между полостью любого органа (например, кишечника, трахеи) и окружающей средой. Накладывается на полый орган при его непроходимости или для исключения из работы отделов, лежащих ниже.

Техника наложения стомы известна в течение последних двухсот лет, но только полвека назад была признана необходимость внедрения программ образования и реабилитации для пациентов со стомами. Жизненно важно, чтобы пациенты были четко информированы о том, что означает иметь стому.

Многие пациенты испытывают страх, одиночество и совершенно растеряны как до, так и после стомирующей операции, и это не просто естественная нервозность, которая сопровождает любую серьезную операцию. Причинами подобного состояния могут быть:

- недостаток информации;
- недостаток понимания со стороны близких;
- то, что их состояние является общественным табу;
- физическая и эмоциональная изоляция;
- боязнь оказаться не в состоянии когда-либо вернуться к обычной жизни.

Пациент с заболеванием, при лечении которого необходимо наложение стомы, должен быть максимально реабилитирован, и этот процесс должен начинаться еще до операции.

Этапы реабилитации стомированного пациента

1. Диагностический этап - от начала заболевания до момента госпитализации.
2. Хирургический этап - от момента госпитализации до выписки стомированного пациента из стационара.
3. Реконвалесцентный этап, включающий процесс реабилитации. Задачи реабилитационного процесса:

- обучение пациента;
- определение и подбор необходимых средств ухода (калоприемников);
- обеспечение калоприемниками;
- рационализация питания и образа жизни;
- профилактика отдаленных осложнений;
- специализированное диспансерное наблюдение;
- определение степени нетрудоспособности;
- включение пациента в сферу деятельности социальных служб и организаций, занимающихся помощью и взаимопомощью;
- определение необходимости реконструктивно-восстановительных и корректирующих операций и их проведение.

Заболевания, ведущие к наложению стомы:

Источник KingMed.info

- колоректальный рак (более 90% всех случаев наложения стомы);
- неспецифический язвенный колит;
- болезнь Крона;
- ишемический колит;
- лучевые поражения;
- семейный полипоз;
- болезнь Гиршпрунга;
- аноректальное недержание;
- травмы;
- врожденные аномалии развития. *Классификация стом:*

- по цели:

- постоянная;
- временная;

- по форме:

- одноствольная (концевая);
- двуствольная;
- краевая;
- петлевая;
- раздельная;

- по отношению к брюшной полости:

- внутрибрюшинная;
- внебрюшинная;

- по способу формирования:

- плоская;
- столбиковая;

- по локализации:

1) типичная:

- ✧ колостома; ✧ цекостома; ✧ асцендостома; ✧ трансверзостома; ✧ десцендостома;
- ✧ сигмостома; ✧ илеостома;

2) атипичная;

- по клиническому течению:

- неосложненная;
- осложненная.

Наиболее частые осложнения, связанные со стомами:

- дерматит, в том числе аллергическая реакция кожи на защитные прокладки, адгезивные повязки и пасты, изоляционные ленты;
- кишечная непроходимость;
- эвентрация;
- некроз;
- ретракция;
- перфорация;
- стеноз;
- ущемление;
- инфекции;
- перистомальные грыжи;
- свищи (параколостомические, лигатурные);
- эвагинация;
- стриктуры.

Пациент должен понять, что кишечную стому надо рассматривать как обычный задний проход, но расположенный в другом месте (на передней брюшной стенке) и лишенный сфинктеров, а значит, и функции удержания стула. Также при наличии стомы отсутствуют позывы на дефекацию, кал и газы отходят спонтанно, без контроля. При этом, получив консультацию по уходу за стомой и современные калоприемники, можно вполне справиться с такой новой особенностью гигиены и быта.

Калоприемник - современное техническое средство реабилитации, которое позволяет пациенту решить проблему опорожнения кишечника при выводе стомы.

Современные калоприемники компенсируют утраченные после операции функции, содержимое кишки - кал и газы - надежно изолированы в герметичном пакете.

Консистенция и частота стула пациента зависят от того, какой именно отдел кишки выведен.

Илеостома располагается в правой подвздошной области, на переднюю брюшную стенку выводится подвздошная кишка. Следует помнить, что за сутки из илеостомы происходит многократное выделение жидкого кала, содержащего в большом количестве переваривающие ферменты и оказывающего раздражающее действие на окружающую кожу.

Цекостома также располагается в правой подвздошной области, выводится слепая кишка. Поскольку она следует непосредственно за тонкой кишкой, из цекостомы многократно за сутки выделяется жидкий кал.

Трансверзостома может располагаться в правом или левом подреберье, а также по средней линии живота выше пупка. Этот вид стомы формируется из поперечной ободочной кишки. У большей части больных происходит выделение кашицеобразного содержимого, легко раздражающего кожу вокруг стомы.

Сигмостома располагается в левой подвздошной области, выводится сигмовидная кишка. По сигмостоме кал выделяется, как правило, один-два раза за сутки, по консистенции - практически оформленный.

Также характер стула зависит от характера питания и психоэмоционального состояния человека. Стресс или некоторые продукты питания могут вызвать расстройства пищеварения.

УХОД ЗА СТОМОЙ

Большинство пациентов могут самостоятельно проводить регулярный гигиенический туалет своей стомы, и им нужно дать понять, что это не перевязка, что стома - не рана, и не требуется никаких специальных, а тем более стерильных, условий для ухода за стомой и кожей вокруг нее. Сами пациенты все гигиенические мероприятия обычно выполняют без перчаток; не нужно бояться трогать стому руками.

Обмывать стому и кожу вокруг нее надо проточной теплой водой, в случае значимых загрязнений - с детским мылом. Удобнее принимать душ, удалив с тела калоприемник. Кожу вытирают мягким полотенцем аккуратными промокающими движениями. Не следует допускать трущих движений, особенно махровым полотенцем. Во время туалета при неосторожном прикосновении стома может кровоточить. Это нормально, так как стома - это кишка, вывернутая наружу нежной слизистой оболочкой. Чтобы остановить кровотечение достаточно прижать к стоме марлевую салфетку. Категорически нельзя использовать водорода пероксид (Перекись водорода*) и спиртовые растворы красителей. Для протирания кожи вокруг стомы не используют ни алкогольсодержащие жидкости, ни эфир, ни антисептические растворы. Они могут вызвать раздражение, сухость кожи, аллергическую реакцию, а также ухудшить прилипание калоприемника. При наличии волос вокруг стомы их нужно удалить. Самое лучшее - регулярно состригать волосы ножницами. Брить волосы не рекомендуется.

Если планируется после туалета стомы какое-то время не использовать калоприемник, дать коже отдохнуть немного, можно смазать ее нейтральным кремом (например, «Детским»). Но перед тем как опять прикрепить калоприемник, нужно обязательно промыть кожу. Саму стому смазывать ничем не надо.

Если пациент сам производит смену калоприемника и уход за стомой, это удобно делать в ванной комнате, стоя перед зеркалом. Можно менять калоприемник сидя или лежа, используя небольшое зеркальце.

Для туалета стомы и замены калоприемника могут понадобиться:

- салфетки, смоченные водой;
- сухие салфетки;
- пластиковые мешки для мусора (для использованного калоприемника);
- ножницы, лучше с загнутыми концами, типа маникюрных;
- карандаш или ручка;
- новый калоприемник;
- паста герметизирующая лечебная.

ПОДБОР КАЛОПРИЕМНИКА

Калоприемники бывают двух основных типов:

- однокомпонентные - клеящая адгезивная пластина и мешок представляют собой единое целое;
- двухкомпонентные - клеящая адгезивная пластина наклеивается на стенку живота отдельно, а мешок крепится с помощью фланцевого кольца к пластине отдельно.

Диаметр вырезаемого отверстия у калоприемников (пластин) колеблется от 10 до 76 мм (у послеоперационных может достигать 100 мм). Однокомпонентные калоприемники могут быть двух типов:

1. Дренируемые (открытые): обычно рекомендуются для пациентов с илеостомой, когда стул не оформлен, опорожнение кишечника неконтролируемое и многократное. Однокомпонентные дренируемые калоприемники следует регулярно опорожнять, для этого внизу мешка есть специальное отверстие, закрепляемое защелкой. Смена таких калоприемников происходит обычно один раз в три дня.
2. Недренируемые (закрытые): обычно рекомендуются для пациентов с колостомой, когда стул оформлен и опорожнения происходят 1-2 раза в сутки. Однокомпонентные недренируемые калоприемники следует менять после каждого опорожнения, то есть 1-2 раза в сутки.

Двухкомпонентные калоприемники также могут быть дренируемыми (открытыми) или не дренируемыми (закрытыми). Мешки опорожняются по возможности чаще. Дренируемые мешки меняются через день. Пластина этих изделий меняется не ранее чем через 48 ч; обычное время ношения достигает 5 сут и более. Людям с илеостомой обычно нужно чаще менять калоприемник, так как содержимое тонкой кишки быстро разъедает лечебную основу пластины или самоклеящегося мешка и раздражает кожу.

По типу пластины калоприемники делят на обычные и конвексные. Обычные пластины калоприемника могут подразделяться на полные и облегченные (не у всех производителей). Конвексные однокомпонентные калоприемники или конвексные пластины используются, если стома «утоплена» или подшита наравне с кожей брюшной полости. Конвексную пластину рекомендуют носить с поясом для более прочной фиксации, для этого у пластины имеются специальные «ушки».

Калоприемники могут быть разного размера (вплоть до самых маленьких, незаметных под купальником, высоким бельем или специальными поясами); прозрачные и непрозрачные, с красивыми рисунками (для детей); со встроенным фильтром и без него. Фильтры могут прилагаться отдельно с возможностью их самостоятельного приклеивания и активации. Некоторые производители предлагают тампоны для стомы, имеющие минимальные размеры и аккуратный внешний вид; они используются непродолжительное время.

Следует знать о существовании специальных аксессуаров, облегчающих уход за стомой и улучшающих качество жизни. К ним относятся: нейтрализатор запаха, пластыри для подклеивания калоприемника, защитные пленки, защитные кремы, защитные кольца, кольцевые прокладки, очистители для кожи, паста для герметизации, паста для защиты и выравнивания кожи, пудра абсорбирующая, салфетки защитные, салфетки для удаления адгезива.

РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

- В первые восемь недель после операции отверстие стомы может сжаться и продолжать уменьшаться в размере в последующие восемь месяцев. Пациента предупреждают о данном факте и учат вырезать отверстие на пластине или прокладке в соответствии с размерами стомы.
- Первые 6-8 нед определять размер стомы нужно еженедельно, затем ежемесячно в течение первого года. В дальнейшем - определять размер стомы каждые 6 мес.
- Перед креплением пластины рубцы, складки кожи или места ее деформации необходимо обработать специальной выравнивающей пастой (обычно содержащей в составе пектин).

- При аллергии дальнейшее использование продукции под данным брендом исключить.
- Когда под пластиной влажно, может возникнуть грибковая сыпь. В этом случае перед наклеиванием пластины следует посыпать перистомальную кожу противогрибковой пудрой.
- Сильное раздражение кожи может потребовать лечения топическими стероидами. Не смазывать перистомальную кожу кремом или маслами, они препятствуют нормальному креплению пластины.

Питание стомированных больных

Стомированным пациентам соблюдать диету обычно не нужно, если для этого нет особых медицинских показаний, но каждый человек должен определить для себя некоторые индивидуальные правила питания и следовать им в той или иной мере.

Общие рекомендации:

- принимать пищу не менее 3 раз в день;
- есть в одно и то же время каждый день, то есть регулярно;
- всегда тщательно разжевывать пищу;
- употреблять достаточное количество жидкости (не менее 1,5 л в день).

Стомированные пациенты, как и все остальные люди, должны питаться обычной разнообразной и здоровой пищей. Это нежирная пища с высоким содержанием клетчатки. При этом слишком большое количество клетчатки в пище может привести к усиленному газообразованию и разжижению стула.

Различная пища влияет на стул у каждого человека индивидуально, и здесь трудно определить единое правило для всех. Например, кожура орехов, фруктов и овощей содержит грубые волокнистые ткани, которые не перевариваются, и это легко определяется по содержанию испражнений, особенно у пациентов с илеостомой. Скопление грубых волокон в кишке приводит к дискомфорту. Тщательное пережевывание при еде, употребление в пищу вареных овощей помогут устранить эти проблемы.

Запоры в большинстве случаев вызываются скорее общей несбалансированностью диеты, недостатком клетчатки, чем какими-то отдельными продуктами. Надо увеличить количество клетчатки в пище: овощи, фрукты, хлеб с отрубями, чернослив. Также необходимо пить не менее 2-3 л жидкости в сутки.

Избыточное газообразование в значительной мере обусловлено ферментацией непереваренных остатков пищи, содержащих азот, под воздействием бактерий, составляющих микробную флору кишки. Некоторые стомированные пациенты отмечают уменьшение газообразования при сокращении потребления гороха, чечевицы, других бобовых, а также лука, капусты, редиса, огурцов.

Диарею могут вызывать некоторые фрукты, овощи, слишком острая пища, пиво.

Из илеостомы, вне зависимости от приема пищи, постоянно в течение суток поступает жидкое, богатое ферментами содержимое. Необходимо употреблять достаточное количество жидкости, не менее 2,5-3 л в сутки. Лучше избегать фруктов и овощей, богатых непере-вариваемой клетчаткой, содержащих азот (капуста, бобовые), которые могут вызывать вздутие живота. Можно рекомендовать дробное многократное питание небольшими порциями в течение дня.

У пациентов с колостомой необходимо учитывать индивидуальную склонность к запорам или поносам и регулировать стул, отдавая предпочтение тем или иным

продуктам. Продукты, обладающие закрепляющим действием: рис, белый хлеб, макаронные изделия, кисели, сливочное масло и т.д. Продукты, вызывающие послабляющий эффект: растительное масло, фрукты, в частности киви, овощи, богатые клетчаткой, чернослив, инжир, соки, кисломолочные продукты.

Каждое новое блюдо или продукт нужно добавлять в рацион изолированно, фиксируя результат. В итоге можно составить список неблагоприятных продуктов и избегать их. Таким образом можно сбалансировать рацион питания.

Глава 5 паллиативная помощь пациентам с некоторыми неонкологическими заболеваниями

хроническая сердечная недостаточность

СН, ХСН - это хроническое неизлечимое заболевание, требующее соответствующего медицинского лечения (фармакологического и немедикаментозного) и регулярного наблюдения со стороны медицинских работников. После того как у пациента диагностируется СН, большую часть времени он/она получает постоянную медицинскую помощь в рамках диспансерного наблюдения как у врача общей практики или участкового терапевта, так и у кардиолога. Лечение СН направлено на компенсацию снижения сердечного выброса за счет уменьшения симптомов, улучшения выживаемости и предотвращения госпитализации в стационар. Пациентам с высоким риском внезапной сердечной смерти и злокачественных аритмий рекомендуется использовать имплантируемые кардиовертеры/дефибрилляторы (ИКД) и/или ресинхронизирующую терапию для снижения риска внезапной смерти.

Согласно современным представлениям, выделяют три фенотипа ХСН: СН с низкой фракцией выброса, СН с промежуточной фракцией выброса и ХСН с сохраненной фракцией выброса. Течение, симптоматика, прогноз при всех формах ХСН различаются. Однако любая форма ХСН является конечной стадией сердечно-сосудистого континуума, и поэтому смертность при этом заболевании достигает высоких цифр. За последние десятилетия больные ХСН стали достоверно старше: их средний возраст увеличился с $64,0 \pm 11,9$ лет (1998) до $69,9 \pm 12,2$ лет (2014). Более 65% больных ХСН приходится на возрастные группы старше 60 лет. Смертность от ХСН увеличивается с возрастом, составляя для 60-летних 7,4% за 1 год и 24,4% за 5 лет и для 80-летних - 19,5% и 54,4% соответственно.

Функциональная классификация Нью-Йоркской ассоциации сердца используется для классификации СН, основанной на тяжести симптомов и физической активности:

- класс I - отсутствие ограничений физической активности;
- класс II - незначительное ограничение физической активности;
- класс III - выраженное ограничение физической активности;
- класс IV - неспособность выполнять любую физическую нагрузку без дискомфорта.

Многие пациенты с ХСН имеют плохой прогноз и нерезковыраженную симптоматику в течение всего периода их жизни, особенно в ее конце. ХСН оказывает значительное влияние на эмоциональное, физическое, духовное и социальное состояние пациента, а также его семьи. СН была описана как более злокачественное заболевание, чем многие из наиболее распространенных видов рака, таких как рак предстательной железы, молочной железы, мочевого пузыря и колоректальный рак. Смерть от ХСН может быть внезапной из-за существующей электрической нестабильности миокарда, усугубленной приемом множества препаратов, но в других случаях ухудшение состояния и переход в терминальную фазу болезни длится медленно, когда эпизоды декомпенсации постепенно приводят к развитию прогрессирующей органной недостаточности. В течение всего времени заболевания можно насчитать десятки обострений, чередующихся с состоянием стабильности, когда возвращается хороший функциональный статус, однако каждая госпитализация повышает риск повторного поступления в стационар и более тяжелой декомпенсации.

В естественной траектории течения СН можно выделить три стадии, и цели ухода и лечения во время каждой из этих фаз меняются.

Стадия 1 - хроническая стабильная фаза, которая наступает непосредственно после постановки диагноза. Болезнь протекает относительно стабильно, и пациент нуждается в рутинном лечении хронического заболевания. Цели лечения заключаются в достижении компенсации, повышении толерантности к физической нагрузке, улучшении прогноза и повышении качества жизни. В этой фазе с пациентом и семьей обсуждается участие пациента в лечении и наблюдении за симптомами и состоянием, обучение практическим навыкам ухода и контролю состояния. Но уже в это время необходимо затронуть темы прогноза, а также предпочтения по лечению в случае критического ухудшения состояния. Пациенту нужно описать возможные способы нефармакологического лечения, такие как имплантация ИКД и ресинхронизирующая терапия. Эти приспособления улучшат прогноз, но принесут в его жизнь новые психологические проблемы.

Стадия 2 - кризисная фаза, которая включает госпитализацию или повторную госпитализацию в связи с ухудшением течения СН. В этой стадии пациенты и их семьи могут нуждаться в психосоциальной поддержке, интенсивном обучении и мониторинге симптомов. Необходима целостная оценка потребностей пациентов и их семей. Эта задача решается с привлечением мультидисциплинарной команды, включающей психолога, психотерапевта, специалиста по социальной работе. Это время для обсуждения реального течения заболевания и предпочтений пациентов в отношении планирования медицинской помощи.

Стадия 3 - терминальная, в этой последней фазе жизни пациенты неоднократно госпитализируются и имеют плохой прогноз. Основными направлениями лечения и ухода являются:

- планирование и подготовка к «хорошей смерти» (смерти без излишних мучений);
- документирование предпочтений реанимации;
- обзор устройств и планов возможной их деактивации в конце жизни.

Достижения в лечении ХСН с низкой фракцией выброса позволили значительно снизить как смертность, так и число госпитализаций пациентов, повысить качество их жизни. Использование хирургических методов лечения, имплантируемых дефибрилляторов позволило снизить частоту внезапной смерти больных. Принципы лечения больных со всеми формами ХСН предполагают назначение как симптоматического лечения, так и лечения, улучшающего прогноз. Однако около 5% пациентов доживает до финальной стадии болезни, когда возникает вопрос: нужно ли назначать препараты, улучшающие прогноз?

К сожалению, в настоящее время не определен статус конца жизни пациентов с ХСН, а доказательная база лечения на этом этапе не разработана. В это время цели лечения меняются, врач должен заниматься контролем над симптомами, доверяя в полной мере пожеланиям пациента.

Основные признаки, которые позволяют думать о начале паллиативной помощи, - это прогрессирующее функциональное ухудшение, как физическое, так и ментальное, нарастание зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни; прогрессирующие симптомы СН, несмотря на адекватную медикаментозную терапию; частые повторные госпитализации и эпизоды декомпенсации, несмотря на комплекс медикаментозной и нефармакологической терапии; наличие показаний к трансплантации сердца или механической поддержке кровообращения; сердечная кахексия.

В последних клинических рекомендациях Европейского общества кардиологов было указано, что ключевые компоненты паллиативной помощи пациентам с СН включают:

- сосредоточение внимания на улучшении или поддержании качества жизни;

- частую оценку симптомов заболевания;
- доступ пациента и его семьи к психологической поддержке;
- расширенное планирование медицинской помощи с учетом предпочтений в отношении места смерти и реанимации.

Паллиативная помощь пациентам с ХСН включает первичную паллиативную помощь, предоставляемую терапевтами, врачами общей практики, кардиологами, а также вторичную паллиативную помощь, предоставляемую специалистами по паллиативной помощи. Первичная паллиативная помощь включает в себя лечение симптомов (одышки, боли, усталости, депрессии и тревоги и др.), определение прогноза, выполнение расширенных рекомендаций по уходу. Вторичная паллиативная помощь оказывается пациентам с IV функциональным классом по классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации (NYHA), множественными сопутствующими заболеваниями [например, почечной недостаточностью, ХОБЛ, деменцией или метастатическим раком, прогрессирующей хрупкостью (старческой астенией)], а также при изменении предпочтений пациента в пользу улучшения качества жизни, а не прогноза.

Основным подходом при паллиативной помощи пациентам с ХСН является уменьшение выраженности симптомов. Как правило, даже один из перечисленных ниже симптомов значительно ухудшает качество жизни пациентов.

Основные симптомы, которые доставляют беспокойство пациентам, - это одышка, сильная утомляемость, плохой сон, беспокойство, депрессия, боль, постоянный кашель, синдром беспокойных ног и проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта.

На стадии симптоматического лечения играет роль контроль над диурезом, так как задержка жидкости и нарастание отеков приводят к ухудшению качества жизни и усилению одышки. В этой стадии отеки нередко становятся рефрактерными, и в ответ на введение мочегонных препаратов увеличения диуреза не происходит. На этом этапе возможно применить все меры для улучшения сократительной способности

миокарда, если это необходимо. Возможно, это будет назначение препаратов инотропного действия, однако длительное применение этих средств может привести к неблагоприятным побочным реакциям, таким как злокачественные аритмии. Для повышения эффективности диуретической терапии после оценки содержания альбумина в крови возможно назначение нутритивной поддержки в виде сиппинга (питье маленькими глотками), если содержание альбумина будет снижено. Это позволяет повысить эффективность любой фармакологической терапии. Особенно эта мера важна при наличии сердечной кахексии. Наконец, следует поддерживать адекватный водно-солевой режим, так как высокие дозы диуретиков приводят к появлению жажды, гипокали-и натриемии, усугубляя слабость и утомляемость.

В стадии, когда развивается гипотония, доминирует нарушение функции почек, необходимо отменить или снизить дозу препаратов - блокаторов ренин-ангиотензиновой системы, β -блокаторов. Но не следует это делать резко и одновременно, так как можно ускорить переход болезни в терминальную стадию. Самым тягостным и мучительным симптомом является одышка. Если она устойчива к назначению диуретиков, инотропных препаратов, то, согласно международным рекомендациям, можно назначить опиоиды. Как было показано в ряде исследований, морфин улучшает толерантность к физической нагрузке и уменьшает возникающую при нагрузке одышку. Это было подтверждено как у больных со стабильной ХСН, так и с прогрессирующей. При этом для облегчения одышки достаточно небольших доз опиоидов. Примерно 40% пациентов достаточно 10 мг, а трети потребуется 20-30 мг перорального морфина. Ответ на введение препарата в

течение первой недели, как правило, усиливается, поэтому дозу увеличивать можно однократно в течение недели. Для профилактики запоров, связанных с приемом морфина, рекомендуется назначать слабительные.

Если имеет место выраженное нарушение функции почек, вместо морфина рекомендуется оксикодон®, так как в этом случае нарушения экскреции почками активных метаболитов морфина могут усилить его побочные эффекты.

Одышка часто провоцирует беспокойство пациентов, и возникает потребность в назначении анксиолитиков. Однако эта рекомендация неоднозначна, так как в литературе существуют противоречивые мнения на этот счет. Поэтому предпочтение все же следует отдавать опиоидам.

Что касается ингаляции кислорода, то в этой ситуации она допустима только в случае документированной гипоксии. Дыхание с положительным давлением на выдохе не доказало своего преимущества в рандомизированных исследованиях и не рекомендуется к назначению лишь в связи с наличием СН, а требует специальных показаний.

Интересные данные представлены в публикациях в отношении физических упражнений, влияющих на одышку.

Физические упражнения могут уменьшить одышку и повысить выносливость и качество жизни у пациентов с СН II и III функционального класса по NYHA. Роль упражнений у пациентов с СН IV функционального класса еще не определена, хотя есть данные о том, что некоторые конкретные упражнения для укрепления мышц бедер у пациентов с тяжелой СН уменьшают одышку. Положительное влияние дыхательные упражнения могут оказать и на лечение тревоги, а также на такие тягостные проявления, как синдром беспокойных ног. В некоторых исследованиях было показано, что укрепление мышц нижних конечностей уменьшает усталость. Слабость, утомляемость является частой жалобой у пациентов с СН. Она появляется довольно рано, еще на ранних стадиях СН, и связана с гипоксией мышц, снижением сердечного выброса. Утомляемость же, возникающая в поздних стадиях СН, связана как с психологическим, так и с физическим состоянием человека. Ее причинами могут быть не только уменьшение сердечного выброса и повышение активности нейрогормонов, но и ухудшение сна, депрессия и/или тревога.

Боль встречается у 40-75% пациентов с ХСН. Наиболее распространенными локализациями считаются задняя поверхность голеней, крупные суставы, грудная клетка. Одним из основных источников боли у пожилых людей с СН может быть артрит. При этом НПВП противопоказаны пациентам с выраженной СН, поскольку они могут нарушать функцию почек и стимулировать задержку натрия и воды, тем самым усугубляя симптомы СН. В исследовании PAIN-HF единственным классом лекарств, которые уменьшали болевой синдром, были опиоиды. Для уменьшения боли можно использовать местные методы лечения и массаж. Кроме того, необходимо помнить, что болевой синдром может быть не только причиной депрессивных расстройств у пожилых, но их следствием.

Тошнота, анорексия, потеря веса и недостаточность белка являются общими чертами прогрессирующей СН. Причинами этих явлений считаются отеки кишечника, застой в печени, пептические язвы, нарушение функции почек, прием некоторых препаратов (например, дигоксина). Лечение должно включать оптимизацию терапии СН, а также назначение нутритивной поддержки при выраженной гипоальбуминемии и кахексии. Нутритивная поддержка осуществляется путем питья питательных смесей (сиппинг), имеющих различный состав и показания к применению. В качестве противорвотного средства предпочтительным может быть [лоразепам](#), так как большинство других противорвотных препаратов способны удлинять интервал QT.

Признаки депрессии у пациентов с СН развиваются в 20-40% случаев и обуславливают ухудшение результатов лечения. Начинать лечение депрессивной симптоматики необходимо с устранения ее причин, включая боль и одышку. На сегодняшний день данных по фармакологической терапии при депрессии у пациентов с СН очень мало. Так, снижение уровня депрессии на фоне приема пароксетина было показано в небольшом контролируемом исследовании у пациентов с депрессией и СН. Наоборот, исследование эффективности сертралина при депрессии и СН (SADHART-CHF) у 469 пациентов не обнаружило существенного влияния препарата по сравнению с плацебо. Несмотря на противоречивые данные исследований, многие врачи продолжают использовать селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, психостимуляторы, такие как метилфенидат[®], или трициклические антидепрессанты, такие как нортриптилин[®]. Однако следует помнить, что селективные ингибиторы обратного захвата серотонина могут приводить к развитию гипонатриемии, нежелательному побочному эффекту для больных СН. Пациентам с ХСН противопоказано назначение трициклических антидепрессантов (имипрамин, дезипра-мин[®], амитриптилин, кломипрамин) и нейролептиков (галоперидол, дроперидол, тиоридазин, пимозид[®] и др.), обладающих доказанным кардиотоксическим эффектом, так как они могут вызывать снижение артериального давления, ухудшение течения ХСН и аритмии.

В идеале все эти мероприятия проводятся в домашних условиях. Во всех случаях вся семья нуждается в психологической и социальной поддержке.

В это время следует обсудить вопрос о прекращении приема тех препаратов, которые не оказывают немедленного воздействия на симптоматику, а имеют стратегическое предназначение, например статинов или препаратов для лечения остеопороза. Желательно, чтобы пациент принял решение в отношении реанимационных мероприятий, и это решение должно быть задокументировано. Следует также обсудить вопрос о деактивации вспомогательных устройств и приборов, в частности ИКД. Почему следует отключать или деактивировать ИКД? Дело в том, что в конце жизни он может генерировать разряды, которые причиняют боль и ненужные страдания. Отключение ИКД в конце жизни считается этически оправданным и рекомендуется научными и профессиональными организациями. Совместное заявление Общества сердечного ритма и Европейской ассоциации сердечного ритма, посвященное деактивации ИКД в конце жизни, было опубликовано еще в 2010 г. В этом документе говорится, что автономия пациента является важнейшим принципом для биоэтики. Чтобы уважать ее, всех пациентов следует информировать о возможности разрядов устройства и последствиях его деактивации. В ситуациях, когда возможность отключения ИКД начинает впервые обсуждаться с пациентом, который уже находится в тяжелом состоянии, для таких разговоров может уже быть слишком поздно. Поэтому осведомленностью пациентов лучше начинать заниматься на ранних этапах, так, чтобы они изначально знали возможные варианты. Авторы некоторых публикаций предлагают рассматривать этот вопрос во время самой первой консультации с пациентом, когда рассматриваются любые потенциальные плюсы и минусы ИКД, и беседа на эту тему будет более естественной. Также они считают, что медицинские работники должны рекомендовать пациентам как можно раньше обсудить эту тему с близкими, чтобы они изначально знали о проблеме. Очевидно, что ситуации, когда решать вопрос с ИКД приходится именно родственникам, возникают не так уж редко (например, при нарушениях сознания или деменции у пациента), и в этих случаях близким умирающего будет гораздо проще, если они будут знать, что он или она думали по этому поводу.

Таким образом, паллиативная помощь больным ХСН является предметом действий мультидисциплинарной команды и должна интегрироваться в комплекс мероприятий по оказанию помощи больным ХСН уже на стадии развернутой симптоматики.

заболевания легких

Хронические заболевания легких могут приводить к развитию дыхательной недостаточности и к тяжелым нарушениям общего состояния больного, которому может потребоваться паллиативная помощь. Наиболее часто такая потребность возникает у пациентов с ХОБЛ или интерстициальными болезнями легких (легочный фиброз). У пациентов с ХОБЛ болезнь начинается с потенциально обратимых обострений и постепенно переходит к длительным симптомам и неуклонному прогрессированию. Пациенты с интерстициальными заболеваниями могут иметь ступенчатое прогрессирование дыхательной недостаточности или внезапные тяжелые обострения с неблагоприятным прогнозом.

ИДЕНТИФИКАЦИЯ ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТА В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Определение неудовлетворенных потребностей пациента позволяет соблюдать холистический подход и правильно планировать помощь. При этом следует учитывать прогноз заболевания в отношении продолжительности жизни. Стандартные инструменты для оценки прогноза позволяют определить смертность в популяции, но не у конкретного пациента. Поэтому в каждом отдельном случае врач должен оценивать индивидуальные особенности пациента и индикаторы тяжелых заболеваний легких. Если прогноз неблагоприятен и смерть пациента в ближайшие 6-12 месяцев не будет неожиданной для врача, необходимо определить потребности пациента и его семьи в паллиативной помощи.

КЛИНИЧЕСКИЕ ИНДИКАТОРЫ ТЯЖЕЛЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЛЕГКИХ

- Кахексия, снижение индекса массы тела ($<21 \text{ кг/м}^2$). Плохое или ухудшающееся общее состояние.
- Частые госпитализации по поводу обострений, связанных с инфекциями, или по поводу дыхательной недостаточности.
- Тяжелая бронхообструкция (объем форсированного выдоха за 1-ю секунду $<30\%$).
- Тяжелые рестриктивные нарушения (жизненная емкость легких $<60\%$, диффузионная способность легких $<40\%$).
- Критерии долгосрочной оксигенотерапии; персистирующая гипоксия ($\text{PaO}_2 < 7,3 \text{ кПа}$).
- Персистирующие тяжелые симптомы, не купирующиеся на фоне оптимального, хорошо переносимого лечения.
- Одышка, ограничивающая повседневную активность в периоды между обострениями, возникающая в покое или при минимальной нагрузке.
- Симптомы правожелудочковой СН.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ И ПЛАНИРОВАНИЯ ПОМОЩИ

В первую очередь необходимо оценить адекватность и оптимальность ранее назначенного лечения. Следует продолжать лечение основного заболевания, обострений, связанных с инфекциями, любых коморбидных заболеваний в комплексе с поддерживающей и паллиативной терапией. Подходы к лечению могут требовать пересмотра в том случае, если пациент имеет неблагоприятный прогноз продолжительности жизни, а лечение может приносить дополнительные страдания и ухудшать качество жизни.

Для выбора тактики ведения пациента нужно оценить общие симптомы, такие как одышка, кашель, слабость, анорексия, тошнота, запор, депрессия, тревога, бессонница, боль. Также важно оценить восприятие и понимание заболевания, лечения и ухода пациентом и членами его семьи.

Планирование медицинской помощи включает:

- 1) согласование мероприятий по профилактике обострений и осложнений с пациентом, его родственниками и медицинскими работниками, участвующими в оказании помощи;
- 2) обсуждение возможностей принятия решений родственниками или законными представителями пациента (определение доверенных лиц);
- 3) обсуждение вопросов, связанных с лечением и уходом (госпитализация, внутривенное введение антибиотиков, неинвазивная вентиляция, отделение интенсивной терапии).

Контроль симптомов

Пациент с тяжелым заболеванием легких имеет комплекс медицинских и социальных проблем, что требует мультидисциплинарного подхода к обеспечению оптимальной помощи и адекватного ухода.

Нефармакологические вмешательства

- Повышение функциональных способностей путем контролируемого дыхания и применения техник для снижения тревоги.
- Физические нагрузки, подобранные индивидуально, могут способствовать повышению оксигенации артериальной крови, позволяя уменьшить выраженность одышки.
- Если у пациента нет гипоксии, обычный портативный (ручной) вентилятор как средство помощи при одышке может быть более эффективен, чем кислород (обеспечение доступа прохладного свежего воздуха улучшает субъективные ощущения).
- При рестриктивных заболеваниях грудной клетки, ХОБЛ, синдроме ночного апноэ может быть рекомендован метод постоянного положительного давления в дыхательных путях (создание положительного давления в фазу вдоха и фазу выдоха у спонтанно дышащего больного при помощи герметичной носовой или лицевой маски и генератора воздушного потока).
- При хронической дыхательной недостаточности все большее распространение получают методы неинвазивной вентиляции легких (через носовые или лицевые маски), позволяющие корректировать гиперкапнию и гипоксемию, способствующие разгрузке дыхательных мышц, улучшающие качество сна и уменьшающие одышку. Показания для искусственной вентиляции легких на дому включают хронические заболевания легких (ХОБЛ, муковисцидоз), рестриктивные заболевания дыхательных путей (кифосколиоз, морбидное ожирение), нервно-мышечные заболевания, травмы верхних отделов шейного отдела позвоночника и спинного мозга, другие состояния и заболевания, требующие респираторной поддержки. Аппараты искусственной вентиляции легких с возможностью управления по давлению и по объему, с возможностью проведения неинвазивной вентиляции, мониторинга, оценки параметров механики дыхания, передачи информации на внешнее устройство включены в стандарты оснащения отделений выездной патронажной паллиативной помощи взрослым и детям. Для контроля проводимой искусственной вентиляции легких и обучения лиц, осуществляющих уход, в штатных нормативах таких отделений предусмотрено наличие врача - анестезиолога-реаниматолога (0,5 ставки - в отделениях для взрослых, 0,25 ставки - в отделениях для детей).

Лечение респираторных заболеваний

ХОБЛ: оценить текущую ингаляционную терапию; рассмотреть необходимость использования спейсеров или небулайзера для облегчения применения

ингаляционных средств. При назначении ингаляционных препаратов важно провести обучение пациентов их правильному применению с помощью различных устройств (ингалятор, спейсер, небулайзер и т.д.). Выбор устройств для ингаляционной терапии должен быть индивидуальным, учитывающим возможности и предпочтения пациента. При наблюдении пациента необходимо периодически контролировать правильность применения ингаляционных устройств.

Если пациенту ранее были назначены препараты для лечения ХОБЛ (β -агонисты длительного действия, холинолитики длительного действия, по показаниям - ингаляционные кортикостероиды) и они эффективны, следует продолжить это лечение.

При нарастающей на фоне монотерапии бронходилататором длительного действия одышке рекомендуется добавить к терапии второй бронходилататор длительного действия (из другой группы). Пациентам, которым ранее была назначена терапия, включающая β -агонист длительного действия и ингаляционный кортикостероид, рекомендуется переход к тройной терапии: дополнительно назначается холинолитик длительного действия. При этом важно пересмотреть обоснованность назначения ингаляционных кортикостероидов и их эффективность. При отсутствии показаний к их назначению, неэффективности или развитии побочных эффектов следует перевести пациента на двойную терапию (β -агонист длительного действия + холинолитик длительного действия).

Тяжелые интерстициальные болезни легких: рассмотреть вопрос (совместно с пульмонологом) о применении иммуносупрессантов (азатиоприн, [циклофосфамид](#), [колхицин](#), [пеницилламин](#)) и пероральных стероидов.

Кислород: назначается при наличии гипоксемии как в покое, так и при физических нагрузках. Для кислородотерапии в домашних условиях применяют кислородные концентраторы. Кислородная поддержка улучшает толерантность к физическим нагрузкам и увеличивает продолжительность жизни пациентов с ХОБЛ и тяжелой гипоксией. Эффективность кислородотерапии в лечении пациентов без гипоксии не достоверна. Однако при ХОБЛ кислородотерапия может быть рекомендована даже пациентам без гипоксемии (SpO_2 выше 92%).

Лекарственная терапия одышки при тяжелых заболеваниях легких

Лекарственные препараты часто необходимы в дополнение к немедикаментозным методам при прогрессировании заболевания: 1) опиоиды:

- могут уменьшать персистирующую тяжелую одышку и кашель, снижают субъективное восприятие одышки, облегчают респираторные усилия;
- применение морфина немедленного высвобождения при ХОБЛ снижает выраженность одышки и может увеличивать длительность выполнения физических упражнений;
- эффективны в низких дозах при рефрактерной одышке, одышке в покое;
- рекомендуемые дозы морфина - 2-2,5 мг перорально или 1-2 мг подкожно каждые 4-6 ч с последующим титрованием дозы;
- назначение опиоидов пациентам с одышкой неонкологической природы в нашей стране может быть связано с определенными трудностями организационного характера, кроме того, важно помнить о необходимости мониторинга состояния пациента на предмет эффекта от лечения и возникновения побочных эффектов; требуется титрование дозы, начиная с минимальной;

2) бензодиазепины ([диазепам](#), [лоразепам](#)):

- могут уменьшать тревожность и купировать панику, связанную с тяжелой одышкой, однако менее эффективны, чем опиоиды;
- назначаются как альтернативные средства при неэффективности немедикаментозных мер и опиоидов;
- рекомендуемые дозы: лоразепам под язык 0,5 мг каждые 4-6 ч по необходимости, диазепам перорально 2-5 мг на ночь при выраженной длительной тревожности, мидазолам подкожно 2-5 мг каждые 4-6 ч, если нет возможности дать препарат перорально или под язык;
- не оказывают влияния на выраженность одышки при ХОБЛ;

3) бронходилататоры и муколитики:

- могут быть рекомендованы как при бронхообструкции, так и при отсутствии ее клинических признаков;
- рекомендуемые дозы: сальбутамол 2,5-5 мг 4 раза в день через небулайзер или 2 вдоха 4 раза в день через спейсер; ипратропия бромид 250-500 мкг 3 раза в день через небулайзер или 2 вдоха 3-4 раза в день через спейсер; для разжижения мокроты - физиологический раствор 5 мл через небулайзер, амброксол;

4) кортикостероиды:

- уменьшают отек и воспаление при ХОБЛ, онкологических заболеваниях;
- при обострениях ХОБЛ и при заболеваниях, требующих системного применения кортикостероидов, возможен пероральный прием дексаметазона в дозе 4-8 мг в день (при карцинома-тозном лимфангите и бронхообструкции - до 16 мг в день) не более 5-7 дней;

5) диуретики:

- фуросемид в дозе 20-40 мг в день может быть рекомендован пациентам с терминальной стадией ХСН, карциноматозным лимфангитом и другими состояниями, сопровождающимися выраженной задержкой жидкости и застойными явлениями в легких;

6) хлорпромазин:

- может облегчать терминальную одышку у пациентов с онкологическими заболеваниями;

7) буспирон:

- может быть эффективен при одышке, связанной с повышенным уровнем тревоги.

ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЛЕГКИХ В КОНЦЕ ЖИЗНИ

Пациенты с терминальными стадиями хронических заболеваний часто боятся умереть от удушья, поэтому важно вести активную разъяснительную работу с пациентами и членами их семей по вопросам терапии терминальной одышки. Подходы к такой работе были сформулированы так (Daull Ch., Carter Y., Daniels L., 2006):

- ни один пациент не должен умереть, испытывая выраженную одышку;
- недостаточный контроль одышки - это неспособность врача правильно назначить лечение;
- положительный эффект оказывает комбинированное применение опиоидов и анксиолитиков (например, мидазолама);

- при наличии признаков возбуждения или угнетения сознания рекомендовано назначение галоперидола или левомепромазина.

Мероприятия по лечению терминальной одышки необходимо планировать вместе с пациентом и его семьей. Важно дать рекомендации по профилактике, а также обсудить возможности применения седации при усилении одышки и развитии дистресса.

Кислород применяют преимущественно при гипоксии, при этом лучше использовать назальные канюли.

Помещение, в котором находится пациент, должно хорошо проветриваться. Рекомендуется открывать окно, использовать портативный вентилятор, охлаждать лицо. При затруднениях с пероральным приемом лекарственных препаратов возможен переход на подкожный способ их введения. Необходимо исключить гипергидратацию, рассмотреть вопрос прекращения инфузионной терапии и парентерального питания. У курящих пациентов необходимо рассмотреть возможность назначения никотин-заместительной терапии.

инсульт

Наиболее важными и эффективными направлениями амбулаторной медицинской помощи пациенту с инсультом в раннем и позднем восстановительном периоде являются: квалифицированный круглосуточный уход; профилактика, своевременное выявление и лечение осложнений; мультидисциплинарная реабилитация и восстановление утраченных навыков; вторичная профилактика острых нарушений мозгового кровообращения; лекарственная симптоматическая терапия; лечение постинсультных состояний и вторично развивающихся хронических заболеваний. Одной из важнейших задач правильного ухода за пациентом, перенесшим инсульт, является профилактика развития неврологических и соматических осложнений.

Наиболее частыми ранними амбулаторными осложнениями инсульта, которые развиваются в первые три месяца от момента острого нарушения мозгового кровообращения, являются: пролежни, застойная или аспирационная пневмония, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, инфекции мочеполовых органов, нарушение функции толстого кишечника, травмирование или вывих плеча парализованной руки, контрактуры сухожилий и мышц сгибателей парализованной руки.

Поздние амбулаторные осложнения инсульта, которые развиваются позже трех месяцев, включают в себя следующие патологические состояния: стойкое снижение силы и управляемости в руке и ноге на одной стороне тела с нарушением ходьбы и самообслуживания, болезненные контрактуры в суставах парализованных конечностей, нарушение речи и глотания, прогрессирующее снижение когнитивных функций и развитие сосудистой или нейродегенеративной деменции, постинсультная депрессия или другие невротические расстройства, хронические соматические болевые синдромы (плечо, спина), хроническая нейропатическая боль в конечностях, вторичный постинсультный паркинсонизм, постинсультная эпилепсия.

Родственники пациента, перенесшего инсульт, часто оказываются в затруднительной ситуации после его выписки из стационара. Недостаток знаний и умений в оказании правильного ухода может быть успешно компенсирован, в том числе и усилиями врача общей практики. В большинстве случаев именно квалифицированный уход и профилактика развития осложнений в амбулаторных условиях обеспечивают быстрое восстановление утраченных функций и бытовую независимость пациента. Залогом успеха в организации амбулаторной медицинской помощи в раннем восстановительном периоде лечения инсульта является обязательное сочетание: образовательных мер для родственников, обеспечивающих круглосуточный уход,

комплексного мультидисциплинарного реабилитационного подхода и систематического врачебного патронажа, активного вовлечения пациента в обеспечение своей повседневной независимости от окружающих и восстановление трудоспособности. Важно отметить, что скорейшее восстановление постинсультного неврологического дефицита обеспечивается не мощностью нейропротективных лекарств, на которые часто возлагаются неоправданные надежды, а тяжелым ежедневным трудом ухаживающих лиц или родственников и самого пациента при обязательном контроле и поддержке врачей амбулаторной практики.

Согласно Положению об организации оказания паллиативной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения РФ от 31.05.2019 № 345, медицинскими показаниями к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым при тяжелых необратимых последствиях нарушений мозгового кровообращения являются (<https://rq.ru/2019/06/29/prikaz345-372-site-dok.html>): 1) персистирующая кома различной степени или состояние минимального сознания, когнитивные нарушения; 2) прогрессирующее нарушение глотания; 3) нарушение функции тазовых органов; 4) расстройства речевой деятельности, препятствующие полноценному речевому общению и социальному взаимодействию; 5) наличие хронических ран и контрактур; 6) парезы и параличи со значительной потерей функции.

принципы ухода за пациентом, перенесшим инсульт

Большинству пациентов после перенесенного ишемического или геморрагического инсульта требуются постоянный посторонний уход и помощь в повседневной активности (умывание и другие гигиенические процедуры, прием пищи, пользование туалетом, передвижение в пространстве, обеспечение правильного положения в постели или кресле и др.). При этом лица, осуществляющие уход, должны уметь оценить физическое и психологическое состояние пациента, оценить функцию глотания, риск развития пролежней и других осложнений, чтобы при необходимости вовремя обратиться к врачу. При осуществлении каждой процедуры ухода необходимо сообщать пациенту о начале проведения манипуляции и далее желательно озвучивать все свои действия. Человек, осуществляющий уход за пациентом с перенесенным инсультом, должен каждое свое действие и этап манипуляции сопровождать объяснением планируемых и осуществляемых движений. По окончании процедуры необходимо сообщить об этом пациенту и обязательно поинтересоваться, как он себя чувствовал в ходе ее проведения и не нужно ли ему что-нибудь еще.

В ряде клинических ситуаций при осуществлении ухода за пациентом, перенесшим инсульт, необходимо вызвать врача на дом для проведения осмотра и своевременного выявления осложнений:

- больной упал, даже если падение не сопровождалось видимым повреждением или травмой;
- появилась или нарастает одышка;
- появились охриплость голоса, нарушение глотания, кашель;
- появились или нарастают отеки на ноге/ногах;
- появилось длительное покраснение или изъязвление кожи на местах опоры (пятки, крестец, ягодицы и др.);
- развилась острая задержка мочи;
- пациент отказывается от приема пищи или жидкости без видимых причин;
- появилась спутанность сознания или развился делирий;

- более трех дней отсутствует стул;
- появились какие-либо новые симптомы заболевания и признаки ухудшения состояния пациента.

Задачи, стоящие перед ухаживающими за пациентом, перенесшим инсульт

1 Создание в комнате, где будет находиться пациент, определенных условий. Приобретение расходных материалов, необходимых для качественного ухода и выполнения гигиенических процедур.

2. Родственникам пациента рекомендуется пройти обучение в «школе инсульта» при поликлинике по месту жительства, а также получить инструктаж у соответствующих специалистов по особенностям выполнения лечебной физкультуры, эрготе-рапии и массажа после инсульта. Для освоения новых навыков и повышения качества ухода желательно ознакомиться с материалами специальных сайтов: Общество родственников по борьбе с инсультом - <http://www.orbifond.ru>, Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи - <https://www.pro-hospice.ru>.

3. Готовность к обеспечению необходимой помощи в выполнении бытовых функций, которые на первых порах пациенту трудно выполнять самостоятельно.

4. Оценка физического и психологического состояния пациента в процессе наблюдения за ним, а при необходимости и своевременное информирование врача.

5. Оценка функции глотания и выделительных функций (мочеиспускание, дефекация).

6. Проведение профилактических мер по предупреждению целого ряда осложнений, довольно часто формирующихся у пожилых пациентов, перенесших инсульт, и возникающих от длительного обездвиживания.

7. Предоставление физической и психологической поддержки пациенту на протяжении всего периода реабилитации и восстановления утраченных функций.

Условия, которые создаются дома для пациента, перенесшего инсульт

1. Комната, в которой находится пациент, должна быть освобождена от лишней мебели для возможности свободного перемещения пациента и ухаживающих лиц, защищенной от посторонних шумов, светлой, хорошо проветриваемой. Проветривать комнату необходимо 2-3 раза в день, соблюдая необходимые меры предосторожности и защиты от сквозняков и переохлаждения. Влажная уборка должна выполняться не менее одного раз в день. Необходимо поддерживать оптимальный (+22 °C) уровень температуры воздуха.

2. Кровать должна быть высокой и твердой с поролоновым или ватным матрасом. Оптимальным вариантом является многофункциональная кровать с противопролежневым матрасом и защитными бортиками, позволяющая приподнимать головной и ножной конец с помощью ручек или специального пульта. Необходимо расположить ее так, чтобы к пациенту можно было подойти с двух сторон.

3. При расположении кровати необходимо соблюдать следующие требования: кровать ставится головной частью к стене, чтобы пациент видел входящих в комнату, а к кровати можно было подойти с двух сторон. Желательно, чтобы пациент мог смотреть в окно, но при этом следует избегать сквозняков (кровать стоит боком к окну). Наличие у ножек кровати колесиков с системой их блокировки позволит обеспечить ее подвижность и изменение положения в комнате при необходимости. В изголовье кровати крепится специальный Г-образный кронштейн, позволяющий пациенту самостоятельно сесть из положения лежа.

4. Застилать постель необходимо в следующей последовательности: поверх матраса укладывается клеенка или наматрасник из водонепроницаемой ткани, далее фланелевая простыня, сверху кладется обычная (ситцевая, льняная, сатиновая) простыня, самый наружный слой представлен одноразовой непромокаемой впитывающей пеленкой. Все простыни и пеленки должны быть сухими и расстелены ровно, без складок, заправлены у изголовья, в ногах и с боков кровати. В постели не должно быть крошек и посторонних предметов, а одеяло должно соответствовать температуре в комнате.

5. Прикроватное кресло, необходимое для пересаживания пациента, ставится у изголовья кровати со «здоровой» стороны (на стороне непарализованных конечностей). Кресло должно быть прочным, одинаковой высоты с кроватью, с высокой вертикальной спинкой, с подлокотниками, которые по возможности должны опускаться.

6. Прикроватный туалет (кресло-туалет) ставится у ног со «здоровой» стороны. Желательно также рядом расположить передвижную ширму для создания приватной обстановки.

7. Косметические средства ухода за кожей (моющий лосьон, пенка для мытья, защитный крем, бальзам для тела и т.д.), специально разработанные для ухода за лежачими и тяжелобольными пациентами, располагаются на отдельной прикроватной тумбочке. Необходимо заранее приобрести эти косметические средства для ухода за кожей: Menalind Professional, Seni, Healing Derm и др.

8. Расходные материалы в виде подгузников, пеленок, салфеток, ватных шариков, простыней и т.д. располагаются на отдельном прикроватном столике на колесах со столешницей, меняющей свою высоту, на котором могут дополнительно находиться и гигиенические косметические средства. При нарушении функции тазовых органов (недержание мочи/кала) необходимо использовать специальные виды абсорбирующего белья: абсорбирующая простынь/пеленка с размерами, например, 60×90 см и впитывающей способностью 1200-1900 мл, впитывающие урологические прокладки/вкладыши и фиксирующие трусики, подгузники или подгузники-трусы, эластичные сетчатые многоразовые штанишки для надежной фиксации прокладок.

9. Ортезы - приспособления для фиксации, например, плечевого сустава на парализованной стороне, и средства, облегчающие передвижение: трость, костыль, ходунки, коляска (кресло-каталка) и т.д.

10. Для проведения качественного ухода и создания домашних условий, улучшающих возможности полноценного самообслуживания, желательно дополнительно приобрести средства малой реабилитации: ванночку для мытья головы в постели, ванночку для мытья ног в положении сидя, стул для душа, сиденье и подставку для ног в ванную комнату, веревочную лестницу или кроватный тросик для крепления на кровати, опорную рамку - регулируемую опору под спину, средства для перемещения больного (специальную доску, рукав, пояс, диск), специальные скользящие коврики для облегчения перемещения пациента по постели, противопролежневый круг, подушку-валик, специальную защиту пяток с застежкой на липучках, подушку под ноги, подушку «банан», валик под шею, подколенный валик, набор специализированных столовых приборов, нагрудник, противоскользкий коврик, ремень для фиксации, специальную зубную щетку, специальные приспособления для санузла (сиденья, стулья, поручни) и т.д.

11. Необходимо обеспечить круглосуточное наблюдение и патронаж, осуществляемые наемной сиделкой или кем-нибудь из родственников.

Ежедневные гигиенические процедуры

1. Гигиена глаз представляет собой удаление загрязнений, физиологических выделений или гнойных корочек из глаз. Процедура проводится с помощью антисептического раствора, ватных шариков и марлевых салфеток. В начале протирается верхнее веко от наружного угла глаза к внутреннему, далее протирается нижнее веко в направлении от внутреннего угла глаза к наружному. В конце конъюнктивальная полость промывается физиологическим раствором и промокается насухо салфеткой.
2. Гигиена полости носа представляет собой удаление слизи, пыли и корочек, затрудняющих носовое дыхание, с последующей обработкой слизистой носовых ходов специальными каплями для носа или орошающими каплями. При образовании корочек в полости носовых ходов для их размягчения используются мази для носа. Не следует использовать различные масла из-за опасности аллергических реакций.
3. Гигиена уха представляет собой очищение наружных слуховых проходов от ушной серы, скопление которой может привести к образованию серных пробок и снижению слуха. Средством для мытья пациента также обрабатываются ушные раковины.
4. Гигиена полости рта включает в себя следующие процедуры: 1) полоскание полости рта; 2) протирание десен, зубов и щечного пространства марлевыми салфетками или специальными палочками для гигиены полости рта; 3) чистку зубов с помощью зубной пасты и щетки с последующим полосканием полости рта; 4) очищение языка от налета с помощью влажного ватного шарика или салфетки; 5) при наличии зубных протезов они снимаются на ночь, и проводится их специальная обработка перед сном и утром; 6) после каждого кормления необходимо прополоскать рот специальным бальзамом для полоскания рта или отваром трав (ромашка, зверобой, шалфей); 7) при появлении сухости губ и трещин в углах рта после каждого кормления необходимо смазывать губы гигиенической помадой или облепиховым маслом. В углах рта могут использоваться заживляющие мази и кремы.
5. Уход за кожей лица и шеи подразумевает умывание, бритье, нанесение лосьона или питательного крема.
6. Мытье рук и ног, периодическая стрижка ногтей на руках и ногах, периодическая стрижка волос.
7. Гигиена тела включает: 1) мытье в кровати с помощью детского мыла или специальных шампуней и пенки; 2) процедуру подмывания проводят утром и вечером, а также после каждой дефекации и при смене подгузника; 3) обработку кожи специальными средствами для ухода, защиты и питания кожи - защитные кремы для кожи, лосьоны, бальзамы, тоники, активирующие гели; 4) мытье волос и головы с помощью специальных шампуней; 5) мытье ног с помощью жидкого мыла; 6) мытье частично мобильного пациента в ванне или душе, с использованием средств малой реабилитации.
8. Смена постельного белья продольным или поперечным способом производится не менее 1 раза в день, а также по мере загрязнения и увлажнения. Необходима ежедневная смена нательного белья и регулярное переодевание пациента.
9. Гигиена помещения: проветривание, мытье полов, поддержание температурного режима, протирка мебели, дезинфекция.
10. Гигиена ухаживающего лица: гигиена и дезинфекция рук, внешний вид и собранные волосы, надлежащая сменная обувь, отсутствие украшений, регулярная смена одежды.

Правильное позиционирование пациента после инсульта

Позиционирование представляет собой придание правильного положения лежащему больному, перенесшему инсульт, для предотвращения развития контрактур и

профилактики различных осложнений со стороны дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата. Правильное положение в постели позволяет: 1) предупреждать развитие мышечно-связочных контрактур и тугоподвижности в суставах конечностей на парализованной стороне; 2) придавать суставам и мышцам оптимальное расположение; 3) ускорить раннее восстановление активных движений; 4) улучшить периферическое кровообращение; 5) препятствовать образованию пролежней. Смена положений пациента в постели производится каждые 2 ч днем и 3,5 ч ночью. Для ранней вертикализации пациента необходимо приподнимать изголовье на 20-30° на 15-20 мин 3 раза в день с первого дня инсульта. Главные принципы лечения положением пациента с инсультом: максимально возможная симметричность - выравнивание ключевых точек (плечи, лопатки, таз), равномерная поддержка всех сегментов тела, бережное отношение к плечу парализованной руки. Одно из основных правил позиционирования заключается в том, что пациент чаще всего лежит на любом боку, но не на спине.

1. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на спине:

- голова пациента должна находиться по средней линии;
- противопоказана высокая подушка, приводящая к сгибанию шеи, что вызывает на стороне паралича рефлекторное произвольное усиление сгибания в руке и разгибания в ноге (усиление и стабилизация постинсультной контрактуры);
- туловище на стороне парализованных конечностей вытянуто;
- плечо и лопатка парализованной руки должны быть поддержаны плоской подушкой 2-3 см высотой;
- парализованную руку укладывают на подушку, при этом рука должна быть отведена от туловища с помощью небольшого валика, разогнута в локтевом суставе и пальцы выпрямлены;
- несколько раз в день желательно отводить в сторону парализованную руку на 90°, при этом руку необходимо выпрямлять и поворачивать кнаружи; при наличии боли в суставах и мышцах парализованной руки угол отведения увеличивают постепенно;
- несколько раз в день желательно поднимать парализованную руку вверх над головой, укладывая ее на подушку, что способствует уменьшению спастического тонуса и улучшает венозный и лимфатический отток;
- под ягодицей на стороне парализованных конечностей находится плоская подушка 1,5-2 см;
- парализованная нога не развернута кнаружи, а под колено подкладывают валик, обеспечивающий сгибание в коленном суставе на 20°;
- ладонь парализованной руки должна быть свободна, не следует на ней располагать какие-либо предметы;
- необходимо следить за тем, чтобы стопа парализованной ноги ни во что не упиралась и находилась в нейтральном положении между тыльным сгибанием и разгибанием; стимуляция давлением на подушечки стопы приводит к рефлекторному увеличению тонуса разгибателей ноги и увеличению контрактуры;
- необходимо, чтобы у пациента была постоянная возможность наблюдения за парализованными конечностями и окружающей жизнью с активным участием в ней.

2. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на здоровом боку:

- голова пациента находится на одной линии с туловищем;
- пациент лежит полностью на боку, а не повернут на $\frac{1}{4}$ и тело не изогнуто;
- необходимы подушки под спину, парализованную руку и парализованную ногу;
- плечо парализованной руки вынесено вперед, а рука поддержана специальной подушкой по всей длине;
- кисть парализованной руки расположена в среднефизиологическом положении, не свисает с подушки, пальцы разогнуты;
- парализованная нога сгибается в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах и помещается на подушку по всей длине;
- стопа парализованной ноги не должна упираться в опору.

3. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на стороне парализованных конечностей:

- требуется тщательное укладывание с подушками под спиной, под верхней ногой и нижней рукой;
- плечо парализованной руки вынесено вперед;
- парализованная нога выпрямлена в тазобедренном и чуть согнута в коленном суставе;
- не рекомендуется ничего класть в парализованную руку или на ладонь;
- парализованная стопа ни во что не упирается;
- голова находится на одной линии с туловищем.

4. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении на спине в постели с приподнятым изголовьем - положение Фаулера:

- пациент с ишемическим инсультом при легком и средней тяжести течении болезни может быть уложен на приподнятое изголовье (угол изголовья не более 30°) на 15-20 мин по 3 раза в день уже с первых суток заболевания;
- при положении сидя необходимо следить, чтобы пациент сидел ровно, а масса тела была равномерно распределена на обе ягодицы;
- чтобы не было перекоса таза, при необходимости под ягодицу с парализованной стороны подкладывается плоская подушка 1,5-2 см толщиной;
- парализованная нога не развернута кнаружи, а стопа не упирается в опору;
- плечо парализованной руки выносится вперед и поддерживается подушкой;
- парализованная рука поддерживается подушкой под локоть, а кисть не свисает.

5. Основные правила позиционирования в положении сидя:

- пациент сидит ровно и масса его тела равномерно распределена на обе ягодицы, нет перекоса таза;
- парализованная рука находится на столешнице, локоть не свисает;
- бедра пациента полностью поддерживаются сиденьем;
- парализованная нога не развернута кнаружи, а стопы полностью стоят на полу;
- сегменты нижних конечностей (бедра, голени, стопы) расположены примерно под углом 90° [Скворцова В.И. и соавт., 2008].

Принципы перемещения пациента с инсультом

Для безопасного и правильного перемещения пациента с кровати до кресла или с кресла для освоения навыков ходьбы ухаживающему лицу необходимо соблюдать ряд правил и требований:

- носить подходящую одежду и обувь;
- перемещать пациента вручную только тогда, когда нет другого варианта;
- до начала перемещения оценить состояние пациента и выбрать оптимальный метод перемещения;
- всегда объяснять смысл движения пациенту и давать одновременные устные инструкции;
- подготовить площадку для перемещения (стул, кресло);
- перед началом движения необходимо поставить оборудование (инвалидное кресло-каталку) на тормоз;
- правильно поставить ноги, создать себе хорошую, устойчивую опору в направлении движения;
- при перемещении необходимо держать пациента как можно ближе к себе;
- заранее проверить, достаточно ли удобны и надежны ручки, за которые придется держаться при перемещении;
- избегать статического наклона туловища вперед и работать только с прямой спиной для предотвращения появления боли в спине у ухаживающего за пациентом с инсультом;
- желательно согласовывать с пациентом действия и ритм при перемещении;
- начиная движение, необходимо поднять голову;
- во время перемещения пациента, ухаживающему желательно согнуть колени, а не спину;
- во время перемещения никогда не делать разворотов тела;
- необходимо помнить о своих физических возможностях перемещения вручную и не превышать их.

Профилактика контрактур в парализованных конечностях

После длительной неподвижности конечностей вследствие инсульта могут возникнуть контрактуры, представляющие собой стойкое напряжение и в связи с этим укорочение мышц и их сухожилий, ведущие к болезненному ограничению движений в суставе. Если не препятствовать развитию контрактур в парализованных конечностях, у пациента, перенесшего тяжелый (особенно геморрагический) инсульт, формируется устойчивое патологическое положение руки (прижата к туловищу, согнута в локте, кисть повернута внутрь, согнуты пальцы) и ноги (разогнута и отведена, повернута внутрь стопа, при ходьбе описывает полукруг) - поза Вернике-Манна. Для предотвращения постинсультных контрактур парализованные конечности несколько раз в день укладывают на 20-30 мин в следующее положение: парализованная рука отведена и разогнута в локтевом суставе с разогнутыми пальцами; парализованная нога слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах за счет небольшого валика.

Кроме правильного позиционирования пациента и смены положения в постели, уменьшить развитие контрактур можно следующим образом.

1. Поддерживать комфортную температуру в помещении (+22 °С).
2. Выполнять несколько раз в день медленные пассивные движения во всех суставах парализованных конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных. Перед началом проведения пассивных движений в парализованной конечности пациенту необходимо объяснить цель их проведения и последовательность. Во время проведения упражнений пациент не оказывает сопротивления. Все пассивные движения проводят до появления болевых ощущений, не переходя за грань болезненности. Упражнения проводят часто и постепенно наращивают длительность процедуры, начиная с 5 мин. Следует избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих болевые ощущения и рефлекторный спазм мышц на парализованной стороне.
3. Для отдыха необходимо использовать положения конечностей, растягивающие мышцы и разгибающие суставы (правильное позиционирование). Перед растяжением напряженных и спазмированных мышц желательно их предварительно максимально расслабить. Во время отдыха после физических упражнений можно использовать приемы постизометрической релаксации и дыхательной гимнастики.
4. Выбирать положения, при которых пораженная сторона (парализованные конечности) имела бы опору.
5. Больному ни самостоятельно, ни с посторонней помощью нельзя поднимать больную руку, удерживая ее только за кисть. Это может привести к травмированию (растяжению связок, вывиху) плечевого сустава с появлением стойкого болевого синдрома и рефлекторному повышению тонуса мышц руки. При переворачивании или другом перемещении больного следует избегать потягивания за парализованную руку, чтобы не травмировать плечо.
6. Избегать движений, резко или длительно напрягающих спину больного или усиливающих боль в спине.
7. Мышечная боль может уменьшаться при согревании (грелка, бутылка с горячей водой, завернутая в полотенце), при этом необходимо следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне поражения.
8. При выполнении пассивных упражнений в парализованных конечностях необходимо учитывать работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем пациента, особенно при вращательных и сгибательных движениях в тазобедренных суставах.

Профилактика тромбоза глубоких вен ног и тромбоэмболии ветвей легочной артерии

Для предотвращения тромботических и тромбоэмболических осложнений показана максимально ранняя активизация пациента в виде пассивной и активной гимнастики, увеличивающей объем движений в ногах (голеностопный, коленный и тазобедренный суставы). Для профилактики тромбоза глубоких вен ног необходимо избегать длительного положения сидя со спущенными вниз ногами и сдавления подколенной области валиком при длительном положении ноги со сгибанием в коленном суставе. Очень полезными являются упражнения для стоп: крутить стопами внутрь, наружу, вперед и назад, разгибать и сгибать пальцы ног. Во время отдыха после выполнения упражнений показан периодический подъем ног на 6-10° с помощью подушки или подъема ножного конца функциональной кровати. Показано применение сдавливающих эластичных чулок, подобранных индивидуально по размеру, или бинтование ног сразу же после возникновения инсульта. Предпочтительно использование специального медицинского компрессионного противотромботического трикотажа, позволяющего нормализовать венозный отток и обеспечить физиологическое распределение давления по всей длине ноги. Компрессионный трикотаж носится постоянно на весь период постельного режима и не снимается на ночь. Как минимум один раз в сутки необходимо менять эластические чулки с

выполнением гигиенических процедур и осмотром кожи на предмет потертостей, покраснений, пролежней. Размер компрессионного трикотажа подбирается строго индивидуально. Необходимо отметить, что при очень тугих чулках возможно формирование пролежней. Использование компрессионного трикотажа должно быть менее длительным и осторожным при сахарном диабете и облитерирующем атеросклерозе артерий ног. Противопоказаниями к компрессионному трикотажу являются: тяжелые формы диабетической полинейропатии и ангиопатии, декомпенсированная сердечно-легочная недостаточность, трофические язвы не венозной этиологии, острая инфекция мягких тканей ног, септический флебит.

Профилактика пролежней

К основным причинам образования пролежней можно отнести следующие: гиподинамия в постели, истощение или, наоборот, ожирение, недержание мочи и кала, плохой гигиенический уход, неправильную технику перемещения пациента, нарушение сознания, старческий возраст, складки на постельном белье и его влажность, нарушения периферического кровообращения, применение цитостатиков, артериальную гипотензию и анемию. Наиболее частая локализация пролежней: крестец, копчик, ягодичная область, пятки, большой вертел бедренной кости, затылочная область. Опасность пролежней состоит также в частом их инфицировании с развитием вторичных осложнений в виде флегмоны, абсцесса, остеомиелита и сепсиса. Присоединение вторичной инфекции значительно утяжеляет состояние больного с инсультом и требует дополнительного ухода и терапии. Для оценки степени риска развития пролежней используют специальную шкалу Ватерлоу (11 параметров): нет риска развития пролежней - 1-9 баллов; есть риск образования пролежней - 10-14 баллов; высокий риск - 15-19 баллов, очень высокий риск - >20 баллов. У неподвижных пациентов оценку риска развития пролежней необходимо проводить ежедневно. У пациентов с очень высоким риском развития пролежней смену положения в постели необходимо проводить каждые 1-1,5 ч днем и 2,5-3 ч ночью.

Профилактика пролежней включает следующие меры.

1. Ежедневное внимательное наблюдение за кожей над костными выступами и местами наиболее частой локализации пролежней. Оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу.
2. Поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности. Два раза в день необходимо проводить ежедневный туалет всей поверхности кожи - так называемое купание в постели, при котором проводится поочередное обтирание губкой всех частей тела. Растирание кожи камфорой (Камфорным спиртом*) не рекомендуется в связи с возможным ее пересушиванием. Для очищения кожи лучше использовать жидкое мыло, шампунь, пенку, тоник, влажные салфетки, специально разработанные для лежачих больных.
3. Смена положений пациента для уменьшения давления на костные выступы и улучшения кровоснабжения тканей: для лиц с высоким риском развития пролежней - каждые 2 ч днем и 3,5 ч ночью; с очень высоким риском - каждые 1-1,5 ч днем и 2,5-3 ч ночью. Устранение непрерывного давления на кожу является ведущим профилактическим фактором в борьбе с пролежнями.
4. Предупреждение грубых сдвигов и трения кожи пациента при его поворотах, перестилании кровати и перемещении.
5. Лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и недержанием мочи следует прибегать к постановке катетера в мочевого пузырь. Применение подгузников у этой категории больных приведет к развитию пролежней.

6. У лиц с очень высоким риском развития пролежней необходимо использовать специальный противопролежневый матрас.
7. Проведение элементов массажа (несколько раз в сутки): поглаживание и легкая вибрация участков кожи, подверженных наибольшему давлению (лопатки, грудной отдел позвоночника, крестец, большой вертел бедренной кости, ягодицы, копчик, пятки) для улучшения кровообращения в данных зонах.
8. Пациенту с инсультом и сниженной чувствительностью в конечностях противопоказано сидеть слишком близко к обогревателям, а в холодную погоду необходимо тщательно согревать ослабленные конечности, надевая дополнительные носки и перчатки.
9. Необходимо ежедневно оценивать питание пациента и следить за хорошей гидратацией.
10. При начале образования пролежня в целях уменьшения прогрессии заболевания необходимо освободить это место кожи от давления и строго соблюдать питьевой режим. Не следует: сушить пролежни, смазывать их спиртосодержащими растворами, прижигать их, обрабатывать раствором бриллиантовой зелени. Необходимо избегать любого контакта пролежня с пластиком.

Принципы профилактики интертриго

Интертриго/опрелость/потница представляет собой заболевание поверхностного слоя кожи в области естественных складок с интенсивным размножением условно патогенных бактерий - *Pseudomonas aeruginosa*. Основные факторы, провоцирующие развитие интертриго псевдомонадного: повышенная потливость пациента и повышение температуры в помещении, недостаточный гигиенический уход, ношение малой по размеру, синтетической и слишком теплой одежды, лишний вес и ожирение, аллергические реакции, снижение иммунитета. Наиболее часто интертриго локализуется в области подмышечных впадин, межпальцевых, ягодичных и паховых складок, а также под молочными железами у женщин и на животе у людей с ожирением. В ряде случаев интертриго приобретает кандидозную форму.

Основные меры профилактики опрелостей/интертриго:

- ежедневные гигиенические процедуры в виде промывания естественных складок кожи с последующим их высушиванием;
- после каждой дефекации и мочеиспускания своевременно проводится гигиеническая обработка кожи в области промежности и в естественных складках;
- ежедневно необходимо проводить воздушные ванны для кожи в складках, например лежать с отведенными в стороны и вверх руками, отведенными в стороны ногами;
- между складками кожи можно прокладывать салфетки и валики;
- необходимо использовать только чистое и сухое белье с его регулярной сменой.

Принципы правильного кормления и оценка глотания

Одной из обязательных задач, стоящих перед человеком, ухаживающим за пациентом с инсультом, является ежедневная оценка его пищевого поведения с ведением дневника питания. При этом следует оценивать аппетит, режим и особенности потребления пищи, водный баланс, состояние кожных покровов. В процессе наблюдения за пациентом необходимо своевременно выявлять факторы, которые могут способствовать развитию недостаточности питания: болевой синдром, одышку, когнитивные нарушения, депрессию, тревогу, нарушения глотания, ухудшение общего состояния, тошноту, рвоту, анорексию, запор, лихорадку. Для оценки риска развития и степени нутритивной недостаточности используют

оценочные шкалы и тесты: скрининг нутритивного риска NRS-2002 (Nutritional Risk Screening), шкалу оценки недостаточности питания MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), шкалу недостаточности питания MST (Malnutrition Screening Tool). Выделяют три степени недостаточности питания: легкую - индекс массы тела = 18,5-17,0 кг/м²; среднюю - индекс массы тела = 16,9-15,5 кг/м²; тяжелую - индекс массы тела <15,5 кг/м².

Для выявления обезвоживания, отеков и оценки водного баланса необходимо регулярно проводить физикальное обследование пациента и оценивать динамику водного баланса путем контроля суточного диуреза и при возможности периодического его взвешивания. Во время ухода за пациентом необходимо проводить тщательное наблюдение с целью выявления функциональных или анатомических барьеров в желудочно-кишечном тракте, а также симптомов, влияющих на возможности употребления пищи.

Некоторые предостерегающие знаки и симптомы нарушения глотания (дисфагии): затруднение жевания, нарушение гигиены рта, слюнотечение или неспособность глотать слюну, неаккуратное пищевое поведение, выпадение пищи во время еды изо рта, смазанная речь, кашель или прочистка горла до, во время или после еды, изменение качества голоса во время или после глотания («булькающий» голос, хрипота, временная потеря голоса), срыгивание, затрудненное дыхание или удушье, повышение температуры тела, снижение веса, потеря интереса к еде, плохой аппетит или отказ от пищи, увеличение продолжительности акта еды, ощущение, что еда или жидкость «застревает» в горле во время глотания, тревожность по поводу приема пищи или жидкостей.

Выделяют 4 степени выраженности нарушения глотания (дисфагии): 1-я степень - некоторые затруднения при глотании твердой пищи, полутвердая пища проглатывается легко; 2-я степень - затруднения при глотании любой твердой пищи, жидкая пища проглатывается без затруднений; 3-я степень - затруднения возникают при проглатывании жидкой пищи; 4-я степень - невозможно проглотить слюну.

Неврологические причины отказа от еды (дифференциальная диагностика):

- бульбарный синдром (дисфагия, дизартрия, дисфония/афония, атрофии мышц языка, отсутствие глоточного рефлекса) - инсульт и его последствия, менингоэнцефалит и его последствия, миастения (патологическая утомляемость глотания и жевания, назола-лия), опухоль ствола мозга, рассеянный склероз;
- псевдобульбарный синдром (легкая дисфагия и дизартрия, фасцикуляции языка без атрофий, рефлекс орального автоматизма) - последствия инсульта, выраженная дисциркуляторная энцефалопатия II-III стадии, посттравматическая энцефалопатия, нейродегенеративные заболевания мозга (болезнь Альцгеймера, БП, мультисистемная церебральная атрофия и др.);
- болезнь двигательного нейрона (боковой амиотрофический склероз) бульбарная форма - постепенно прогрессирующая дисфагия и дизартрия, двусторонние атрофии и фасцикуляции языка, рефлекс орального автоматизма, далее слабость и атрофии мышц шеи и рук;
- когнитивные расстройства и деменция;
- депрессия;
- невротическое расстройство, например нейрогенная анорексия;
- невралгия языкоглоточного (IX) нерва с выраженной болезненностью при глотании;
- глоссалгия, глоссодиния - болевые синдромы в области языка. Основные принципы правильного кормления

1. Необходим оптимальный подбор позы для наиболее эффективного и безопасного глотания: только сидя с опорой под спину, умеренный наклон головы вперед, поворот в здоровую сторону во время проглатывания.
2. Соблюдение принципов пищевого рациона: пища должна выглядеть аппетитно, теплая пища (комнатной температуры), следует предлагать твердую и жидкую пищу в разное время (тогда пациент не будет поперхиваться), полужесткая пища переносится лучше всего (запеканки, густой йогурт, протертые овощи и фрукты, жидковатые каши).
3. Подбор консистенции пищи: мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре; жидкости - консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа. Жидкая пища и жидкости, используемые в процессе кормления, могут вызвать аспирацию.
4. Исключение из рациона продуктов, часто вызывающих аспирацию (хлеб, печенье, орехи). Для профилактики аспирации частиц пищи во время еды необходимо поддерживать хорошую гигиену ротовой полости и регулярно очищать ее от скоплений пищи и слюны.
5. При кормлении пищу закладывают с непораженной стороны (пища кладется в ту сторону рта, которая не парализована) небольшими порциями.
6. Обеспечивается контроль за необходимостью использования зубных протезов и их гигиенической обработки.
7. Проводится тщательная ревизия полости рта после окончания каждого кормления. При наличии у пациента слюнотечения из парализованной половины рта необходимо следить за тем, чтобы лицо было чистым и сухим, при этом возможно смазывание кожи возле рта защитным кремом.
8. Желательно, чтобы после кормления пациент оставался в вертикальном положении в течение 45-60 мин.
9. Перед кормлением через зонд (нарушено глотание) необходимо придать больному возвышенное положение (угол наклона равен 30° , приподнята не только голова, но и плечи) или усадить больного.
10. Энергетическую потребность зондового питания определяют индивидуально (определяется врачом): для поддержания массы тела - 30-35 ккал/кг; для восстановления массы тела - 35-40 ккал/кг; потребность в белках 0,8-1,0 г/кг в сутки.
11. Суточная потребность в жидкости - 30 мл/кг массы тела + 10% при повышении температуры тела на каждый градус (выше 37°C).

Для питания пациента с инсультом алиментация должна осуществляться преимущественно на уровне основного обмена - 20-25 ккал/кг. Потребность в углеводах до 5 г/кг/сут или до 400-500 г/сут. Потребность в жирах - 1-1,5 г/кг/сут или 80-90 г/сут (не менее трети жиров должны быть растительного происхождения). Потребность в белке - 1-1,5 г/кг/сут или 80-100 г/сут. Пациент должен потреблять не менее 30-40 г пищевых волокон в сутки, которыми особенно богаты овощи и фрукты (свекла, слива, черная смородина, яблоки), сухофрукты (чернослив), овсяная и гречневая крупы, сушеные грибы, бобовые (зеленый горошек), хлеб из муки грубого помола. Необходимо соблюдать ежедневный питьевой режим, в частности при питании фруктами, овощами, крупами и легко усвояемым белком необходимо выпивать 1 л чистой воды в сутки. Когда питание состоит из регулярно употребляемого мяса, рыбы, яиц, хлеба, большого количества пряного и острого, то объем выпиваемой чистой воды должен составлять 1,5-2 л в сутки. Оптимальным количеством суточного употребления чистой воды (не чая, сока или компота) составляет около 30 мл на 1 кг веса человека.

Оптимальным считается четырехразовый режим питания: завтрак, второй завтрак, обед и ужин. Температура первых блюд не должна превышать 60-65 °С, вторых блюд - 55-60 °С, холодных закусок - 7-14 °С. Для питания пациента с постинсультной дисфагией 1-2-й степени могут использоваться следующие виды пищи, при этом еда должна очень легко раздавливаться языком: пюре или вареные овощи до очень мягкой консистенции, суп-пюре без добавлений, картофельное пюре, картофельный суп, отварные и протертые овощи, кисель или йогурт, пюре из протертого мяса, мясные муссы (телятина, мясо курицы), филе рыбы без костей, фрукты и фруктовые продукты без кожи и семян (бананы, груши, тушеные яблоки, абрикосы, персики), молочные продукты (сметана, пудинг, мусс, мороженое), натуральный йогурт без кусочков, джемы из фруктов. В ряде случаев необходимо использовать «загустители». При дисфагии 3-й степени еда должна быть мелко протертой, однородной, мягкой, легко разжевываемой. В пищевом рационе желательно использовать крем-супы без добавок, фруктовые супы, сливки, жидкое картофельное пюре, очень мелко протертые овощи, кисели, фруктовое пюре, соки, заварной крем. При дисфагии 4-й степени, сохраненной функции желудочно-кишечного тракта и отсутствии противопоказаний рекомендуется зондовое питание, а при его невозможности проводится парентеральное питание и регидратация.

Для пациентов, которые не могут принимать пищу самостоятельно, возможно использовать дополнительные средства малой реабилитации: 1) нескользящая салфетка, обеспечивающее стабильное положение посуды во время еды; 2) чашки на подставках и кружки с двумя ручками при нарушении хватательного движения парализованной рукой; 3) специальные стаканы и чашки, предназначенные для пациентов с нарушением глотания и слабостью или тремором в руке; 4) поильник для приема жидкостей или жидкой пищи; 5) нагрудники для защиты одежды и белья пациента от загрязнения во время еды; 6) встроенные специальные ручки и фиксирующие ремешки на столовых приборах (ложка, вилка, нож), предназначенные для пациентов с ослаблением хватательного движения пальцев руки; 7) тарелки с дополнительным ограничивающим бортиком, который удерживает пищу при неловких движениях пациента во время еды.

Профилактика запоров

Запором/констипацией считается нарушение деятельности кишечника с задержкой стула более 48 ч или редкий стул с частотой менее одного раза в трое суток. К запорам также можно отнести следующие расстройства: твердый стул, отхождение малого количества кала (менее 100 г), ощущение неполного опорожнения кишечника после акта дефекации, длительный акт дефекации, для которого необходимы дополнительные потужные усилия. Тяжелый запор с формированием плотных затвердевших каловых масс и невозможностью самостоятельной дефекации именуется обстипацией. К основным причинам развития запоров у пациентов после инсульта можно отнести следующие: снижение перистальтики кишечника, вынужденное резкое снижение общей активности, недостаточное потребление жидкости, недостаточное или неправильное питание, невозможность поддерживать правильную позу при дефекации, отсутствие приватной обстановки, применение некоторых лекарств, снижающих перистальтику кишечника (спазмолитики, антихолинэстеразные препараты). При нарушении функции тазовых органов в виде недержания мочи и кала необходимо использовать подгузники, которые необходимо менять каждые 3-4 ч и после каждой дефекации.

Основные принципы профилактики запоров:

- необходимо соблюдать режим питания и дефекации, предлагать пациенту посещать туалет в одно и то же время;
- необходимо принимать пищу не реже 5 раз в день;

- наиболее благоприятное время для опорожнения кишечника - утром вскоре после еды (через 30 мин);
- достаточное потребление жидкости (1,5-2 л в сутки);
- из рациона исключаются газированные напитки, которые вызывают вздутие живота;
- увеличение в рационе содержания клетчатки за счет растительной пищи: сухофрукты (курага, чернослив, инжир), кисломолочные продукты;
- увеличивая количество клетчатки в диете, следует увеличивать и количество выпиваемой жидкости;
- поддержание двигательной активности и ежедневная программа физических упражнений;
- правильная поза при дефекации: спина прогнута, живот расслаблен, а не втянут, таз наклонен вперед, колени чуть выше бедер, локти по возможности должны упираться в колени;
- медикаментозное лечение запора (клизмы - не чаще двух раз в неделю): [глицерол](#) (Глицериновые суппозитории*), натрия пико-сульфат (Гутталакс*), [лактолоза](#) (Дюфалак*, Порталак*), фенолфталейн[®] (пурген[®]), сenna.

Дополнительные рекомендации по уходу за пациентом с инсультом

1. Пациенту с инсультом необходимо: оказывать психоземotionalную поддержку и знаки внимания, предпринимать меры по улучшению настроения и увеличению положительных эмоций, убеждать его в том, что, несмотря на состояние здоровья, его по-прежнему любят и ценят. Необходимо мотивировать пациента на активную борьбу с последствиями инсульта и создавать положительный настрой и веру в полное или значительное восстановление утраченных функций. Желательно его регулярно хвалить даже за маленькие успехи на пути к достижению цели.
2. При нарушениях речи необходимо: 1) использовать в общении с пациентом не только речь, но и мимику, прикосновения, жесты, рисунки, картинки; 2) говорить с пациентом медленно, спокойно и негромко, используя короткие фразы; 3) двигаться плавно без резких движений; 4) возможно использование письменного общения; 5) с врачом-логопедом подбирается комплекс необходимых упражнений, за выполнением которых необходимо регулярно следить.
3. Не допускать самостоятельного приема пациентом лекарств, особенно при наличии выраженных нарушений памяти и деменции.
4. Выполнение массажа в качестве постинсультной реабилитации является высокоэффективной методикой и требует прихода на дом соответствующего специалиста. Самостоятельное выполнение родственниками массажа парализованных конечностей может привести к нежелательным последствиям (повышение мышечного тонуса с увеличением контрактуры и усиление болевого синдрома). В ряде случаев родственники пациента могут пройти специальное обучение по технике массажа. Проводится классический массаж парализованных конечностей (поглаживание, растирание, разминание, вибрация) и точечный массаж с использованием биологически активных точек. Массаж парализованных конечностей, как правило, начинают через 5-10 дней после инсульта в зависимости от состояния больного. Методики массажа для восстановления после инсульта имеют много особенностей, в частности мышцы-сгибатели в руке расслабляются, а разгибатели - тонизируются; в ноге наоборот - мышцы-сгибатели тонизируются, а разгибатели - расслабляются и растягиваются.
5. В процессе восстановления силы в парализованной руке необходимо дополнительно выполнять комплекс упражнений, направленных на развитие мелкой

моторики в пальцах. Данная методика улучшает не только восстановление двигательной функции (сила и координация движений), но также способствует развитию речи и мышления.

6. У большинства пациентов, особенно пожилого и старческого возраста, перенесших инсульт, в последующем отмечается прогрессирующее снижение памяти. Снижению когнитивных функций также способствует постинсультная депрессия, наблюдающаяся более чем у 50% пациентов, перенесших инсульт, особенно в левом полушарии головного мозга. В связи с этим необходимо регулярное выполнение упражнений для укрепления памяти (счет, запоминание слов и картинок, запоминание и воспроизведение стихов и песен, разгадывание головоломок и кроссвордов, изучение иностранного языка и т.д.).

7. Очень важной мерой оценки состояния пациента в динамике является ведение дневника наблюдения. Эта информация позволит врачу, наблюдающему пациента на дому, более целенаправленно подойти к определению лечебной тактики. Родственник или сиделка, ухаживающие за пациентом с инсультом, ежедневно вносят в дневник наблюдения следующие данные: температуру тела (измеряется утром и вечером); артериальное давление, измеренное на двух руках, пульс и частоту дыхания в минуту (измеряется три раза в день); частоту мочевыделения и стула за сутки; наличие и локализацию пролежней. Для объективной динамической оценки уровня бытовой активности в повседневной жизни может использоваться шкала Бартел. Для оценки риска развития пролежней наиболее популярной является шкала Нортон. Объективизация нарушений когнитивных функций производится с помощью краткой шкалы оценки психического статуса.

лечебная гимнастика и восстановление двигательной активности

Чтобы успешнее оказывать помощь при реабилитации пациента с инсультом, родственникам и другим лицам, ухаживающим за больным, необходимо пройти краткий курс обучения или получить необходимые рекомендации у врача или методиста по лечебной гимнастике и кинезотерапии. Пассивные упражнения начинают на 3-4-й день, в том числе при полном отсутствии движений на стороне парализованных конечностей. В остром периоде вовлекают в движение только мелкие суставы, чтобы не вызвать значительных изменений артериального давления. В более позднем периоде, при стабильных показателях артериального давления лечебную гимнастику начинают с крупных суставов, затем переходят к более мелким, что препятствует повышению мышечного тонуса и образованию контрактур. Активные движения выполняют в первую очередь здоровой конечностью. При этом мысленное повторение упражнений парализованной рукой или ногой (так называемая идеомоторная гимнастика) способствует появлению активных движений. При грубых парезах активную гимнастику начинают с упражнений статичного характера (удержание конечности над опорой).

Специальную реабилитационную гимнастику чередуют с дыхательными упражнениями. Дыхание оказывает влияние на мышечный тонус конечностей: при вдохе тонус конечностей повышается, при выдохе - снижается. Лечебную гимнастику проводят непродолжительное время (15-20 мин) несколько раз в день (каждые 3-4 ч). Желательно все движения выполнять плавно, без причинения болевых ощущений пациенту, так как резкие движения и боль ведут к нарастанию мышечного тонуса и увеличению контрактур. Через 3-4 нед от начала заболевания, с учетом общего состояния и цифр артериального давления, постепенно переходят к восстановлению навыков ходьбы. После восстановления ходьбы врач лечебной физкультуры подбирает новый индивидуальный комплекс упражнений, а также определяет интенсивность и частоту тренировок, учитывая общее состояние и особенности функционирования сердечно-сосудистой системы у конкретного пациента.

К общим правилам лечебной физкультуры после инсульта на этапе восстановления функции ходьбы можно отнести следующие:

- до и после тренировки измеряется артериальное давление и пульс;
- перед началом упражнений обязательно выполняется разминка;
- все движения выполняются плавно с исключением быстрых наклонов и подъемов туловища, а также резких поворотов и наклонов головой;
- во время выполнения упражнений нельзя задерживать дыхание и натуживаться;
- не рекомендуется резкое прекращение тренировки, за исключением случаев ухудшения самочувствия и появления головокружения и общей слабости;
- во время тренировки можно пить воду мелкими глотками для исключения обезвоживания организма, которое может вызвать снижение артериального давления и ухудшение работы сердца;
- самостоятельные тренировки не рекомендуются, выполнение упражнений и общее состояние пациента необходимо контролировать кому-либо из родственников или методисту лечебной физкультуры.

Выход из постельного режима нужно осуществлять постепенно и только по согласованию с врачом. Сначала учат больного садиться, потом делать гимнастику для ног, далее вставать и только затем - ходить. Последовательность увеличения двигательных возможностей пациента после инсульта выглядит следующим образом: сначала необходимо помогать ему садиться; потом ему нужно научиться сидеть в постели, для чего желательно снабдить кровать специальными приспособлениями, чтобы пациент мог сесть без помощи ухаживающего лица; далее обучают пациента спускать ноги с кровати и пересаживаться на стоящий рядом стул или кресло-каталку. Далее последовательно и постепенно проводится обучение пациента: стоять, переносить тяжесть тела с одной стороны тела на другую, делать шаги на месте. Для обучения ходьбе можно использовать специальные ходунки, при этом необходимо находиться рядом с больным со стороны его парализованных конечностей.

Для повышения двигательной активности пациента, перенесшего инсульт, необходимо использовать принципы и возможности кинестетики (учение о двигательных ощущениях), которая помогает использовать собственные двигательные ресурсы для обеспечения высокого уровня самоконтроля при небольших усилиях. Использование принципов кинестетики позволяет осуществлять более рациональное и безопасное передвижение пациента и ухаживающего лица в пространстве за три этапа: 1) перенос веса массы тела так, чтобы другая масса тела освободилась от веса; 2) освобожденная от веса масса тела переносится на новое место; 3) на новом месте вес тела должен распределяться между массами так, чтобы был найден баланс, позволяющий находиться телу пациента в стабильном устойчивом положении.

Комплексный подход в восстановлении двигательных функций реализуется в концепции Бобат, позволяющей 24 ч в сутки позитивно влиять на все аспекты жизни пациента. Согласно данной концепции, для восстановления двигательных навыков необходимо: 1) подавлять патологические модели движения; 2) стимулировать развитие более правильных движений; 3) осуществлять нормализацию мышечного тонуса; 4) стимулировать восприятие собственного тела. При выполнении Бобат-терапии необходимо ориентироваться на ежедневно изменяющееся функциональное состояние пациента и гибко приспосабливаться к новому двигательному стереотипу и нейропластическим возможностям головного мозга. Концепция Бобат-терапии включает три основных принципа восстановления двигательной функции: 1) ингибция - торможение патологических движений, положений тела и рефлексов,

препятствующих формированию нормальных/здоровых движений; 2) фацилитация - облегчение выполнения правильных физиологических движений в процессе творческого сенсомоторного восстановления утраченной функции и правильного взаимодействия с ухаживающим лицом или реабилитологом; 3) стимуляция - увеличение тактильных и кинестетических стимулов для улучшения полноты восприятия положения тела в пространстве и ощущения собственных движений. Использование принципов фацилитации в процессе ухода за пациентом с инсультом позволяет: 1) правильно переносить вес тела при движении; 2) осуществлять медленные растяжки, направленные от проксимальных отделов конечностей к дистальным; 3) выбирать оптимальную скорость передвижения, позволяющую нормализовать мышечный тонус; 4) проводить правильное позиционирование и транспортировку пациента.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Реабилитация после инсульта направлена на скорейшее устранение неврологического дефекта (гемипарез, афазия, дисфагия, атаксия и др.), инвалидизирующего больного, на приспособление его к самообслуживанию и трудовой деятельности в новых условиях, возникших вследствие болезни. Для организации эффективной реабилитации необходимы три условия: 1) у больного не должно быть тяжелых соматических заболеваний в стадии декомпенсации; 2) необходима сохранность психики, активность больного, так как при отсутствии контакта, пассивности больного самая активная работа окажется безрезультатной; 3) активную реабилитационную работу нельзя проводить на фоне прогрессивности сосудисто-мозгового заболевания. Ведение больных с инсультом мультидисциплинарной бригадой специалистов (невролог, психолог, методист лечебной физкультуры/кинезотерапии, эрготерапевт/трудотерапевт, логопед, специально подготовленный младший медицинский персонал и др.) значительно снижает количество осложнений и улучшает прогноз восстановления утраченных функций.

Основные требования к реабилитации пациентов, перенесших инсульт, по рекомендациям European Stroke Organization [2008. [http:// www.eso-stroke.org](http://www.eso-stroke.org)]:

- для всех пациентов с инсультом рекомендуется направление в инсультное отделение для получения координированной мультидисциплинарной реабилитации;
- рекомендуется раннее начало реабилитации;
- возможна ранняя выписка пациента из инсультного отделения при стабильности медицинских показателей, в случае инсульта легкой или средней степени тяжести, при условии дальнейшего продолжения реабилитации мультидисциплинарной бригадой, в амбулаторных условиях;
- рекомендуется продолжать реабилитацию в течение первого года после выписки из больницы;
- рекомендуется увеличивать продолжительность и интенсивность реабилитации;
- рекомендуется лечебная физкультура и эрготерапия (терапия трудом, направленная на восстановление навыков быденной жизни и адаптацию к бытовым условиям);
- рекомендуется раннее выявление и своевременная медикаментозная терапия когнитивных и психоэмоциональных расстройств, а также постинсультной депрессии;
- у некоторых пациентов для лечения постинсультной хронической нейропатической боли показано применение трициклических антидепрессантов;

- для лечения постинсультной спастичности, наряду с реабилитацией и использованием центральных миорелаксантов, может применяться ботулотоксин.

Основные методы реабилитации пациентов, перенесших инсульт

При двигательных нарушениях рекомендуются кинезотерапия, включая обучение ходьбе, бытовая реабилитация, в том числе обучение навыкам самообслуживания, электростимуляция нервно-мышечного аппарата. К базовым методикам физической реабилитации в восстановительном периоде инсульта относятся лечебная физкультура (пассивная гимнастика, лечение положением, ортезотерапия, пассивное растяжение, силовые тренировки, методики с биологической обратной связью, аппаратная и тренажерная реабилитация) и эрготерапия (обучение персональным и инструментальным навыкам самообслуживания). Во время сеансов эрготерапии пациента учат самостоятельно передвигаться, одеваться, раздеваться, проводить гигиенические процедуры, готовить пищу, использовать различные инструменты бытовой и производственной среды. Дополнительным методом двигательной постинсультной реабилитации является терапия ограничением движения (constraint-induced movement therapy), которая основана на преодолении феномена «привычки неиспользования» парализованной конечности путем иммобилизации здоровой руки и обучения выполнению интенсивных целенаправленных упражнений парализованной рукой или ногой.

Для устранения спастичности в парализованных конечностях дополнительно используются миорелаксанты ([тизанидин](#), [баклофен](#), [толперизон](#)), тепловые процедуры (аппликации парафина, озокерита), избирательный миорелаксирующий или точечный массаж, ботулинотерапия с помощью периодического введения ботулинического токсина типа А. Для профилактики контрактур, возникающих на фоне постинсультных трофических изменений суставов (артропатии), применяют теплотечение (аппликации парафина, озокерита), обезболивающие электрофизиопроцедуры (синусоидальные модулированные токи - амплипульстерапия, диадинамические токи, чрескожная электронейростимуляция, электроили фонофорез лекарственных веществ).

Высокочастотная сенсорная чрескожная электронейростимуляция может быть рекомендована для улучшения двигательной реабилитации с постинсультным парезом руки и давностью инсульта более 1 мес. Низкочастотная моторная нервно-мышечная электростимуляция сгибателей и разгибателей запястья и пальцев парализованной руки рекомендуется в сроки менее 6 мес после инсульта. Ортопедические мероприятия включают использование лонгет, специальных приспособлений для ходьбы, ортопедической обуви и др.

К высокотехнологичным наиболее современным методикам двигательной постинсультной реабилитации относятся: 1) аппаратные методы реабилитации: роботизированные и механотерапевтические устройства, снабженные двигателями для обеспечения необходимого движения, обладающие антропоморфностью и интерактивностью, способные изменять стереотип своей работы в зависимости от показателей встроенных датчиков; 2) технологии виртуальной реальности: технической основой виртуальной реальности в реабилитологии является компьютерное моделирование и компьютерная имитация, ускоренная трехмерная визуализация, позволяющая реалистично отображать движение человека на экране; используются различные компьютерные платформы, игровые консоли, 3D-очки и шлемы; 3) транскраниальная магнитная стимуляция головного мозга: методика неинвазивной стимуляции, например, первичной моторной коры головного мозга переменным магнитным полем высокой индукции подразделяется на высокочастотную (показана в любом периоде восстановления двигательной функции) и низкочастотную (при давности инсульта более 6 мес).

В реабилитации постинсультного гемипареза также используются нефизические методы двигательной реабилитации: 1) зеркальная терапия: перед пациентом с гемипарезом ставится зеркало отражающей поверхностью в сторону здоровых конечностей, при этом пациент, выполняя упражнения парализованными конечностями, видит в зеркале полноценную работу здоровой руки и ноги; 2) мысленные тренировки с представлением движения: пациенту дается задание представлять (мысленно выполнять) выполнение определенных упражнений парализованными конечностями с обозначением количества и последовательности движений.

При речевых нарушениях рекомендуются занятия с логопедом-афа-зиологом по восстановлению речи, чтения, письма и счета. Элементы психотерапии включаются в занятия кинезотерапией, в практику логопеда-афазиолога, невролога-реабилитолога. К дополнительным методам реабилитации относятся: биоуправление с обратной связью по электрокимограмме при гемипарезах, биоуправление с обратной связью по стабิโลграмме при нарушениях равновесия и ходьбы, иглорефлексотерапия и/или электроакупунктура при мышечной спа-стичности и болевых синдромах, трудотерапия в специально оборудованных мастерских, психотерапия, проводимая специалистом-психотерапевтом.

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА

Приведенные рекомендации по вторичной профилактике ише-мических острых нарушений мозгового кровообращения составлены на основе избранных данных зарубежных клинических рекомендаций 2014 г. (Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack от 2014 г. <http://stroke.ahajournals.org>).

Антигипертензивная терапия

Антигипертензивная терапия показана ранее не леченным пациентам, у которых после первых нескольких дней ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки выявляется повышение артериального давления $\geq 140/90$ мм рт.ст.

Рекомендуется возобновление антигипертензивной терапии у ранее лечившихся пациентов с артериальной гипертензией через несколько дней после ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки.

Целевой уровень артериального давления при антигипертензивной терапии у пациентов, перенесших ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку, должен быть индивидуализирован с желательным достижением цифр $<140/90$ мм рт.ст.

Для пациентов, недавно перенесших лакунарный ишемический инсульт, рекомендуется целевой уровень систолического артериального давления <130 мм рт.ст.

Пациентам с инсультом или транзиторной ишемической атакой, обусловленным 50-99% стенозом внутричерепной артерии, рекомендуется поддерживать систолическое артериальное давление <140 мм рт.ст. и принимать статины.

Выбор антигипертензивного препарата должен быть индивидуализирован. Имеются данные о пользе комбинации тиазидных диуретиков и ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента.

Антитромботическая терапия

Для профилактики повторного инсульта у пациентов, перенесших некардиоэмболический ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку,

рекомендуется: монотерапия ацетилсалициловой кислотой (Аспирином*) в дозе 50-325 мг/сут, комбинация ацетилсалициловой кислоты (Аспирина*) 25 мг и дипиридамола замедленного высвобождения 200 мг - 2 раза в сутки, монотерапия клопидогрелом 75 мг/сут.

Комбинация ацетилсалициловой кислоты (Аспирина*) и клопидогрела возможна с первых 24 ч на протяжении 21-го дня после малого/небольшого ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки.

Для пациентов, которые перенесли инсульт или транзиторную ишемическую атаку, вызванные стенозом интракраниальной артерии 50-99%, рекомендована [ацетилсалициловая кислота](#) (Аспирин*) в дозе 325 мг/сут. Пациентам, перенесшим ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку со стенозом внутричерепной артерии 70-99%, показано (не позднее 30 дней) сочетание ацетилсалициловой кислоты (Аспирина*) и клопидогрела 75 мг/сут на 90 дней.

Терапия оральными антикоагулянтами ([варфарин](#)) с поддержанием уровня международного нормализованного отношения от 2,0 до 3,0 рекомендована больным после перенесенного ишемического инсульта, связанного с фибрилляцией предсердий.

Новые оральные антикоагулянты ([апиксабан](#), дабигатрана этексилат, [ривароксабан](#)) могут использоваться для профилактики повторного инсульта у пациентов с неклапанной фибрилляцией предсердий.

Для большинства пациентов с инсультом или транзиторной ишемической атакой в условиях фибрилляции предсердий целесообразно начинать пероральную антикоагулянтную терапию в течение 14 дней после появления неврологических симптомов.

При наличии высокого риска геморрагической трансформации инфаркта мозга, большого объема очага инсульта, неконтролируемой артериальной гипертензии, тенденции к внутримозговому кровоизлиянию целесообразно отсрочить начало пероральной антикоагулянтной терапии более чем на 14 дней.

Для пациентов с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой, которые не могут принимать оральные антикоагулянты, рекомендуется только [ацетилсалициловая кислота](#) (Аспирин*).

Сочетание оральной антикоагуляции с антитромбоцитарной терапией не рекомендуется после ишемического инсульта или транзиторной ишемической атаки. Такая комбинированная терапия возможна у пациентов с клинически выраженной патологией сердца, особенно при остром коронарном синдроме или коронарном стентировании.

Гиполипидемическая терапия

Терапия статинами показана для снижения риска инсульта и сердечно-сосудистых событий у пациентов, перенесших ишемическое острое нарушение мозгового кровообращения предположительно атеросклеротического генеза с уровнем липопротеидов низкой плотности <2,5 ммоль/л.

Пациенты с ишемическим инсультом или транзиторной ишемической атакой, а также другими коморбидными атеросклеротическими сердечно-сосудистыми заболеваниями должны курироваться в соответствии с рекомендациями по лечению дислипидемий American Heart Association/American Stroke Association от 2013 г., которые включают изменение образа жизни, нормализацию питания и гиполипидемическую терапию.

Хирургическая профилактика ишемического инсульта

Каротидная эндартерэктомия рекомендована пациентам с симптомным стенозом сонной артерии $>70\%$ и должна выполняться только в центрах с показателем периоперационных осложнений (любой инсульт или смерть) менее 6% .

Каротидная эндартерэктомия может проводиться у пациентов со стенозом сонной артерии $50-69\%$ по индивидуальным показаниям.

При показаниях к операции каротидную эндартерэктомию желательно выполнять в ближайшие 2 нед после транзиторной ишемической атаки или малого ишемического инсульта.

Каротидная ангиопластика со стентированием может быть альтернативой каротидной эндартерэктомии для пациентов с симптомным стенозом внутренней сонной артерии (стеноз $>70\%$ по данным дуплексного сканирования или $>50\%$ по данным катетеризационной рентгеноконтрастной ангиографии) при низком риске осложнений и должна выполняться только в центрах с показателем периоперационных осложнений (любой инсульт или смерть) $<6\%$.

Разумно учитывать возраст пациента при выборе методики оперативного вмешательства на сонных артериях. Для пациентов старше 70 лет более оправдано использование каротидной эндартерэктомии. Для более молодых пациентов, с учетом показаний, возможно использование ангиопластики и стентирования.

Ангиопластика со стентированием не рекомендуется пациентам с острыми ишемическими нарушениями мозгового кровообращения, обусловленными умеренным ($50-69\%$) стенозом внутричерепной артерии.

Для пациентов с рецидивирующими или прогрессирующими неврологическими симптомами, обусловленными стенозом/окклюзией артерий каротидного бассейна, после проведения оптимальной медикаментозной терапии, при невозможности проведения эндартерэктомии или стентирования, целесообразно проведение шунтирующей операции экстра-интракраниального микроанастомоза.

Дополнительные рекомендации

Все пациенты, перенесшие ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку, должны регулярно контролировать уровень глюкозы плазмы крови и уровень гликированного гемоглобина.

Все пациенты после острого нарушения мозгового кровообращения должны пройти скрининг на ожирение с измерением индекса массы тела. Польза снижения массы тела у данных пациентов определена для снижения сердечно-сосудистых факторов риска и не определена для снижения риска повторного инсульта.

Для пациентов, перенесших ишемический инсульт, целесообразно проводить аэробные физические упражнения по 40 мин в день, не менее 3-4 раз в неделю, средней/умеренной интенсивности (быстрая ходьба, велотренажер, бег трусцой).

Для пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, рекомендуется снижение приема натрия с пищей $<2,4$ г в день, а дальнейшее снижение приема натрия с пищей $<1,5$ г в день позволит снизить повышенный уровень артериального давления.

Для пациентов, перенесших инсульт или транзиторную ишемическую атаку, оправдано использовать средиземноморскую диету, содержащую овощи, фрукты, цельные зерна, нежирные молочные продукты, птицу, рыбу, бобовые, оливковое масло, орехи.

Своевременное выявление и коррекция апноэ во время сна у пациентов, перенесших инсульт, позволяет снизить риск сердечно-сосудистых осложнений.

Для пациентов, которые перенесли ишемический инсульт или транзиторную ишемическую атаку неуточненного генеза, показано периодическое мониторирование ритма сердца на протяжении 6 мес для выявления возможной фибрилляции предсердий.

Всем пациентам, перенесшим инсульт или транзиторную ишемическую атаку, рекомендуется бросить курить сигареты, избегать пассивного курения, исключить или уменьшить употребление алкоголя.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ В ВОССТАНОВИТЕЛЬНОМ ПЕРИОДЕ ИНСУЛЬТА

С точки зрения научно-доказательной медицины в настоящее время не получено убедительного подтверждения высокой эффективности использования церебропротективных, вазоактивных и ноотропных средств для лечения пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения. Решение о целесообразности применения этих трех групп лекарственных средств принимается врачом общей практики после консультации невролога. Основу лекарственной терапии в восстановительном периоде инсульта составляют различные виды симптоматического лечения, коррекции постинсультных состояний и вторично развивающихся заболеваний.

Нейропротекция

Церебропротективные лекарственные препараты могут быть рекомендованы пациентам после обширного инсульта, при стойких нарушениях речи, когнитивных расстройствах, сниженной психической и двигательной активности.

Нейротрофические нейропептиды:

- комплекс пептидов из головного мозга свиньи (Церебролизин*): внутривенно капельно 5-10 мл на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, курс 10 дней, 2-3 курса в течение первого года;
- депротеинизированный гемодериват крови телят (Актовегин*): внутривенно капельно 5-10 мл на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, курс 10 дней, 2-3 курса в течение первого года;
- комплекс пептидов из головного мозга телят [полипептиды коры головного мозга скота (Кортексин*)]: внутримышечно по 10 мг (1 флакон), курс 10 дней, 2-3 курса в течение первого года;
- метионил-глутамил-гистидил-фенилаланин-пролил-глицил-про-лин (Семакс*) 0,1% раствор, по 2 капли в каждый носовой ход, 3-6 раз в сутки в течение 1-3 мес.

Антиоксиданты:

- этилметилгидроксипиридина сукцинат (Мексидол*, Мексиприм*, Мексифин*): внутривенно капельно 4-5 мл (50 мг в 1 мл) на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида или внутримышечно по 2-5 мл, курс 10 дней, далее по 1 таблетке 125 мг 3 раза в день в течение 1 мес;
- янтарная кислота + рибоксин + никотинамид + рибофлавин (Цитофлавин*): внутривенно капельно 10 мл на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, курс 10 дней, далее по 2 таблетки 2 раза в день в течение 1 мес;
- тиоктовая кислота (Тиогама*, Октолипен*, Берлитион 600*): внутривенно капельно 600 мг на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, курс 10 дней, далее по 1 таблетке 600 мг 1 раз в день в течение 1 мес.

Ноотропы:

- цитиколин (Цераксон*): внутривенно капельно 1000 мг (4 мл) на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, курс 10 дней, далее по 5-10 мл внутрь 1 раз в день 1 мес;
- холина альфосцерат (Глиатилин*, Церетон*, Церепро*): внутривенно капельно 1000 мг (4 мл) на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида или внутримышечно в той же дозе, курс 10 дней, далее по 1 капсуле 400 мг 3 раза в день 1-3 мес;
- пирацетам (Ноотропил*): внутривенно капельно 5-10 мл (200 мг/мл) на 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида, курс 10 дней, далее по 1 таблетке 200-400 мг 3 раза в день 1-3 мес;
- фениллоксопирролидинилацетамид^р [фонтурацетам (Фено-тропил*)]: по 1 таблетке 100 мг 2 раза в сутки в течение 1-3 мес.

Симптоматическая терапия

Симптоматическая терапия включает в себя кратковременное использование различных лекарственных средств, действие которых направлено на устранение отдельных неврологических симптомов и улучшение качества жизни пациентов, перенесших инсульт.

Прочие средства, влияющие на центральную нервную систему:

- экстракт гинкго билоба стандартизированный [гинкго двулопастного листьев экстракт (Танакан*, Билобил*), Мемоплант*]: по 1 таблетке 40 мг 3 раза в день или по 80 мг 2 раза в день, курс 1-3 мес (назначается при когнитивных и дисциркуляторных церебральных симптомах);
- витамины группы В [пиридоксин + тиамин + цианокобала-мин, пиридоксин + тиамин + цианокобаламин + [лидокаин] (Мильгамма*, Комбилипен*), пиридоксин + тиамин + цианоко-баламин (Нейромультивит*)]: внутримышечно 2 мл 1 раз в день, курс 10 дней, или по 1 таблетке 3 раза в день, курс 1 мес (назначаются при устойчивом гемипарезе, трофических расстройствах в конечностях, сочетании постинсультных проявлений и невропатии);
- бетатагистин (Бетасерк*, Вестибо*, Тагиста*): по 1 таблетке 24 мг 2 раза в день, курс 1-3 мес (назначается при вестибулопатии и длительном системном головокружении).

Миорелаксанты (используются при выраженном спастическом парезе или параличе для уменьшения мышечного гипертонуса в парализованных конечностях, что особенно эффективно в сочетании с реабилитацией):

- тизанидин (Сирдалуд*): по 1 таблетке 2-4 мг 3 раза в сутки в течение 4-6 нед;
- толперизон (Мидокалм*): по 1 таблетке 50-150 мг 3 раза в сутки в течение 4-6 нед;
- баклофен (Баклосан*): по 1 таблетке 10-25 мг 3 раза в сутки в течение 4-6 нед.

Нестероидные противовоспалительные средства (используются для лечения умеренного болевого синдрома в области спины, плеча, кон-

трактур, применяются только после еды в сочетании с ингибиторами протонной помпы):

- ибупрофен (Нурофен*, Бурана^а): по 1 таблетке 200-400 мг 1-3 раза в сутки не более 10 дней;
- диклофенак (Вольтарен*, Диклак*, Диклофен^а): по 1 таблетке 25-100 мг не более 10 дней; амп. 3 мл (75 мг) внутримышечно 1 раз в сутки, курс 5 дней;
- кетопрофен (Кетонал*, Флексен*, Артрозилен*): по 1 таблетке/ капсуле 50-320 мг 1 раз в сутки, курс не более 10 дней; амп. 2 мл (100 мг) внутримышечно курс 5 дней;

- напроксен (Налгезин*): по 1 таблетке 250-500 мг 1-2 раза в сутки, не более 10 дней;
- лорноксикам (Ксефокам*): по 1 таблетке 4-8 мг 1-2 раз в сутки, не более 10 дней; флакон с растворителем 8 мг внутримышечно курс 5 дней;
- мелоксикам (Мовалис*, Матарен*, Артрозан*): по 1 таблетке 7,5-15 мг 1 раз в сутки, не более 10 дней; амп. 1,5 мл (15 мг) внутримышечно 1 раз в сутки 5 дней;
- целекоксиб (Целебрекс*): по 1 капсуле 100-200 мг 1-2 раза в сутки, не более 10 дней.

Средства для купирования выраженного системного головокружения

(вестибулярные супрессанты назначаются в первые 1-3 дня острой вестибулопатии с выраженным системным головокружением):

- дименгидринат (Драмина*): по 1 таблетке 50 мг 3-4 раза в сутки, однократно или курс до 3 дней;
- меклозин (Бонин^а): по ½-1 таблетке 25 мг 3-4 раза в сутки, однократно или курс до 3 дней;
- лоразепам (Лорафен*, Мерлит^а): по 1 таблетке 1-2,5 мг 1-2 раза в сутки, однократно или курс до 3 дней;
- диазепам (Реланиум*, Сибазон*, Седуксен*): по ½-1 таблетке 5 мг 1-2 раза в сутки, или 5-10 мг (1-2 мл) внутримышечно, однократно или курс до 3 дней.

Средства для купирования рвоты (назначаются при многократной рвоте):

- метоклопрамид (Церукал*): по 1 таблетке 10 мг 1-3 раза в сутки, амп. 2 мл (10 мг) внутримышечно однократно или до 3 раз в сутки;
- домперидон (Мотилиум*, Мотилак*): по 1 таблетке 10 мг 1-3 раза в сутки.

Средства для лечения нарушений сна (назначаются при бессоннице/ инсомнии - затруднении засыпания и нарушениях ночного сна):

- зопиклон (Имован*, Сомнол*): по 1 таблетке 7,5 мг перед сном однократно, не более 14 дней подряд;
- золпидем (Санвал^а, Ивадал^а): по 1 таблетке 10 мг перед сном однократно, не более 14 дней подряд;
- залеплон (Анданте*): по 1 капсуле 10 мг перед сном однократно, не более 14 дней подряд;
- доксиламин (Донормил*): по 1 таблетке 15 мг перед сном однократно, не более 14 дней подряд.

Лечение постинсультных состояний и поздних церебральных осложнений

Средства для лечения деменции (используются для лечения сосудистой и нейродегенеративной деменции после консультации невролога и психиатра):

- мемантин (Акатинол Мемантин*, Нооджерон*): постепенное увеличение дозы на 5 мг в 7 дней до лечебной дозы по 1 таблетке 10 мг 2 раза в день, постоянный прием (возможно использование и на стадии умеренных когнитивных расстройств);
- галантамин (Реминил*): постепенное увеличение дозы на 8 мг в 1 мес до лечебной дозы 1 капсула замедленного высвобождения 24 мг 1 раз в сутки утром, постоянный прием;
- ривастигмин (Экселон*): начальная доза 1,5 мг в сутки, увеличение дозы на 1,5 мг в месяц, в дальнейшем по 1,5-4,5 мг 2 раза в сутки, постоянный прием;

трансдермальная терапевтическая система (пластырь) 4,6 мг; 9,5 мг; 13,3 мг (1 раз в сутки), начало терапии с 4,6 мг в сутки, увеличение дозы на 4,6 мг в месяц, постоянный прием;

- донепезил (Алзепил*, Арисепт^{ас}): по 5-10 мг перед сном 1 раз в сутки, постоянный прием.

Средства для лечения невротических расстройств (при выраженных невротических расстройствах лечение согласовывается с психиатром/ психотерапевтом)

Антидепрессанты (селективные ингибиторы обратного захвата серотонина используются при постинсультной депрессии, тревоге, фобиях и других легких и умеренно выраженных психоэмоциональных расстройствах):

- пароксетин (Паксил*, Рексетин*): по 10-40 мг 1 раз в день утром, длительно;
- сертралин (Золофт*, Серлифт*): по 50-100 мг 1-2 раза в сутки длительно;
- флуоксетин (Прозак*): по 10-20 мг 2 раза в сутки длительно;
- циталопрам (Ципрамил*): по 20 мг 1-2 раза в сутки длительно;
- эсциталопрам (Ципралекс*, Селектра*): по 10-20 мг в сутки длительно.

Анксиолитики (используются в лечении симптомов тревоги):

- гидроксизин (Атаракс*): по 1/2-1 таблетке 25 мг 2-3 раза в сутки, курс лечения 1-2 мес;
- тофизопам (Грандаксин*): по 1 таблетке 50 мг 2-3 раза в сутки, курс лечения 2-4 нед;
- аминофенилмасляная кислота (Фенибут*, Ноофен*): по 1 таблетке 250 мг 2-3 раза в сутки, курс лечения 2-4 нед;
- бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (Феназепам*): по 1 таблетке 0,5-1 мг однократно для купирования панической атаки или симптомов выраженной тревоги, не более 10 дней подряд.

Средства для лечения хронических ноцицептивных (соматических) болевых синдромов (антидепрессанты - трициклические (амитриптилин) и селективные ингибиторы обратного захвата серотонина и нор-адреналина (дулоксетин) используются в лечении хронической боли в спине, плече, в области контрактур):

- амитриптилин: по 1/2-1 таблетке 10-25 мг вечером длительно;
- дулоксетин (Симбалта*): по 1 капсуле 30-60 мг в сутки длительно. *Средства для лечения хронической нейрогенной (нейропатической) боли*

(назначаются при центральной постинсультной нейропатической боли в противоположных конечностях, обусловленной поражением зрительного бугра/таламуса):

- прегабалин (Лирика*, Альгерика^{ас}): по 1 капсуле 75 мг - 2-3 раза в сутки, постепенно увеличивая дозу на 75 мг в 7 дней (не более 300 мг в сутки), курс 3-6 мес или длительно;
- габапентин (Нейронтин*, Конвалис*, Тебантин*): по 1 капсуле 300 мг по схеме - 300 мг вечером 1 день, далее 300 мг обед + 300 мг вечер 1 день, далее 300 мг утро + 300 мг обед + 300 мг вечер, далее при необходимости увеличение дозы на 300 мг в 3 дня (не более 1200 мг в сутки), курс 3-6 мес.

Средства для лечения постинсультного сосудистого паркинсонизма (назначаются после консультации невролога):

- леводопа + [карбидопа] (Наком*, Синемет[®]): по 1 таблетке 125-250 мг 1-4 раза в сутки, постоянный прием;
- леводопа + [бенсеразид] (Мадопар* по 1 таблетке 125-250 мг 1-4 раза в сутки, постоянный прием.

Средства для лечения постинсультной эпилепсии (назначаются после консультации невролога/эпилептолога):

- вальпроевая кислота (Депакин*, Конвулекс*): по 1 таблетке 300-500 мг 1-3 раза в сутки длительно;
- карбамазепин (Финлепсин*, Тегретол*): по 1 таблетке 200-400 мг 1-3 раза в сутки длительно.

Средства для купирования эпилептического приступа:

- диазепам (Седуксен*, Реланиум*, Сибазон*): ампл. 0,5% 2 мл (10 мг); внутривенно медленно 10 мг на 10 мл 0,9% р-ра NaCl или внутримышечно 10-20 мг; при неэффективности возможно повторить еще одно введение 10 мг через 10 мин.

Глава 6 паллиативная помощь пациентам с социально значимыми инфекционными заболеваниями

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» паллиативная медицинская помощь оказывается пациентам с социально значимыми инфекционными заболеваниями в терминальной стадии развития, нуждающимся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи.

вич-инфекция

ОСНОВНАЯ КОНЦЕПЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ/СПИДЕ

Паллиативная помощь является одним из основных компонентов всесторонней помощи при ВИЧ/СПИДе и должна быть доступна без ограничений по политическим или социальным мотивам. Паллиативная помощь должна предоставляться всем без исключения пациентам, которые в ней нуждаются и хотят ее получать, в соответствии с их потребностями и стандартами помощи, разработанными ВОЗ. При этом пациенту не может быть отказано в лечении заболеваний или состояний, в частности в предоставлении антиретровирусной терапии, лечении ТБ или проведении заместительной терапии у потребителей инъекционных наркотиков, из-за стадии заболевания или тяжести состояния. Паллиативная помощь должна предоставляться на всех стадиях ВИЧ-инфекции, а не только умирающим пациентам.

Основные направления паллиативной помощи при ВИЧ - это облегчение физических страданий путем купирования или уменьшения выраженности симптомов заболевания и клинически выраженных побочных эффектов терапии; психологическая и эмоциональная поддержка пациентов, а также обеспечение за ними ухода. Также необходимо помнить о психосоциальной и эмоциональной поддержке членов семьи пациентов и о профилактике синдрома эмоционального выгорания у медицинских и социальных работников.

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

- Медицинские аспекты.
- Множественные инфекции.
- Длительная супрессивная терапия.
- Риск побочных действий лекарственных препаратов.
- Психологические аспекты.
- Молодой возраст.
- Маргинальные группы/секс-меньшинства.
- Инфицированность партнеров или лиц, осуществляющих уход.
- Хорошая информированность.
- Стигматизация.
- Конфиденциальность.
- Страх заражения.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ ПРИ УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ВИЧ/СПИД НА ДОМУ

Если паллиативная помощь пациенту с ВИЧ/СПИД предоставляется на дому, медицинский работник (врач или медсестра) должен предоставить членам семьи (или другим лицам, ухаживающим за больным) информацию о риске инфицирования и мерах предосторожности. Следует отметить, что уход за больным СПИДом безопасен для членов семьи и других лиц, осуществляющих уход. Риск заражения ВИЧ очень низок при соблюдении следующих правил:

- при контакте с кровью и биологическими жидкостями больного нужно надевать латексные перчатки;
- раны и повреждения кожи нужно закрывать повязками (и у больного, и у тех, кто ухаживает за ним); повязки, пропитанные кровью или биологическими жидкостями, необходимо своевременно менять и уничтожать соответствующим образом;
- загрязнения кровью, калом и мочой удалять с помощью обычного бытового отбеливателя, используя перчатки;
- постельное белье и одежду, загрязненные кровью, калом или другими биологическими жидкостями, держать отдельно; брать такое белье следует в перчатках или используя кусок пластика;
- не пользоваться общими с больным зубными щетками, бритвами, иглами и другими острыми предметами;
- мыть руки с мылом после замены испачканной одежды и постельного белья больного, а также после любого контакта с биологическими жидкостями. Обычные бытовые контакты с больным безопасны (перчатки не требуются).

Для мытья столовых приборов и посуды, стирки незагрязненного биологическими жидкостями постельного белья и одежды, уборки санузлов можно использовать обычные моющие средства.

ДЕЙСТВИЯ ПРИ «АВАРИЙНОЙ» СИТУАЦИИ

При повреждении кожи (порез, укол), если появилось кровотечение из поврежденной поверхности, его не нужно останавливать в течение нескольких секунд, если кровотечения нет, надо выдавить кровь, кожу обработать 70° спиртом, затем раствором йода. При попадании заразного материала на лицо и другие открытые участки тела необходимо тщательно вымыть поверхность с мылом, затем протереть кожу 70° спиртом. Если заразный материал попал в глаза, их следует промыть водой, а если в ротовую полость - ее нужно прополоскать 70° спиртом.

В случае попадания заразного (или подозрительного на инфицирование ВИЧ) материала на халат, одежду загрязненный участок нужно немедленно обработать одним из растворов дезинфицирующих средств, затем снять и замочить в одном из растворов, обеззаразить перчатки, положить халат в стерилизационные коробки для автокла-вирования. Кожу рук и другие участки тела под загрязненной одеждой протереть 70° спиртом. Обувь двукратно протереть ветошью, смоченной в растворе одного из дезинфицирующих средств.

При попадании инфицированного материала на пол, стены, мебель, оборудование и другие окружающие предметы залить загрязненное место любым дезинфицирующим раствором с экспозицией 30 мин, затем протереть.

При возникновении «аварийной» ситуации необходимо обратиться в Центр по профилактике и лечению СПИДа. Основным документом в Российской Федерации, регламентирующим постконтактную профилактику, является постановление Главного

государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 № 1 (в ред. от 21.07.2016) «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции».

Рекомендации по обследованию контактного лица и пациента:

- в день аварийной ситуации;
- через 3 мес;
- через 6 мес;
- через 12 мес;
- химиопрофилактика парентеральной передачи ВИЧ.

При угрозе парентерального заражения (при повреждении кожных покровов загрязненным ВИЧ инструментом; попадании зараженного ВИЧ материала на слизистые оболочки или поврежденную кожу) рекомендуется проведение химиопрофилактики антиретровирусными препаратами.

Важно начать химиопрофилактику как можно раньше, желательно в первые 2 ч после возможного заражения.

После 72 ч начало химиопрофилактики или расширение ее схемы бессмысленно, но при настоятельном желании пострадавшего химио-профилактика может быть назначена.

Показания к началу химиопрофилактики

- Если контакт произошел с биологическим материалом, взятым у больного ВИЧ-инфекцией, рекомендуется начать химиопрофилактику парентерального заражения ВИЧ.
- Если ВИЧ-статус пациента, с кровью которого произошел контакт, неизвестен, рекомендуется провести его обследование на антитела к ВИЧ с помощью разрешенных к применению экспресс-тестов. Откладывать начало постконтактной профилактики (ПКП) в ожидании результата нецелесообразно.
- Дальнейшее обследование пациента для подтверждения или исключения диагноза ВИЧ-инфекции проводится в установленном порядке. Если у человека, являющегося потенциальным источником заражения, при обследовании после контакта не обнаружено антител и антигенов к ВИЧ, признаков СПИД или ВИЧ-инфекции, опасных в плане заражения ВИЧ контактов - обследование прекращают. Постконтактную химиопрофилактику контактному лицу отменяют.
- Если ВИЧ-статус потенциального источника заражения неизвестен и его невозможно установить, химиопрофилактика может быть назначена по эпидемиологическим показаниям решением ответственного врача.

В качестве стандартной схемы постконтактной профилактики заражения ВИЧ в СанПин представлена следующая схема химиопрофилактики парентеральной передачи ВИЧ - основная схема: [лопинавир](#) + [ритонавир](#) (Калетра*) по 3 капсулы 2 раза в сутки + [зидовудин](#) по 0,3 г 2 раза в сутки + [ламивудин](#) по 0,15 г 2 раза в сутки (предпочтительно использовать комбинированную форму зидовудин/ламивудин - зидо-вудин + [ламивудин](#) (Комбивир*)).

ВОЗ рекомендует следующие схемы ПКП (2014 г.).

- В качестве предпочтительных режимов: [тенофовир](#) + [ламивудин](#) или [эмтрицитабин](#) + лопинавир, усиленный ритонавиром [[лопи-навир](#) + [ритонавир](#) (Калетра*)], или [атазанавир](#), усиленный ритонавиром.

- Как альтернативные режимы: тенофовир + ламивудин или эмтри-цитабин + (с оговоркой «там, где это доступно») ралтегравир или дарунавир, усиленный ритонавиром, или эфавиренз.
- При невозможности своевременного начала основной схемы (в том числе при непереносимости препаратов, входящих в основную схему, или наличии противопоказаний к ним) применяются альтернативные схемы. В качестве альтернативной может быть использована любая схема высокоактивной антиретровирусной терапии, включающая ингибиторы протеазы ВИЧ.
- При развитии непереносимости одного из препаратов осуществляется его замена в соответствии с общими правилами, описанными в руководствах по антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции.

В Российской Федерации все эти препараты зарегистрированы. Дозы и кратность применения препаратов представлены в табл. 6.1.

Таблица 6.1. Дозы препаратов для проведения ПКП (Всемирная организация здравоохранения, 2014 г.)

Препараты	Дозы и кратность применения
Тенофовир ^{sp} (TDF)	300 мг 1 раз в день
Ламивудин (ЗТС)	150 мг 2 раза в день или 300 мг 1 раз в день
Эмтрицитабин (FTC)	200 мг 1 раз в день
Лопинавир/ритонавир (LPV/r)	400 мг/100 мг 2 раза в день или 800 мг/200 мг 1 раз в день
Атазанавир/ритонавир (ATV/r)	300 мг + 100 мг 1 раз в день
Ралтегравир (RAL)	400 мг 2 раза в день
Дарунавир/ритонавир (DRV/r)	800 мг + 100 мг 1 раз в день или 600 мг + 100 мг 2 раза в день
Эфавиренз (EFV)	600 мг 1 раз в день

Часто встречающиеся симптомы у больных СПИДом (Новиков Г. А., 2006):

- слабость, упадок сил - 48-45%;
- похудание - 37-91%;
- боль - 29-76%;
- потеря аппетита - 26-51%;
- тревога - 25-40%;
- бессонница - 21-50%;
- кашель - 19-60%;
- тошнота и рвота - 17-43%;
- одышка, респираторные симптомы - 15-48%;
- депрессия или печаль - 15-40%;
- диарея - 11-32%;
- запор - 10-29%.

СЛАБОСТЬ

Слабость у больных с ВИЧ может быть проявлением как СПИДа, так и оппортунистических инфекций или анемии. Специфическое лечение проводится в соответствии с причиной данного симптома [высокоактивная антиретровирусная терапия, лечение сопутствующей инфекции или терапия анемического синдрома, в том числе с помощью эпоэтина бета (Эритропоэтина*) или переливаний крови]. Для симптоматического лечения рекомендуется применять глюкокортикоиды. В зарубежной литературе встречаются рекомендации по применению психостимуляторов (метилфенидат[®], дексамфетамин[®]), однако в России эти препараты не зарегистрированы.

ЛИХОРАДКА

Основные причины лихорадки, помимо непосредственно ВИЧ-инфекции, могут включать диссеминированную инфекцию, вызванную атипичными микобактериями, цитомегаловирусную инфекцию. Также лихорадка может быть связана с наличием лимфо-мы или других злокачественных опухолей. Специфическое лечение, таким образом, должно быть направлено на устранение этиологического фактора и может включать высокоактивную антиретровирусную терапию (лечение ВИЧ-инфекции), [азитромицин](#), [этамбутол](#) (при микобактериальной инфекции), [ганцикловир](#) и фоскарнет[®] (при цито-мегаловирусной инфекции) или химиотерапию. В качестве симптоматического лечения рекомендуются НПВП ([ибупрофен](#), [парацетамол](#)), глюкокортикоиды, М-холиноблокаторы (гиосцин, [тиоридазин](#)), H₂-гистаминоблокаторы ([циметидин](#)). Кроме того, для снижения температуры тела применяют физические методы охлаждения (обтирание водой комнатной температуры). Однако следует помнить, что эти методы применимы только при так называемой красной лихорадке, характеризующейся ощущением жара, гиперемией кожи. При «белой» лихорадке с ознобом, бледностью и/или цианозом кожи физические методы охлаждения противопоказаны.

Больному с лихорадкой также необходимо рекомендовать обильное питье ([вода](#), соки, морсы, некрепкий чай).

ОДЫШКА

Причинами одышки у пациентов с ВИЧ могут быть пневмония (бактериальная или пневмоцистная), анемия, плевральный выпот, объемные образования, обструкция дыхательных путей, слабость дыхательных мышц.

При пневмониях назначается антибактериальная терапия (при пневмоцистной - триметоприм/сульфаметоксазол, пентамидин[®], атоваквон[®]). Плевральный выпот требует дренирования плевральной полости. При объемных образованиях проводится оперативное лечение или лучевая терапия.

Пациенту с одышкой может быть рекомендовано использование вентилятора, регулярное проветривание помещения. Возможно проведение кислородотерапии. Облегчать одышку могут опиоиды, бензо-диазепины ([лоразепам](#)), а также бронходилататоры и метилксантины. Симптоматическая терапия включает средства от кашля (декстро-меторфан, кодеин-содержащие препараты), средства, уменьшающие застой в легких, различные отхаркивающие. При риносинуситах важно обеспечить гигиену полости носа.

ГИПЕРСЕКРЕЦИЯ («КЛОКОЧУЩЕЕ ДЫХАНИЕ»)

Причинами гиперсекреции могут быть перераспределение жидкости (при гипергидратации), неэффективный кашель, сепсис, пневмония. Помимо специфической этиотропной терапии при этом могут применяться гиосцин, скополамин[®] (накожно или подкожно), глико-пирролат[®]. При гипергидратации рекомендовано ограничение приема жидкости, отмена инфузионной терапии.

ЗУД

Зуд может возникать при грибковых инфекциях, эозинофильном фолликулите, в терминальной стадии почечной недостаточности, в том числе при обезвоживании. Специфическое лечение включает противогрибковые средства, стероидные препараты. При поражении почек требуется диализ.

В качестве симптоматических средств рекомендуют местные средства (каламин, [капсаицин](#)), антигистаминные препараты (гидроксизин, [цетиризин](#), [дифенгидрамин](#)), глюкокортикоидные средства. Также могут быть назначены антидепрессанты и транквилизаторы.

ПРОЛЕЖНИ

Причинами пролежней могут являться снижение двигательной активности, длительный постельный режим, недостаточное питание.

Для профилактики пролежней и при их лечении необходимо обеспечить правильный уход за кожей, адекватное питание, соблюдение двигательного режима. Для защиты раневых поверхностей используют полупроницаемые пленки, гидроколлоидные повязки. Важно следить за состоянием имеющихся пролежней, проводить их обработку, удалять распавшиеся ткани. Более подробно тактика лечения пролежней описана в соответствующем разделе руководства.

БЕССОННИЦА

При появлении жалоб на нарушения сна необходимо выявить возможную причину (депрессия, тревожность, боль и др.) и назначить соответствующее лечение. Кроме того, при бессоннице нормализовать сон помогают следующие меры:

- физическая нагрузка днем;
- методы релаксации (медитация, прослушивание успокаивающей музыки);
- отход ко сну и подъем в одни и те же часы;
- не ложиться спать днем, не употреблять кофе и алкоголь, особенно перед сном;
- если в течение 20 мин не удастся заснуть, рекомендуется встать и заняться каким-нибудь спокойным видом деятельности, прежде чем снова лечь спать;
- некоторым пациентам на короткий срок можно назначить бензодиазепины или другое снотворное (например, [зопиклон](#) 3,75-7,5 мг) не менее чем за 1 ч до отхода ко сну;
- назначать снотворные не более чем на 3-4 нед, чтобы предотвратить привыкание и зависимость;
- при отмене снотворных препаратов дозу нужно снижать постепенно.

ПОРАЖЕНИЕ ПОЛОСТИ РТА

При кандидозном стоматите (молочнице) применяется [миконазол](#) (таблетки для рассасывания) по 1 таблетке в сутки в течение 7 сут. При тяжелом стоматите и/или неэффективности миконазола: флуконазол (200 мг в первые сутки, затем 100 мг/сут в течение 10-14 сут или до исчезновения симптомов).

Для лечения афтозного стоматита рекомендуется использовать [преднизолон](#) (растолочь таблетку и присыпать язву несколькими крупинками), [дексаметазон](#) (раствор использовать для полоскания рта) или кеналог (крем для смазывания язв).

При герпетической инфекции назначается [ацикловир](#) по 400 мг внутрь 5 раз в сутки.

Неприятный запах изо рта, обусловленный раком слизистой оболочки рта или другими поражениями ротовой полости, можно уменьшить метронидазолом (раскрошить две таблетки, развести в воде и использовать для полоскания рта).

Советы по уходу за полостью рта:

- мягкой зубной щеткой осторожно удалять налет с зубов, десен, языка и неба;
- полоскать рот подсоленной водой (щепотка соли на 1 стакан воды) после еды и перед сном (3-4 раза в день);
- облегчить боль могут местные анестетики;
- растворить 2 таблетки ацетилсалициловой кислоты (Аспирина*) в стакане воды и давать больному для полоскания полости рта до 4 раз в день;
- при необходимости дать анальгетики;
- удалять остатки пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде;
- давать мягкую, протертую и жидкую пищу;
- не кормить больного чересчур горячей, холодной или острой пищей.

ТОШНОТА И РВОТА

Вопросы ведения пациентов с тошнотой и рвотой рассматриваются подробно в соответствующем разделе. Однако необходимо помнить, что при ВИЧ-инфекции причинами тошноты и рвоты могут быть кандидозный эзофагит, цитомегаловирусная инфекция, а также высокоактивная антиретровирусная терапия. При кандидозном эзофагите назначают противогрибковые препараты ([флуконазол](#), амфотерицин В), при цитомегаловирусной инфекции - [ганцикловир](#), фоскар-нет®. Если тошнота связана с терапией ВИЧ, рекомендуется заменить схему высокоактивной антиретровирусной терапии. Кроме того, могут быть рекомендованы блокаторы дофаминовых рецепторов (галоперидол 1-2 мг 1-2 раза в сутки, прохлорперазин®). Симптоматическая терапия может включать прокинетики (метоклопрамид 10 мг каждые 4-8 ч), антигистаминные препараты ([дифенгидрамин](#), [гидроксизин](#) 25-50 мг 3-4 раза в сутки, [цетиризин](#) 10 мг 1 раз в сутки), М-холиноблокаторы (гиосцин, скополамин®), Н₂-гистаминоблокаторы ([циметидин](#)), ингибиторы Н⁺-К⁺-АТФазы ([омепразол](#)). Также могут быть назначены блокаторы серотониновых рецепторов ([ондансетрон](#) 8 мг 1-2 раза в сутки, [гранисетрон](#)), бензодиазепины ([лоразепам](#)), глюкокортикоиды.

ДИАРЕЯ

Причины и лечение диареи у паллиативных пациентов рассмотрены в соответствующем разделе. Однако диарея при ВИЧ/СПИДе может иметь некоторые особенности. Так, частыми причинами диареи у больных с ВИЧ могут являться заболевания, вызванные *Mycobacterium avium-intracellulare*, криптоспоридиоз, цитомегаловирусная инфекция, микроспоридиоз, другие кишечные инвазии, бактериальный гастроэнтерит, нарушения всасывания.

В зависимости от этиологического фактора требуется назначение антибактериальных ([азитромицин](#), [этамбутол](#), паромомицин®), противовирусных ([ганцикловир](#), фоскарнет®) или противопаразитарных ([албендазол](#)) препаратов. Симптоматическое лечение включает назначение метилцеллюлозы®, каолина®, дифеноксилата® с атропином. Может быть рекомендован [лоперамид](#) - 4 мг первая доза, затем 2 мг после каждого жидкого стула (максимум 12 мг/сут, однако некоторым больным требуется более высокая доза).

Важно обеспечить адекватную регидратацию (в первую очередь обильное питье, часто, небольшими порциями). Следует увеличить частоту приема пищи, кормить понемногу; давать рисовый суп, овсяную кашу, раствор для пероральной регидратации, бананы; воздерживаться от молока и шоколада.

Перианальная область при диарее требует особого ухода. После каждой дефекации нужно протирать кожу туалетной бумагой или мягкой тканью. Три раза в день перианальную область обмывают водой с мылом. Если дефекация болезненна, можно наносить на перианальную область вазелин.
КАХЕКСИЯ, АНОРЕКСИЯ, ЗАПОР

Вопросы оказания помощи пациентам с кахексией, анорексией или запором рассматриваются подробно в соответствующих разделах.

оказание паллиативной помощи при заболеваниях печени

Медицинским показанием к оказанию паллиативной медицинской помощи взрослым при болезнях печени является декомпенсированный цирроз с одним или несколькими осложнениями в течение прошедшего года:

- асцит, резистентный к действию диуретиков;
- печеночная энцефалопатия (ПЭ);
- гепаторенальный синдром (ГРС);
- спонтанный бактериальный перитонит (СБП);
- повторные кровотечения из варикозно расширенных вен;
- невозможность проведения пересадки печени.

Эти осложнения являются основными причинами смерти в конечной стадии заболевания печени, то есть при декомпенсированном циррозе независимо от его этиологии.

По классификации циррозов по системе Чайлда-Пью для декомпенсированного цирроза характерны следующие признаки: удлинение протромбинового времени более 6 с; повышение билирубина выше 51 мкмоль/л; снижение альбумина менее 28 г/л; наличие напряженного асцита и 3-4 стадии ПЭ.

У пациентов с декомпенсированным циррозом печени прогноз хуже, чем у пациентов с компенсированным циррозом. Средняя выживаемость у них без трансплантации печени составляет около двух лет.

Резистентный асцит - это неспособность пациента отвечать на интенсивную терапию асцита мочегонными препаратами (максимальные дозы спиронолактона - 400 мг/сут, фуросемида - 160 мг/сут) в течение 1 нед при ограничении употребления соли до 2 г в сутки. Критериями эффективной терапии асцита считаются снижение массы тела на 500 г/день, исчезновение асцита и отеков. Для резистентного асцита характерно быстрое повторное накопление жидкости после парацентеза и развитие осложнений, связанных с применением диуретиков.

Отсутствие ответа на интенсивную терапию мочегонными средствами у пациентов с резистентным асцитом может быть связано с приемом ими препаратов, снижающих системное артериальное давление (и следовательно, почечную перфузию). Поэтому прием подобных препаратов следует прекратить. Пациентам с асцитом рекомендовано воздержаться от применения препаратов следующих фармакологических групп: НПВП; ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента; антагонисты рецепторов ангиотензина II; α -1-адреноблокаторы; ами-ногликозиды.

Помимо терапевтических методов лечения у данной категории пациентов должны рассматриваться методы хирургического симптоматического лечения. Это последовательный парацентез большого объема с обязательным возмещением альбумина из расчета 8 г на 1 л асцитической жидкости в сочетании с назначением бессолевой диеты и адекватной диуретической терапии. К методам симптоматического хирургического лечения относятся: трансъюгулярное шунтирование и установка внутреннего перитонеального катетера.

ПЕЧЕНОЧНАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

ПЭ является одной из частых причин снижения качества жизни пациентов с циррозом печени и их смерти. Прогрессирование ПЭ является основной причиной многочисленных госпитализаций этой категории больных. Пациенты с декомпенсированным циррозом печени относятся к группе повышенного риска развития тяжелой энцефалопатии. Общая поддерживающая помощь пациентам с ПЭ включает в себя предотвращение дегидратации и электролитных нарушений, обеспечение нутритивной поддержки.

При оказании нутритивной поддержки используются препараты как для энтерального, так и для парентерального питания. Основным методом коррекции нутритивного статуса у пациентов с ПЭ является снижение белковой нагрузки с сохранением калорийности не менее 35-40 ккал/кг массы тела за счет увеличения доли жиров и углеводов.

Для восполнения суточной потребности белка используются растворы разветвленных аминокислот в дозе 1,2 г/кг/сут. Жиры и углеводы назначаются в соотношении 1:1. Обязательным является назначение минералов, водо- и жирорастворимых витаминов.

В соответствии с рекомендациями Европейской ассоциации специалистов в области лечения заболеваний печени в начальной стадии развития ПЭ целесообразно использовать препараты лактулозы. Лактулоза назначается 2 раза в сутки. Критерием эффективной дозы препарата считается появление у пациента мягкого стула с частотой два-три раза в сутки.

При тяжелой ПЭ препаратом выбора считается L-орнитин-L-аспартат - LOLA [орнитин (Гепа-Мерц®)]. Этот препарат способствует снижению уровня аммиака в сыворотке крови. Рекомендуемая доза LOLA 20-40 г/сут. Препарат вводится внутривенно капельно медленно в разведении в 200,0-400,0 мл 0,9% раствора натрия хлорида в течение 7-14 дней. В дальнейшем препарат используется в гранулах по 6 г 3 раза в сутки не менее двух недель. Переход на пероральный прием является обязательным. Критерием эффективности считается снижение уровня аммиака сыворотки крови и повышение качества жизни.

Также обязательным компонентом терапии ПЭ является использование рифаксимины в дозе 1200 мг в сутки, курс 1-2 нед.

СБП является характерным осложнением цирроза. Встречается у 7-31% больных с асцитом. Симптомами, указывающими на возможность наличия СБП, являются разлитая боль в животе различной интенсивности, лихорадка 50%, нарастание ПЭ без видимых провоцирующих факторов. У 8-10% пациентов положительные симптомы раздражения брюшины (их нет при напряженном асците). У пациентов может быть также рвота, диарея, признаки пареза кишечника, гипотензия, тахикардия, олигурия. Примерно у 10-30% начальная симптоматика отсутствует. Наличие СБП является показанием к проведению парацентеза. При анализе асцитической жидкости у пациентов со СБП в ней определяется более 250 нейтрофильных лейкоцитов в 1 мм³ жидкости и снижение уровня белка менее 15 г/л. Препаратами выбора являются цефалоспорины третьего-четвертого поколения в дозе 4 г/сут. С целью контроля

эффективности антибиотикотерапии через 48 ч и на 5-е сутки лечения проводится повторный парацентез, если санации асцитической жидкости не наблюдается, осуществляется смена антибиотика. Показанием к отмене цефалоспоринов служит разрешение асцита. Однако, если асцит не купирован, но по данным контрольного исследования асцитической жидкости выявлено снижение нейтрофилов, для профилактики пациенту назначаются фторхинолоны ([норфлоксацин](#) 400 мг 2 раза в сутки или [ципрофлоксацин](#) 250 мг 2 раза в сутки). При кровотечении из верхних отделов желудочно-кишечного тракта в случае непереносимости фторхинолонов назначается суль-фаметоксазол + триметоприм (Бисептол*) 480 мг/сут 5 раз в неделю на 3-6 мес.

При СБП пациентам также назначается альбумин: в первые 3 дня лечения в дозе 1,5 г/кг/сут, затем 1 г/кг/сут до разрешения СБП. Максимальная суточная доза альбумина составляет 100 г.

ГЕПАТОРЕНАЛЬНЫЙ СИНДРОМ

ГРС - функциональная почечная недостаточность, протекающая без органических изменений почек и развивающаяся на фоне цирроза печени. Диагностическим критерием ГРС является повышение креатинина сыворотки крови выше 1,5 мг/дл (выше 133 мкмоль/л) или его увеличение на 50% исходного значения; отсутствие снижения сывороточного креатинина ниже 1,5 мг/дл (133 мкмоль/л) после 2-дневной отмены диуретиков и введения жидкости с альбумином (доза альбумина 1 г/кг в сутки до максимальной дозировки 100 г/сут). Дополнительными критериями диагноза ГРС являются: олигурия или анурия, уровень натрия в сыворотке менее 130 мкмоль/л, экскреция натрия менее 30 мкмоль/л, наличие СБП. При наличии у пациента ГРС должны быть отменены все диуретические препараты и препараты, обладающие нефротоксическим действием ([ибупрофен](#), [ацетилсалициловая кислота](#), [диклофенак](#), аминогликозиды, амфотерицин В, сульфаниламиды, иммуносупрессанты и другие), клиренс которых осуществляется через почки.

Лекарственная терапия ГРС заключается в использовании аналогов вазопрессина - терлипрессина. Вазоконстрикторы обязательно применяются в комбинации с внутривенным введением альбумина. При отсутствии положительной динамики в виде снижения на 25% креатинина в сыворотке крови в течение 3 дней начальную дозу терлипрессина 1 мг повышают до 2 мг. При этом периодичность приема не меняется - каждые 4-6 ч. Возможно использование других схем применения вазоконстрикторов: [октреотид](#) (100-200 мкг 3 раза в сутки подкожно) + [мидодрин](#) (2,5-12,5 мг); [октреотид](#) (100-200 мкг 3 раза в сутки подкожно) + [норэпинефрин](#) (0,5-3 мг/ч) внутривенно. Эти схемы также применяются в комбинации с альбумином. Первые 3 дня терапии альбумин вводится в дозе лечения 1 г/кг/сут, затем - 40 г/сут. Продолжительность терапии не должна превышать две недели. Показатель эффективности - снижение уровня сывороточного креатинина ниже 1,5 мг/дл.

Методом профилактики ГРС является назначение всем пациентам с асцитом антибактериальных препаратов. Назначение антибактериальных препаратов осуществляется по той же схеме, что и для профилактики при СБП. Кроме этого, для профилактики ГРС при СБП назначают альбумин в дозе 1,5 г/кг массы тела внутривенно в день постановки диагноза и через 48 ч в дозе 1 г/кг. Использование альбумина способствует снижению частоты развития ГРС с 30 до 10%. При алкогольном гепатите рекомендуется назначение пентоксифиллина 400 мг 2-3 раза в день перорально на протяжении месяца.

ПОВТОРНЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ ИЗ ВАРИКОЗНО РАСШИРЕННЫХ ВЕН

Вторичная профилактика варикозных кровотечений должна начинаться как можно скорее, так как первый эпизод желудочно-кишечного кровотечения у больных с

циррозом печени в 60% случаев сопровождается его рецидивом. Пациентам, не получавшим первичной профилактики, назначают β -адреноблокаторы (возможно сочетание с изосорбида моонитратом) либо проводят эндоскопическое лигирование, либо рекомендуют комбинировать оба метода лечения. Пациенты, получавшие β -адреноблокаторы, подвергаются эндоскопическому лигированию ВРВ (варикозно расширенные вены) с 6-х суток от момента первого кровотечения.

Пациентам с отсутствием эффекта от эндоскопической и медикаментозной терапии возможно проведение трансъюгулярного шунтирования с дальнейшим выполнением пересадки печени (Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени 2016 г.).

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ПАЦИЕНТОВ С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Купирование боли является сложной задачей для лечения у пациентов с декомпенсированным циррозом, учитывая нарушение печеночного метаболизма. Наличие хронической почечной недостаточности ограничивает использование препаратов для купирования болевого синдрома. У этой группы пациентов важно выяснить, что является причиной боли и существуют ли вмешательства, которые могут содействовать ее устранению. Например, боль, связанная с асцитом, может быть купирована при проведении парацентеза или назначении адекватной диуретической терапии. У пациентов с декомпенсированным циррозом печени не рекомендуется назначение НПВП, парацетамол (Ацетаминофен[®]) следует ограничивать до 2 г в сутки, его не рекомендуется применять у пациентов с прогрессирующим циррозом печени, которые активно потребляют алкоголь. Из опиоидов можно использовать фентанил и гидроморфон[®], но при использовании гидромор-фона[®] рекомендуется уменьшение дозы и частоты введения на 50%. Нельзя использовать комбинированные препараты, содержащие опи-оид и налоксон.

Для лечения нейропатических болей могут использоваться анти-конвульсанты, например габапентин. Начальная суточная доза препарата составляет 900 мг, разделенные на три приема; при необходимости дозу постепенно увеличивают до максимальной - 3600 мг/сут. Лечение можно начинать сразу с дозы 900 мг/сут (300 мг 3 раза в сутки) или в течение первых 3 дней дозу можно увеличивать постепенно до 900 мг в сутки по схеме: 1-й день - 300 мг 1 раз в сутки; 2-й день - 300 мг 2 раза в сутки; 3-й день - 300 мг 3 раза в сутки.

Для снятия локализованной боли может быть использован лидока-иновый пластырь.

Другие симптомы, которые могут возникнуть у пациентов с декомпенсированным циррозом печени, включают зуд, мышечные судороги, одышку, тошноту и рвоту, запор и диарею.

Зуд может развиваться у пациентов с декомпенсированным циррозом печени при наличии холестаза. Пациентам могут быть рекомендованы общие меры, направленные на уменьшение зуда: различные вещества, обладающие смягчающим действием; избегание горячих ванн и натирания кожи одеждой; холодный увлажненный воздух; ограничение использования жесткого мыла, ароматизаторов и моющих средств; использование свободно облегающей одежды и мягкого постельного белья.

В качестве фармакологической терапии могут быть использованы Колестирамин в дозе 4 г 3 раза в сутки или колестипол[®] 5 г 3 раза в сутки, растворенные в воде или соке. Иногда уменьшение зуда наблюдается при использовании рифампицина по 150-300 мг 2 раза в сутки. В ряде случаев эффект может быть получен при назначении урсоде-зоксихоловой кислоты, фенобарбитала на ночь. Иногда полезны антигистаминные препараты, но они вызывают сонливость. Использование препарата для лечения наркотической зависимости налтрексона противопоказано.

Методы лечения других симптомов (мышечные судороги, одышка, тошнота и рвота, запор и диарея) изложены в других разделах.

оказание паллиативной помощи больным туберкулезом

Несмотря на несомненные успехи во фтизиатрии, вылечить всех пациентов, страдающих ТБ, не удастся. По данным глобального отчета ВОЗ за 2018 г., эффективность лечения всех случаев ТБ (новых и повторных) в 2016 г. составляла 82%, что на 4% меньше в сравнении с данными за 2015 г. Среди общего числа пациентов с ВИЧ-ассоциированным ТБ успешно завершили лечение в 2016 г. 77%. Среди пациентов с множественной лекарственной устойчивостью (МЛУ) возбудителя в 2015 г. успешное излечение было зарегистрировано лишь в 55%.

В России эффективность лечения больных ТБ без МЛУ возбудителя в 2018 г. составила 71,9%, а среди когорты пациентов с МЛУ ТБ 2016 г. было успешно завершено лечение лишь в 54,7% случаев. Таким образом, в мире почти каждый пятый пациент, а в нашей стране каждый четвертый, несмотря на все усилия, не может завершить лечение благополучно, и ТБ хронизируется.

Следует отметить, что в понятие «хронический больной ТБ» отечественные фтизиатры вкладывают не только микробиологический признак (больной, выделяющий МБТ, несмотря на как минимум двукратный курс лечения), как это принято в других странах. Вторым важным критерием хронизации является рентгенологический, а именно формирование фиброзной каверны и развитие хронических форм ТБ - кавернозного, фиброзно-кавернозного и цирротического ТБ легких или хронической эмпиемы плевры.

Однократное прерывание лечения или его неудача даже при развитии хронической формы ТБ не является основанием для прекращения химиотерапии пациенту. Безусловно, следует дать шанс на формирование санированной каверны и предложить пройти полный курс лечения повторно, в ходе которого либо возможно стойкое прекращение бактериовыделения, либо станет очевидным необходимость хирургического вмешательства.

При систематическом отказе от лечения, его прерывании шансы на успешное абациллирование становятся ничтожными. В таких условиях сохранившаяся старая практика периодических краткосрочных курсов терапии (краткосрочных вследствие прерывания лечения пациентом или даже по назначению самих врачей) бессмысленна и опасна. Она бессмысленна, так как в течение 2-3 мес невозможно успешно излечить такого пациента. Опасна - потому что у таких больных, как правило, бактериовыделителей с МЛУ и широкой лекарственной устойчивостью (ШЛУ) МБТ, происходит амплификация лекарственной устойчивости (появление дополнительной устойчивости к препаратам, к которым до лечения МБТ были чувствительны), усиливающаяся от эпизода к эпизоду лечения, и в дальнейшем пациенты становятся основными распространителями МЛУ ТБ среди населения.

НОРМАТИВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ТУБЕРКУЛЕЗЕ

С того момента, как в Федеральный закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» в ст. 36 было введено понятие паллиативной медицинской помощи, она сразу вышла за рамки онкологии, и ТБ был упомянут как заболевание, при котором пациент может нуждаться в паллиативной помощи: «К числу клинических состояний, при которых пациентам может потребоваться паллиативная помощь, относятся неинфекционные хронические заболевания, такие как рак, сердечно-сосудистые заболевания... а также инфекционные заболевания, такие как ВИЧ/СПИД и лекарственно-устойчивый ТБ...».

Действительно, идея оказания паллиативной помощи больным ТБ стала особенно актуальна в связи с широким распространением МЛУ/ШЛУ-ТБ и отсутствием новых лекарств в начале 2000-х гг. В декабре 2010 г. на совещании международных экспертов по контролю за ТБ была принята декларация по паллиативной медицинской помощи больным ТБ, в которой было определено, что «паллиативная медицинская помощь оказывается больным с МЛУ/ШЛУ-ТБ в случае неудачи лечения в результате проведения двух курсов полноценной контролируемой химиотерапии». В дальнейшем это положение было дополнено: «или двукратном отказе от лечения». При этом в декларации было заявлено, что перевод пациента на паллиативную помощь означает прекращение этиотропного лечения. Стали создаваться локальные рекомендации по оказанию паллиативной помощи при ТБ в различных странах. Появление новых лекарств - бедаквилина и деламаида - несколько вскружило голову фтизиатрам, и вопрос о возможности паллиативной помощи в международной повестке отошел на второй план, особенно на фоне принятия ВОЗ стратегии «Ликвидировать ТБ» («END TB»).

Международные и отечественные эксперты однозначно склоняются к единому мнению, что паллиативная медицинская помощь оказывается больным ТБ, когда излечение пациентов, то есть прекращение бактериовыделения и закрытие деструктивных образований, в том числе хирургическим методом, невозможно. Перевод пациента на паллиативную помощь означает прекращение этиотропного лечения - химиотерапии или лечения противотуберкулезными препаратами, в то время как ни патогенетическое лечение, ни симптоматическое лечение не прекращаются.

Само обнаружение у больного ТБ МБТ с лекарственной устойчивостью к противотуберкулезным препаратам не является основанием для перевода на паллиативную медицинскую помощь. Даже если у пациента идентифицирована тотальная/субтотальная лекарственная устойчивость МБТ или непереносимость абсолютного большинства известных противотуберкулезных препаратов, он должен получать курс химиотерапии с использованием лекарственных препаратов резервного и/или 3-го ряда (антибиотиков, обладающих противотуберкулезной активностью), и ему может быть показано хирургическое лечение. Основными причинами, приводящими к «жизнеугрожающему» заболеванию при ТБ с МЛУ/ШЛУ МБТ, могут оказаться отсутствие контролируемого лечения; назначение неправильных схем лечения; неадекватная по количеству противотуберкулезных препаратов и дозе лекарственных средств схема лечения; плохое качество противотуберкулезных препаратов; недостаточное обеспечение лекарствами; плохая организация амбулаторного лечения; отсутствие лекарств для устранения побочных явлений химиотерапии.

Существуют и эпидемические факторы, способствующие распространению МЛУ/ШЛУ-ТБ, приводящие к необходимости перевода пациента на паллиативную помощь при ТБ: большая доля лиц, страдающих ТБ, в пенитенциарной системе; высокий уровень заболеваемости лекарственно устойчивым ТБ; нарастающая пораженность ВИЧ-инфекцией населения; длительное лечение в стационарах, что создает благоприятные условия для внутрибольничного заражения.

Как было упомянуто выше, согласно международной декларации по оказанию паллиативной медицинской помощи больным ТБ, решение об отказе от лечения и назначении паллиативной медицинской помощи принимается в отношении пациентов с МЛУ/ШЛУ-ТБ, в случае неудачи/прерывания лечения в результате проведения двух курсов полноценной контролируемой химиотерапии. Международные эксперты акцентируют внимание на МЛУ/ШЛУ ТБ и предлагают в список подлежащих паллиативной помощи включать пациентов с тотальной и субтотальной устойчивостью только в случаях, когда по разным причинам невозможно подобрать

схему лечения хотя бы 4 препаратами, обладающими противотуберкулезной активностью.

В нашей стране понятие «инкурабельный больной ТБ» включает не только пациентов с МЛУ/ШЛУ возбудителем, но принимается во внимание и объем разрушения легочной ткани, который делает невозможным даже хирургическое лечение - двусторонние тотальные поражения легочной ткани с формированием хронических форм ТБ (фиброзно-кавернозный, цирротический ТБ).

Туберкулез в некотором роде уникален в отношении паллиативной помощи, так при этой инфекции имеет место сочетание социальной стигматизации и заразного заболевания, требующего изоляции пациента. При ТБ особое значение приобретают проблемы, связанные с социальным статусом пациентов, такие как их асоциальное поведение; бедность, плохие жилищные условия, плохое питание; проблемы в семье (одиночество, неполные семьи); алкоголизм, наркомания; отдаленность места пребывания пациента от фтизиатрического учреждения; редко - отсутствие работы, семейные проблемы и др.

Длительный характер терапии ТБ создает трудности с формированием приверженности к лечению и осложняет решение двух наиболее важных задач: излечить пациента и прекратить трансмиссию.

Лекарственно чувствительный ТБ, как правило, излечивается, и этому, наряду с другими факторами, способствует как относительно короткий курс лечения (6-8 мес), так и малая токсичность препаратов, составляющих схему лечения.

Что касается больных с МЛУ ТБ, то в этой группе отрывы от лечения и неудачи лечения регистрируются значительно чаще, что приводит к амплификации лекарственной устойчивости с развитием ШЛУ-ТБ. Все это приводит к единственному правильному решению - отказу от химиотерапии при переводе пациента на паллиативную помощь. И это самый больной вопрос и самое большое препятствие на пути адекватного оказания паллиативной помощи больным ТБ.

К сожалению, еще со студенческой скамьи всем будущим врачам внушают два ложных стереотипа. Первый - все болезни, тем более инфекционные, излечимы, а если они не излечиваются, то это означает, что нет эффективных этиотропных лекарств или врач, не обладая должной квалификацией, не может помочь больному, поэтому не вылечить пациента - признак низкой квалификации врача. Второй - паллиативная медицинская помощь заключается в полном прекращении лечения больного.

Эти стереотипы стали важным препятствием на пути развития паллиативной помощи во фтизиатрии. Излечить неизлечимое невозможно, но фтизиатры, понимая всю бесперспективность и даже вредность бесконечных курсов химиотерапии при каждом очередном появлении бактериовыделения, боятся быть привлеченными к юридической ответственности за отказ от применения химиотерапии. Именно поэтому полноценной паллиативной медицинской помощи во фтизиатрии нет, и отделения для таких пациентов продолжают называться отделениями для больных с хроническими формами ТБ.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПЕРЕВОДА БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ НА ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ

В России разработаны и закреплены нормативно в приказе от 31.05.2019 Минздрава России № 345н и Минтруда России № 372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих

свою деятельность в сфере охраны здоровья» показания для перевода пациента на паллиативную помощь для следующих категорий пациентов с диагнозом ТБ.

1. С МЛУ/ШЛУ ТБ после двукратной неудачи полноценных контролируемых курсов химиотерапии.
2. С МЛУ/ШЛУ ТБ после двукратного прерывания лечения при сохранении бактериовыделения, определяемого методом посева или двукратной микроскопией мокроты.
3. С диагнозом «фиброзно-кавернозный ТБ легких», «цирротиче-ский ТБ легких» независимо от лекарственной чувствительности МБТ при отсутствии эффективности терапевтического лечения и невозможности выполнить хирургическое вмешательство:

- по тяжести состояния основного заболевания, в том числе осложнений ТБ (сердечно-сосудистая недостаточность, амилоидоз внутренних органов);
- при наличии тяжелых сопутствующих поражений.

У больных с сочетанием ТБ и ВИЧ-инфекции дополнительно к вышеуказанным случаям паллиативная медицинская помощь оказывается при генерализованном ТБ и отказе от антиретровирусной терапии.

Кроме того, у пациентов с сочетанием ТБ и ВИЧ-инфекции вопрос об оказании паллиативной помощи по ТБ должен рассматриваться: • в случае решения комиссии Центра СПИД перевести его на паллиативную помощь по ВИЧ-инфекции;

- в случае одновременного перевода пациента на паллиативную помощь как центральной врачебной комиссией (ЦВК) противотуберкулезного учреждения, так и Центром СПИД.
- ТУБЕРКУЛЕЗ

Программа паллиативной медицинской помощи при ТБ должна быть интегрирована в общую программу борьбы с ТБ и активно поддерживать пациентов в конце жизни.

Одновременно каждая противотуберкулезная программа, которая организуется на каждой территории, должна включать вопросы паллиативной медицинской помощи, при этом следует решать следующие задачи:

- создание условий оказания паллиативной медицинской помощи (амбулаторно, в стационаре);
- прием пациентов в остром состоянии;
- динамическое наблюдение за пациентами, находящимися в программе паллиативной медицинской помощи;
- инфекционный контроль в стационарных отделениях паллиативной медицинской помощи, в том числе ограничение контактов с обществом;
- привлечение, обучение и сохранение персонала и др.

Решение о прекращении химиотерапии у пациента с ТБ должно приниматься только ЦВК областного/краевого/республиканского противотуберкулезного учреждения субъекта РФ с обязательным включением в состав комиссии не только фтизиатра, но и хирурга, пульмонолога, который оценивает функциональные возможности организма, социального работника, юриста, психолога, о чем пациент письменно уведомляется. В некоторых случаях предпочтительнее предварительно переговорить с родственниками больного, чтобы заручиться их поддержкой и пониманием.

Один из самых сложных вопросов - прекращение лечения ТБ - требует тщательной оценки ситуации, в ходе которой необходимо:

- оценить степень заинтересованности пациента в излечении и способности соблюдать режим в течение полного курса химиотерапии, а также возможности формирования у него приверженности к лечению;
- оценить динамику результатов бактериологических исследований, включая тесты на лекарственную чувствительность, и проанализировать возможность расширения устойчивости МБТ;
- определить возможности проведения полноценного контролируемого курса химиотерапии, включающего в интенсивную фазу не менее четырех препаратов, обладающих противотуберкулезной активностью;
- оценить динамику рентгенологической картины заболевания, а также перспективы излечения, в том числе с использованием клапанной бронхоблокации и/или хирургических вмешательств, и прогнозы после остановки лечения.

Решение об остановке или прекращении лечения МЛУ/ШЛУ-ТБ в результате его неэффективности может быть обусловлено сохранением/возобновлением бактериовыделения и/или прогрессированием туберкулезного процесса после двукратного неэффективного исхода контролируемых адекватных курсов химиотерапии; невозможностью обеспечения в интенсивную фазу не менее четырех препаратов, обладающих противотуберкулезной активностью вследствие лекарственной устойчивости МБТ и/или их непереносимости (неустраняемые побочные действия); невозможностью проведения хирургического вмешательства (распространенный процесс со значительным разрушением органа, тяжелые осложнения, сопутствующие заболевания в тяжелой стадии и др.) при неэффективности терапевтического лечения.

При анализе причин неудач лечения важно оценить побочные явления противотуберкулезных лекарств, их воздействие на результат лечения и на возможность формирования исхода «неудача лечения». Некоторые больные имеют сопутствующие заболевания, которые усугубляют непереносимость химиопрепаратов.

Члены ЦВК должны проверять, принимал ли пациент все назначенные препараты, включая опрос непосредственно контролировавших лечение сотрудников. Если медицинский персонал уверен в том, что больной принимал все препараты надлежащим образом и при этом исчерпаны возможности введения новых препаратов и невозможно хирургическое вмешательство, то лечение следует прекратить.

К признакам неудачи лечения относятся устойчиво положительные результаты микроскопии и посевов мокроты после 8 мес лечения; невозможность применения хирургического вмешательства вследствие обширного двустороннего поражения легких; формирование на фоне лечения высокой степени лекарственной устойчивости МБТ при невозможности введения двух дополнительных препаратов в схему лечения; ухудшение общего состояния больного, обычно включающее нарастание интоксикационных и респираторных признаков заболевания.

Чтобы заявить о неудаче лечения, не обязательно наличие всех этих признаков, но если имеется любой из них, то благоприятный исход маловероятен.

На решение о прекращении терапии при ТБ может влиять ухудшение качества жизни пациента. Препараты, используемые для лечения МЛУ/ШЛУ-ТБ, вызывают серьезные побочные эффекты. Поэтому продолжение приема этих препаратов, когда неудачный исход лечения очевиден, приносит пациенту дополнительный вред. Кроме того, продолжение химиотерапии при ее очевидной неэффективности вызывает

амплификацию лекарственной устойчивости инфицировавшего пациента штамма МБТ, которым затем могут заразиться другие больные.

Статус пациента, получающего паллиативную медицинскую помощь, не должен открываться третьим лицам без его письменного согласия. ЦВК обязана не реже одного раза в год пересматривать решения о переводе больных на паллиативный вид медицинской помощи с приоритетом продолжения радикального противотуберкулезного лечения.

Для пациентов, которых возможно излечить с использованием хирургической операции, решение о переводе на паллиативную медицинскую помощь принимается после письменного отказа от хирургического вмешательства. Если в дальнейшем пациент изменит свое решение, то решением врачебной комиссии ему назначается курс химиотерапии в соответствии с данными лекарственной чувствительности МБТ для подготовки к операции.

Отсутствие во фтизиатрическом учреждении противотуберкулезных препаратов резервного ряда [тиоуреидоиминометилпиридиния перхлората (Перхлозона*), бедаквилина и др.], а также лекарственных препаратов с определенной туберкулезной активностью, необходимых для лечения пациента, не является основанием для перевода пациента на паллиативную медицинскую помощь. В этих случаях ЦВК обязана направить пациента на лечение в федеральные НИИ ТБ.

Пациент, находящийся на паллиативной медицинской помощи, переводится во IIБ группу диспансерного учета. В настоящее время эта группа формируется только из пациентов, подлежащих переводу на паллиативную помощь, так как, согласно приказу Минздрава России от 13.03.2019 № 127н «Об утверждении порядка диспансерного наблюдения за больными ТБ, лицами, находящимися или находившимися в контакте с источником ТБ, а также лицами с подозрением на ТБ и излеченными от ТБ и признании утратившими силу пунктов 16-17

Порядка оказания медицинской помощи больным ТБ, утвержденного приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. № 932н», во IIБ группе наблюдаются «больные ТБ, у которых не проводится химиотерапия и излечение которых не может быть достигнуто».

После принятия решения о прекращении химиотерапии пациенту проводится полноценная патогенетическая и симптоматическая терапия, оказываются разнообразные меры социальной и психологической поддержки, причем не только самому больному, но и его родственникам, которые состоят на учете в диспансерах как контактные лица, что облегчает возможность оказания им различной помощи. Пациентам, находящимся на паллиативной медицинской помощи, оформляется группа инвалидности. Очень важно продолжать посещения больного, которые должны проводиться не реже одного раза в месяц участковым фтизиатром. Для пациентов с сочетанной патологией ТБ и ВИЧ-инфекции следует предусмотреть междисциплинарный подход и особые условия инфекционного контроля. Если пациент уже переведен на паллиативную медицинскую помощь и у него появилось/возобновилось бактериовыделение, то по решению ЦВК этиотропное лечение назначается только при выделении лекарственно-чувствительных МБТ для предотвращения прогрессирования туберкулезного процесса и прерывания эпидемической цепочки распространения инфекции. В период реактивации туберкулезного процесса рекомендуется выполнение теста на лекарственную чувствительность МБТ. Это позволит разграничить рецидивы и суперинфекцию и вовремя диагностировать амплификацию лекарственной устойчивости МБТ.

Необходимо создать и выполнять программу паллиативной медицинской помощи каждому отдельному пациенту с учетом его медицинских, социальных,

психологических и бытовых особенностей, определить краткосрочные и долгосрочные цели ухода для каждого конкретного человека.

Решения должны быть тщательно объяснены взрослому больному или человеку, который назначен в качестве лица, принимающего решения. Обязательно вовлечение семьи при создании такой программы, особенно если помощь будет оказываться в рамках стационара на дому. При этом решением ЦВК должен быть выбран один член семьи, отвечающий за оказание паллиативной медицинской помощи со стороны семьи, о чем он письменно уведомляется.

Персонал, осуществляющий уход на дому, может оказать огромную помощь, дополнительно проверяя близких пациента на наличие симптомов ТБ. Штат обычно состоит из врачей, медицинских сестер, имеющих соответствующую подготовку в объеме цикла тематического усовершенствования и проходящих не реже 1 раза в 5 лет усовершенствование по паллиативной медицинской помощи. Кроме того, необходимо включение в команду психолога, социального работника и, по возможности, священника.

Учитывая тот факт, что вопрос о паллиативной помощи ставится в отношении больных ТБ, длительно находящихся под наблюдением фтизиатрической службы, оказание этого вида помощи является всецело прерогативой противотуберкулезных организаций. Однако хроническое течение самой инфекции, чередование периодов ухудшения самочувствия и относительно благополучных периодов, вовлечение в процесс оказания паллиативной помощи родственников пациентов делает неизбежным взаимодействие фтизиатров с медицинскими работниками первичной медико-санитарной помощи. По уже упомянутому приказу № 127н обследование пациентов, подлежащих паллиативной помощи во фтизиатрии, осуществляется 1 раз в полгода; если состояние пациента ухудшается между сроками обследования, то врач общей практики может информировать фтизиатров об этом. Врачи общей практики, посещая очаги инфекции, образованные больными ТБ, переведенным на паллиативную медицинскую помощь, должны помнить об особой опасности таких очагов и предпринимать повышенные меры индивидуального инфекционного контроля, а также сложность психологической обстановки в подобных семьях. Оказание дополнительной психологической поддержки, активное санитарное просвещение станет важной поддержкой для пациентов и их родственников.

УСЛОВИЯ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Основными задачами медицинских учреждений при оказании паллиативной медицинской помощи больным ТБ являются проведение терапии для купирования или смягчения симптомов заболевания, а также побочных эффектов назначаемых лекарственных средств; оказание медико-социальной помощи; оказание медико-психологической помощи на стадии прогрессирования заболевания, включая период ухода пациента из жизни; обеспечение ухода за больными ТБ, способность к самообслуживанию которых значительно снижена или утрачена. Система паллиативной помощи больным ТБ предусматривает оказание помощи больным в палатах/отделениях паллиативной помощи и на дому.

Если у больного ТБ, находящегося на паллиативной медицинской помощи, отмечается нарастание симптомов и бактериовыделение, паллиативная медицинская помощь оказывается в стационарных условиях. При отсутствии бактериовыделения, но ухудшении самочувствия возможно лечение в режиме стационара на дому.

оказание паллиативной помощи больному туберкулезом в стационарных условиях

Особенности туберкулезного процесса, в первую очередь наличие бактериовыделения, обуславливают еще одну уникальность ТБ, а именно оказание паллиативной помощи преимущественно в стационарных условиях. В то время как по

многим другим направлениям медицинской деятельности акцент делается на амбулаторном ведении паллиативных пациентов, фтизиатры активно развивают стационарное направление паллиативной помощи. И так как таких пациентов немного, то во фтизиатрии создаются не больницы, а отделения или даже палаты паллиативной помощи.

Палаты/отделения паллиативной помощи организуются в областных/краевых/республиканских противотуберкулезных диспансерах, в исключительных случаях на территориях с большой удаленностью пациентов от областного/краевого/республиканского противотуберкулезного диспансера - в других противотуберкулезных стационарах.

Показаниями для размещения больных ТБ, получающих паллиативную медицинскую помощь, в палатах/отделениях паллиативной медицинской помощи являются появление бактериовыделения у больного, особенно с МЛУ/ШЛУ ТБ; дыхательная недостаточность II-III степени, легочно-сердечная недостаточность II-III степени; развитие осложнений, таких как легочное кровотечение, спонтанный пневмоторакс; интенсивный болевой синдром; наличие тяжелой степени амилоидоза; терминальная стадия ТБ (при невозможности оказания паллиативной медицинской помощи на дому); прогрессирование туберкулезного процесса; наличие в очаге туберкулезной инфекции лиц с ВИЧ-инфекцией; прогрессирование сопутствующих заболеваний (сахарного диабета, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, почечной недостаточности и др.); глубокие трофические расстройства (трофические язвы, пролежни); двигательные неврологические расстройства, возникшие в результате перенесенных инсульта, черепно-мозговой травмы, злоупотребления психоактивными веществами; другие клинические состояния, приводящие к стойкому снижению или утрате физических или психических функций и требующие постоянной медицинской помощи и сестринского ухода за больным.

Палаты паллиативной медицинской помощи организуются по типу боксов или полубоксов, оснащают системой подачи кислорода, обеспечивают оборудованием для проведения интенсивного ухода и терапии (функциональные кровати, противопролежневые матрацы). Помимо лечащего врача-фтизиатра к оказанию помощи больным ТБ привлекаются пульмонолог, терапевт, для пациентов с сочетанием ТБ и ВИЧ-инфекции - инфекционист, в случае необходимости могут привлекаться врач-психотерапевт, врач-реабилитолог, волонтеры, в том числе сестры милосердия.

Палаты/отделения паллиативной медицинской помощи организуются в областных/краевых/республиканских противотуберкулезных диспансерах, в исключительных случаях на территориях с большой удаленностью пациентов от областного/краевого/республиканского противотуберкулезного диспансера - в других противотуберкулезных стационарах. При этом противотуберкулезные организации должны получить лицензию на данный вид деятельности.

Задачи отделения паллиативной медицинской помощи состоят не только и не столько в комплексной поддержке умирающих больных для обеспечения достойного ухода из жизни, но и в диагностике, подборе терапии при дыхательной недостаточности и других синдромах у больных ТБ, курации пациентов с развившимися глубокими трофическими расстройствами; временном размещении инкурабельных больных для предоставления отдыха, возможности решения социальных вопросов родственникам, ухаживающим за больным в домашних условиях; проведении обучения среднего и младшего медицинского персонала по вопросам оказания помощи и уходу за инкурабельными больными ТБ; проведении консультаций и обучения родственников уходу за больными.

Следует помнить, что из-за тяжести клинического состояния пациентов и риска заражения МЛУ/ШЛУ ТБ возникают трудности в привлечении и удержании медицинского персонала. Поэтому для всех категорий медицинских работников следует предусмотреть периодические курсы психологического тренинга.

ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

При отсутствии бактериовыделения возможно оказание паллиативной помощи амбулаторно, в том числе в режиме стационара на дому. Решение о возможности оказания паллиативной медицинской помощи на дому принимает ЦВК, что фиксируется в журнале ЦВК.

Как правило, таких пациентов на каждой территории немного, но они требуют мультидисциплинарного подхода и координации с различными, в том числе немедицинскими, службами, для них, аналогично пациентам с ВИЧ-ассоциированным ТБ, рекомендуется создание кабинета паллиативной медицинской помощи в амбулаторном отделении противотуберкулезных организаций, а также выездных патронажных бригад. На территориях с низкой плотностью населения или удаленностью районных центров от головного фтизиатрического учреждения возможно создание нескольких кабинетов с подчиненностью основному кабинету в головной организации.

На территории необходимо создание персонифицированного регистра больных ТБ, состоящих на паллиативной помощи, определение их основных нужд и потребностей, анализ ресурсов для решения медико-социальных проблем, стоящих перед пациентами, непосредственное оказание паллиативной медицинской помощи.

Для качественного оказания помощи необходимо специально готовить весь медицинский персонал к этому виду деятельности: существенно расширить объем врачебных знаний в области симптоматической терапии, организации медицинской и социальной помощи больным ТБ по месту жительства, повышать квалификацию среднего персонала по вопросам сестринского ухода за больными в условиях стационара и на дому, разработать систему помощи пациентам на терминальной стадии заболевания, проведения психологического консультирования родственников больных в период тяжелой утраты.

В настоящее время организация оказания паллиативной медицинской помощи на дому приобретает особое значение как экономически эффективный вид помощи, наиболее полно отвечающий потребностям пациентов. Больные должны обеспечиваться паллиативной медицинской помощью на дому силами врачей всех специальностей противотуберкулезных учреждений муниципального и регионального уровня, входящих в выездные бригады, которые могут формироваться как отдельные патронажные бригады паллиативной медицинской помощи или входить в состав бригад, осуществляющих наблюдение за пациентами в условиях стационара на дому.

При оказании паллиативной медицинской помощи в амбулаторных условиях следует помнить о значительных трудностях обеспечения инфекционного контроля.

Перед включением пациента с лекарственно-устойчивым ТБ в программу ухода на дому необходимо его посетить, чтобы помочь близким оценить возможность ухода за пациентом в домашних условиях.

Такая возможность складывается из следующего:

- наличие отдельной комнаты со спальным местом;
- наличие лица, которое будет осуществлять уход за больным;

- наличие знаний и навыков, необходимых для проведения надлежащего инфекционного контроля;
- проведение проверки на наличие симптомов ТБ у всех контактирующих с пациентом лиц, осуществляющих уход за пациентом.

Меры инфекционного контроля

Пациент с ТБ, лечение которого прекращено по причине его нерезультативности, остается контагиозным, поэтому необходимо продолжать выполнение всех мер инфекционного контроля во всех местах пребывания пациента.

При получении паллиативной медицинской помощи на дому следует неукоснительно выполнять определенные правила.

Медицинские работники и другие лица, осуществляющие уход, подвержены особо высокому риску инфицирования ТБ из-за частого общения с заразными больными. Поэтому медицинские работники должны надевать респираторы, когда посещают бациллярного больного. Необходимо, чтобы пациент, который получает паллиативную медицинскую помощь, имел отдельную комнату с окном, выходящим наружу. Обязательно частое проветривание помещений, строгое выполнение текущей дезинфекции и систематическое - заключительной дезинфекции. Необходимо обучение пациента (гигиена кашля). Образцы мокроты следует собирать в хорошо проветриваемых помещениях или на свежем воздухе. Больные ТБ, находящиеся на паллиативной медицинской помощи в период обострения, не должны посещать общественные места, пользоваться общественным транспортом.

Учитывая волнообразный характер туберкулезного заболевания с чередованием ухудшения самочувствия и периодов относительного благополучия даже в отсутствие химиотерапии (хотя, справедливости ради, следует признать, что без этиотропного лечения эти колебания будут длиться недолго), следует понимать, что больные ТБ, находящиеся на паллиативной помощи, могут чувствовать себя относительно удовлетворительно и жить обычной жизнью без изоляции, формируя очаг туберкулезной инфекции I, самой тяжелой степени отягощенности. Однако, как только у них наступает ухудшение состояния, оказание паллиативной помощи осуществляется исключительно в условиях стационара.

Основные симптомы, требующие коррекции при оказании паллиативной помощи при туберкулезе

Целостный подход при оказании паллиативной медицинской помощи при ТБ предполагает внимание к четырем группам проблем:

- физические симптомы - одышка, кашель, кровохарканье, боль и т.д.;
- психологические - тревоги, страхи, печаль, гнев;
- социальные - потребности семьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями;
- этические.

Этические аспекты возникают как со стороны пациентов, так и медицинского персонала. Фтизиатрические пациенты, длительно отказывавшиеся от лечения, при объявлении им о переводе на паллиативную медицинскую помощь начинают требовать лечения. Они боятся изоляции и одиночества или, напротив, боятся обременить свою семью, многие из них не способны заботиться о себе сами. Персонал в этом вопросе обнаруживает не меньшее невежество: боятся и не умеют деликатно сообщать плохие новости, не знают, как работать с агрессивными

пациентами, как правильно разговаривать с умирающим пациентом. Для такого персонала необходимы специальные систематические тренинги для защиты от профессионального выгорания.

Пациентам с ТБ, переведенным на паллиативную помощь, продолжают оказание медико-социальной помощи. Проводится терапия сопутствующих заболеваний, прежде всего сахарного диабета, болезней сердечно-сосудистой системы, психоневрологических расстройств, а также оказание ургентной помощи при различных терапевтических и хирургических заболеваниях, осложнениях течения ТБ (легочное кровотечение и спонтанный пневмоторакс, формирование хронического легочного сердца).

Симптомы, в связи с которыми назначается терапия в палатах/ отделении паллиативной медицинской помощи фтизиатрических организаций (редко - амбулаторно): одышка; кашель (сухой - чаще приступообразный или с мокротой, как правило, гнойной); выраженная слабость и кахексия; потливость; боль в грудной клетке; легочное кровотечение; тревога, депрессия; бессонница; тошнота, запоры или понос; делирий.

Одышка - наиболее частый симптом у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи при ТБ, является результатом сложного взаимодействия сигналов, возникающих внутри центральной нервной системы, как с автоматических центров в стволе головного мозга и коры головного мозга, так и из различных рецепторов верхних дыхательных путей, легких и грудной клетки.

Немедикаментозное лечение одышки:

- кислородотерапия;
- усиленная циркуляция воздуха - вентилятор, открытое окно (поток холодного воздуха на лицо часто действует так же эффективно, как кислород через маску);
- прохладные напитки и пища;
- снижение физической активности;
- релаксация; методы расслабления и отвлекающее действие;
- успокоение, объяснение и общение;
- следует избегать скопления людей, приготовления пищи и курения в комнате пациента.

Кашель

В первую очередь необходимо выяснить причину и вид кашля, так как от этого зависит тактика и характер лечения.

Медикаментозная помощь (препараты кодеина, муколитики, опиаты и т.д.).

Немедикаментозная помощь. Если кашель вызван мокротой, следует использовать паровые ингаляции; если количество мокроты более 30 мл/день - использовать технику форсированного выдоха (техника фуканья) с постуральным дренажем или постуральный дренаж.

При кашле вследствие бронхоспазма показано назначение бронхоли-тиков (ингаляции сальбутамолом) и/или кортикостероидов (перорально, в ингаляциях или системно). *Сухой, раздражающий непродуктивный кашель требует назначения* кодеина, декстрометорфана, морфина, ингаляционно лидокаина или бупивакаина. Поскольку эти препараты препятствуют глотательному рефлексу, ингаляции не следует делать до или в течение одного часа после принятия еды или напитков.

Продуктивный кашель у пациентов, которые не могут кашлять эффективно: ингаляция 2,5% солевым раствором, физиотерапия (по показаниям); муколитики; бромгексин; увлажнение вдыхаемого воздуха.

Продуктивный кашель у терминального пациента. В терминальной стадии у пациентов, которые слишком слабы, чтобы эффективно кашлять, выделения должны быть уменьшены антисекреторными (антихолинергическими) лекарственными средствами.

Лечение хронической боли при туберкулезе

Основными *причинами боли* при ТБ являются воспаление вследствие туберкулезной инфильтрации легких, плевры или других внутренних органов, перенапряжение мышц вследствие упорного кашля, туберкулезное поражение позвоночника или костей, подагра (спровоцированная приемом пиразинамида) или септический артрит, периферическая нейропатия (боль в стопах на фоне приема изониазида или антиретровирусных препаратов). Общие принципы болеутоления у пациентов с ТБ не отличаются от изложенных в главе, посвященной лечению болевого синдрома у онкологических больных.

Профилактика кровотечения

Необходимо определить пациентов с высоким риском кровотечения. *Обильное кровотечение*: объяснить пациенту или семье о риске массивного кровотечения и плане лечения, который будет использоваться, если это происходит. Массивные кровотечения часто могут испугать пациента, семью и даже медперсонал. Надо уверить всех, что ситуация находится под контролем.

При возникновении легочного кровотечения пациент должен принять сидячее или полусидячее положение для облегчения откашливания крови. Следует убедить больного не бояться откашливать всю кровь. Универсальные меры предосторожности, чтобы снизить риск передачи заболеваний через кровь. В качестве медикаментозных средств рекомендуется использование гемостатиков, в первую очередь аминокaproновой кислоты и этамзилата. При обильных кровотечениях (более 500 мл) - осуществлять управляемую гипотонию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Туберкулез в некотором роде уникален в отношении паллиативной медицинской помощи, так как при этой инфекции имеет место сочетание социальной стигматизации и заразного заболевания, требующего изоляции пациента.

Несмотря на безусловные успехи, при ТБ может наступить критический момент, когда дальнейшая химиотерапия бесперспективна, бесполезна и даже эпидемически безответственна в отношении здорового населения. В таком случае на основании тщательного и взвешенного решения специальной комиссии, создаваемой в противотуберкулезной службе каждого субъекта страны, химиотерапия должна быть прекращена, и пациент должен быть переведен на оказание паллиативной помощи. Такой перевод означает сохранение всех прав пациента на другие виды лечения, диспансерное наблюдение с созданием полноценных условий оказания паллиативной помощи в стационарных и амбулаторных условиях, оказания помощи семье и родным пациента.

Для оказания паллиативной медицинской помощи больным ТБ необходимо создать специальную программу, которая должна быть интегрирована в общую программу борьбы с ТБ и способствовать повышению приверженности к лечению, снижать нежелательные исходы (неудача, прерывание, смерть) и активно поддерживать инкурабельных больных ТБ, а ее основная цель - повышать качество жизни

Источник KingMed.info

пациентов, с тем чтобы оставшееся ее время - будь то дни, месяцы или годы - было максимально спокойным и плодотворным.

Глава 7 осложнения онкологических заболеваний и неотложные состояния в паллиативной помощи

Прогрессирующий или метастазирующий рак может вызвать осложнения, которые требуют различных вмешательств, направленных на уменьшение проявлений основного заболевания, восстановление функций органов и тканей или предотвращение других осложнений. Некоторые осложнения встречаются крайне редко в практике тех специалистов, кто не сталкивается с онкологической патологией. Такие осложнения часто влияют на функциональную способность и качество жизни пациента.

Важно как можно раньше начать специфическое лечение, так как это позволяет быстро облегчить симптомы и может предотвратить потерю функции и независимости от окружающих. Это в равной степени важно как для пациентов, находящихся в терминальной стадии заболевания, так и для тех, кому требуется только симптоматическое лечение. Далее рассмотрены наиболее часто встречающиеся клинические проблемы и даются рекомендации по ведению таких пациентов.

компрессия спинного мозга

Это состояние требует раннего распознавания и быстрого лечения. Несмотря на то, что восстановление функции сфинктеров и моторной функции редко возможно у тех пациентов, которые утратили их до начала лечения, а также на то, что развитие компрессии спинного мозга является плохим прогностическим признаком, активное ведение таких пациентов показано всем, включая неизлечимо больных.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Компрессия спинного мозга достаточно распространенное состояние, встречающееся у 5% всех онкологических больных, при этом у половины из них это первое проявление злокачественного процесса.

Наиболее часто компрессия спинного мозга встречается при миеломе, лимфомах и при тех опухолях, которые часто метастазируют в кости (рак молочной железы, простаты, легких и карциномы почек). При этих локализациях рака компрессией спинного мозга страдает до 10% всех больных. Среди пациентов с компрессией спинного мозга 60% имеют первичные опухоли молочной железы, легких или предстательной железы. У детей компрессия спинного мозга встречается очень редко, но может возникать при саркоме Юинга, нейробластоме, лимфогранулематозе, саркоме мягких тканей.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Неврологические расстройства вызываются сочетанием отека спинного мозга, ишемии и прямого давления. 85-90% компрессий обусловлены метастазами в позвонки, в то время как 10% происходят из-за непосредственного сдавления спинного мозга опухолью (обычно лимфомы). У незначительной части пациентов компрессия возникает из-за карциноматоза мозговых оболочек. Метастатическое поражение позвонков имеется более чем у 70% пациентов с компрессией спинного мозга.

Частота компрессии различных отделов позвоночника различается:

- грудной отдел - 70%;
- поясничный отдел - 20%;
- шейный отдел - 10%;
- несколько отделов - 20%.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

Любой пациент с онкологическим заболеванием имеет риск развития компрессии спинного мозга, особенно при наличии метастазов в позвоночник. Усиление боли в спине является наиболее важным симптомом, встречающимся у 60-95% больных. Это может быть локализованная боль, но чаще отмечается разлитая. Боль может усиливаться при кашле, чихании, напряжении, движении, в положении лежа на спине, при перкуссии над позвонками и при сгибании бедра.

Основными проявлениями компрессии спинного мозга являются:

- боль;
- мышечная слабость;
- потеря чувствительности;
- аномальные рефлекс;
- дисфункция сфинктеров.

Мышечная слабость обычно бывает симметричной, преимущественно в проксимальных отделах нижних конечностей. Потеря чувствительности может быть различной. Дисфункция сфинктеров возникает на поздних стадиях, за исключением ситуации при компрессии конского хвоста, и проявляется безболезненной задержкой мочи, запором или недержанием кала. Синдром «конского хвоста» приводит к следующим проявлениям:

- ишиалгия;
- потеря чувствительности в области промежности («седловая» анестезия);
- задержка мочи;
- потеря тонуса анального сфинктера.

ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

Физикальный статус при осмотре

Среди пациентов с компрессией спинного мозга 30-40% могут ходить (с помощью или без помощи), из них 70% будут по-прежнему иметь возможность ходить после лечения. При этом 50% больных с компрессией спинного мозга имеют полный паралич, и лишь некоторые из них смогут вернуть функцию. Поэтому важна ранняя диагностика - до того как произойдет необратимое повреждение.

Гистология первичной опухоли

Миелома, лимфома, мелкоклеточный рак легких имеют более благоприятный прогноз.

Рак молочной железы и рак предстательной железы имеют более благоприятный прогноз для мобильности и выживания, чем немелко-клеточный рак легкого или метастазы неизвестной первичной опухоли.

Темп ухудшения неврологического статуса

Медленное развитие неврологической симптоматики прогнозирует лучший исход в плане поддержания мобильности. Быстрое ухудшение в течение 24-48 ч предполагает необратимое повреждение мозга.

ЛЕЧЕНИЕ

Неотложная терапия

Пациенту с компрессией спинного мозга следует назначать декса-метазон 8 мг немедленно, а затем 16 мг ежедневно в разделенных дозах.

Первая доза должна быть введена парентерально, особенно в тех случаях, когда имеются сомнения по поводу всасывания препарата.

Для адекватного обезболивания может потребоваться назначение НПВП, опиоидов и спазмолитиков. Рекомендуется организация срочного телефонного контакта с онкологом или нейрохирургом для обсуждения тактики дальнейшего ведения. Исследованием выбора является магнитно-резонансная томография, которая показывает количественные и качественные характеристики повреждения.

Обычно нет необходимости держать пациента в постели неподвижным, предотвращая сгибания позвоночника, если поражение не считается нестабильным, нет риска прогрессирования. Пациенту должно быть рекомендовано приподниматься, сидеть в кровати и по возможности двигаться, если это не причиняет сильной боли.

Дальнейшее ведение

Хирургическое лечение следует рекомендовать в тех случаях, когда гистологическая структура первичного рака неизвестна. Пациенты с компрессией спинного мозга без полной параплегии должны быть в срочном порядке проконсультированы нейрохирургом. Спинальная декомпрессия и стабилизация с последующей лучевой терапией улучшают результаты в плане обеспечения мобильности и работы сфинктеров по сравнению с лучевой терапией без оперативного лечения. Хирургическое лечение также должно быть рассмотрено при наличии нестабильности позвоночника, вызывающей боль, или в случае радиорезистентности опухоли.

Лучевая терапия для многих пациентов является основным методом лечения. Она снимает боль, может предотвратить ухудшение состояния, но редко восстанавливает функцию, утраченную вследствие нежизнеспособности спинного мозга. При этом на лучевую терапию опухоль реагирует достаточно быстро, что купирует компрессию. В целом лучевая терапия более эффективна при компрессии спинного мозга без костного распада. Часто назначают от пяти до десяти сеансов, но даже единственной процедуры может быть достаточно для облегчения боли у пациентов с плохим прогнозом и полной параплегией. Лучевая терапия в идеале должна быть начата в течение 24 ч с момента возникновения компрессии с максимальной задержкой в 48 ч.

Химиотерапия может быть рекомендована для лечения химиочувствительных опухолей, таких как лимфома, мелкоклеточный рак легких, опухоли половых органов и миеломы. Как правило, она сочетается с последующей лучевой терапией.

РЕАБИЛИТАЦИЯ

Большинство пациентов обычно имеют выраженные изменения, проявляющиеся как в нарушении функциональных способностей, так и в потере независимости. Пациентам и лицам, осуществляющим уход, может потребоваться адаптация не только к потере подвижности, но и к катетеризации мочевого пузыря и недержанию кала.

Пациентам и лицам, ухаживающим за ними, возможно потребуются:

- специальное оборудование;
- адаптация к дому или новому месту лечения;
- «пакет» социальной и медицинской помощи, включая уход за больными;
- поддержка в психологической адаптации к изменению жизни и плохому прогнозу.

Очень важно, чтобы стационары и первичная медико-санитарная помощь, социальные работники и врачи, специалисты по лечебной физкультуре,

реабилитологи и служба паллиативной помощи работали вместе для достижения оптимальных результатов.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

Функции

В целом 40% пациентов с компрессией спинного мозга смогут ходить после проведения лечебных мероприятий. Тем не менее у 25% пациентов возможен рецидив в том же месте в течение 6 мес и у 50% - рецидив в течение одного года. Из тех пациентов, кто не использовал мочевого катетер до начала лечения, 80% он не понадобится в дальнейшем, по сравнению с 20% среди тех, кто испытывает необходимость в катетеризации на момент установления диагноза.

Выживание

Медиана выживаемости составляет 7-10 мес; 10% пациентов умирают в течение 1 мес и 18-30% живут более одного года. Рак легких имеет особенно неблагоприятный прогноз, медиана выживаемости составляет 2-3 мес.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Пациенты с компрессией спинного мозга имеют повышенный риск дальнейшей компрессии, более 70% лиц, пострадавших от метастатического поражения, будут иметь другие сходные проблемы.

обструкция верхней поллой вены

Синдром обструкции верхней поллой вены - синдром, который характеризуется нарушением кровотока через верхнюю полую вену. Наиболее часто причиной данного синдрома являются онкологические заболевания (88%), в том числе рак легких - 70%, лимфомы - 8%, другие злокачественные опухоли - 10%. В 50% случаев у пациентов со злокачественными новообразованиями синдром обструкции верхней поллой вены является первым проявлением болезни, поэтому им необходима срочная консультация специалиста для установления точного диагноза. Активное лечение синдрома обструкции верхней поллой вены может дать значимое облегчение мучительных симптомов и рекомендуется во всех случаях, за исключением терминальных пациентов, у которых лечение является симптоматическим.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Препятствие кровотоку обычно возникает в результате внешней компрессии вены опухолью или лимфатическими узлами, хотя это также может произойти вследствие внутрисосудистого тромбоза. Проявляется отеком лица и верхних конечностей из-за повышения венозного давления выше препятствия.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

Любой пациент, имеющий первичную опухоль легких, особенно правостороннюю, находится в группе риска. Начало обычно характеризуется развитием коллатералей, видимых как расширение подкожных вен.

Две трети больных жалуются на удушье, отек половины лица или чувство распирания в голове. Все симптомы и признаки усугубляются при наклоне вперед или в положении лежа (табл. 7.1).

Таблица 7.1. Симптомы и признаки обструкции верхней поллой вены

Симптомы	Физикальные признаки
Диспноэ	Вздутие вен шеи
Отек лица/рук	Отек лица/рук
Чувство распирания в голове	Вздутие вен грудной клетки
Головная боль	Одышка

Окончание табл. 7.1

Симптомы	Физикальные признаки
Кашель	Расширение поверхностных кровеносных сосудов
Боль в груди	Отек лица и/или конъюнктивы
Дисфагия	Цианоз центральный и/или периферический

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Хотя симптомы часто причиняют пациентам беспокойство, синдром обструкции верхней поллой вены редко бывает опасным для жизни, если нет выраженных нарушений оксигенации тканей. Показана срочная консультация пульмонолога в случае отсутствия точного первоначального диагноза или онколога, если известно, что пациент имеет злокачественное новообразование.

Неотложные меры

Пациенту назначают постельный режим с возвышенным положением головы.

Кислород следует использовать только в том случае, если он дает облегчение симптомов, так как наличие гипоксии обычно связано с основной опухолью.

Эффективность кортикостероидов не доказана. Дексаметазон 16 мг ежедневно в разделенных дозах может дать положительный эффект, но не следует назначать его «вслепую», особенно при неизвестном основном диагнозе. Синдром обструкции верхней поллой вены может быть вызван высокодифференцированной лимфомой средостения, при которой назначение кортикостероидов может привести к распаду опухоли с угрожающими для функционирования почек последствиями. Антикоагулянты в качестве стандартного лечения не показаны.

Дальнейшее ведение

Целью лечения является облегчение симптомов и терапия основного процесса. В значительном количестве случаев пациенты с синдромом обструкции верхней поллой вены могут лечиться амбулаторно.

Как лучевая терапия, так и химиотерапия могут быть эффективны для лечения основного заболевания в зависимости от гистологической структуры опухоли. Примерно 77% пациентов с мелкоклеточным раком легких и 60% с немелкоклеточным раком легкого будут ощущать уменьшение симптоматики независимо от того, используется ли химиотерапия, лучевая терапия или их сочетание. Лучевая терапия обычно проводится в течение 1-2 нед, при этом улучшение состояния обычно наблюдается в течение 2-3 нед. Лечение лимфомы обычно начинают с химиотерапии.

Введение стента с применением радиологического контроля дает быстрое, а часто немедленное облегчение: симптоматика купируется в течение 72 ч. Срочное направление для выполнения стентирования показано пациентам с тяжелыми симптомами или рецидивами после лечения другими методами. Тромболизис может быть рекомендован при массивном тромбозе, но использование этого метода увеличивает вероятность развития побочных эффектов.

Симптоматическое лечение может принести облегчение неизлечимо больным пациентам в тяжелом состоянии, которым не может проводиться активное лечение. К этим методам терапии относятся глюкокортикостероиды, кислород, повышение изголовья кровати, обезболивание и назначение противокашлевых средств.

Результаты лечения

Средняя выживаемость пациентов с синдромом обструкции верхней поллой вены вследствие злокачественного новообразования - 8 мес, но прогноз зависит от гистологической характеристики и стадии основного заболевания.

Рецидивы после лучевой терапии и/или химиотерапии возникают приблизительно у 17% пациентов с раком легких в течение 1-16 мес после лечения.

Дальнейшее наблюдение

Во время активного лечения ведение пациента должен осуществлять специалист, проводящий лечение. Пациентам с неизлечимым раком легких лучше всего периодически проходить лечение в стационаре с возможностью экстренного консультирования при необходимости. Пациент, члены его семьи, бригада паллиативной помощи и работники первичной медико-санитарной помощи должны быть в курсе возможных симптомов распространенного рака легкого и знать порядок действий в случае возникновения необходимости.

костные метастазы

Костные метастазы встречаются достаточно часто, особенно при раке молочной железы, простаты, легких, почек и при множественной миеломе. До 70% женщин, умирающих от рака молочной железы, имеют метастазы в кости, хотя многие из них протекают бессимптомно.

Осложнения костных метастазов включают патологический перелом, сдавление нервов и гиперкальцемию.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

Кардинальной особенностью костных метастазов является боль. Это обычно очень выраженная, сохраняющаяся в покое боль, которая может приводить к появлению отраженных болей, ограничению движений и неврологическим нарушениям.

В качестве предварительного обследования проводят рентгенологическое исследование пораженной области с ортогональной проекцией (перпендикулярно) длинных костей в двух проекциях, так как некоторые метастазы могут быть не видны в одной проекции. На этом этапе важно исключить патологический перелом или непосредственную опасность разрушения кости. Рак предстательной железы приводит обычно к появлению склеротических метастазов, хотя иногда могут возникать и литические метастазы, в то время как миеломы вызывают значительный лизис костной ткани. Рак молочной железы и рак легких часто дают смешанную картину склеротических и литических метастазов, а метастазы рака почек часто бывают большого размера и являются сосудистыми. Костные метастазы чаще бывают множественными, хотя иногда протекают бессимптомно.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Общие мероприятия

Первоочередной задачей является обезболивание. Обычно бывают эффективны НПВП, хотя сильная боль от костных метастазов часто требует назначения опиатов. Глюкокортикостероиды, например декса-метазон в дозе 4-6 мг в день, могут быть эффективны в качестве краткосрочного дополнения к анальгетикам, но, если нет положительного эффекта в течение одной недели после назначения, прием их

должен быть прекращен. Боль также может быть уменьшена обеспечением покоя пораженной области. Консультации с реабилитологом и специалистом по лечебной физкультуре могут быть полезны для определения показаний к назначению костылей.

Системное противоопухолевое лечение

Необходимо уделить должное внимание системной терапии, например гормональному лечению при раке молочной железы и раке простаты, или химиотерапии для чувствительных видов рака, например мелкоклеточного рака легкого, рака молочной железы и миеломы, так как это часто уменьшает боль при костных метастазах.

Радиотерапия

Для большинства болезненных костных метастазов местная лучевая терапия является методом выбора. При неосложненных метастазах в кости одна доза лучевой терапии в день может облегчить боль у 60-80% больных и полностью купировать ее в 30% случаев.

Побочные эффекты лучевой терапии зависят от ее локализации и включают усталость, тошноту и рвоту, послабление стула. Побочные влияния на органы желудочно-кишечного тракта являются наиболее распространенными и могут быть уменьшены с помощью антагониста серотониновых 5-НТЗ-рецепторов в сочетании с дексаметазоном (2 мг в день) в течение 3 дней, начиная со дня лучевой терапии. Паллиативная лучевая терапия в этом случае может быть проведена повторно при возобновлении или сохранении болей с хорошим шансом положительного эффекта при незначительной дополнительной токсичности.

Широко распространенные костные метастазы целесообразно облучать с разных точек (мультифокально). Токсичность может быть довольно значительной и проявляться в основном тошнотой, рвотой и диареей.

Антагонисты 5-НТЗ-рецепторов в сочетании с дексаметазоном, как уже было описано, позволяют поддерживать состояние амбулаторных пациентов на удовлетворительном уровне. При необходимости лучевую терапию можно вновь назначить через 4-6 нед, что позволяет костному мозгу восстановиться.

В качестве альтернативы можно использовать остеотропные радиоактивные изотопы, например стронций-89 и самарий-153, которые накапливаются в пораженной кости и осуществляют местную лучевую терапию. При этом токсические эффекты и некоторое подавление функции костного мозга, как правило, протекают бессимптомно.

Бисфосфонаты

Бисфосфонаты играют важную роль в профилактике болей в костях, переломов и гиперкальциемии у больных с миеломой и костными метастазами рака молочной железы. Бисфосфонаты также могут быть использованы при лечении пациентов с выраженными болями в костях при миеломе, раке молочной железы, легких и раке простаты и, как правило, назначаются в виде медленных внутривенных инфузий каждые 4 нед. Уровень ответа варьирует от 40% при солидных опухолях до 80% при миеломе.

Следует помнить, что большинство пероральных препаратов этой группы предназначены преимущественно для лечения остеопороза.

При назначении бисфосфонатов необходимо убедиться в удовлетворительном клиренсе креатинина и корректировать дозу при нарушении функции почек. Важна удовлетворительная гидратация пациента и контроль уровня кальция в сыворотке крови.

В нашей стране из бисфосфонатов по онкологическим показаниям назначают следующие.

1. Препараты памидроновой кислоты. Показаны при метастазах (преимущественно литических) опухолей в кости, множественной миеломе, опухолевой гиперкальциемии, костной болезни Педжета. Разовая доза для внутривенного введения составляет 30-90 мг.
2. Препараты ибандроновой кислоты. Показаны при метастатическом поражении костей для снижения риска возникновения гиперкальциемии, патологических переломов, уменьшения боли, снижения потребности в проведении лучевой терапии при болевом синдроме и угрозе переломов; а также при гиперкальциемии, обусловленной злокачественными новообразованиями. Разовая доза для внутривенного введения составляет 2-6 мг.
3. Препараты золедроновой кислоты. Показаны при костных метастазах распространенных злокачественных опухолей (рак предстательной железы, рак молочной железы) и миеломной болезни, в том числе для снижения риска патологических переломов, компрессии спинного мозга, гиперкальциемии, обусловленной опухолью, а также для снижения потребности в проведении лучевой терапии или оперативных вмешательств на костях; а также при гиперкальциемии, обусловленной злокачественной опухолью. Разовая доза для внутривенного введения обычно составляет 4 мг.
4. Препараты клодроновой кислоты. Показаны при гиперкальциемии, обусловленной злокачественными опухолями, остеолитических метастазах злокачественных опухолей в кости и множественной миеломе. Разовая доза для внутривенного введения обычно составляет 300 мг при пероральном приеме 1600-3200 мг.

Лучевая терапия дешевле, чем использование бисфосфонатов, и имеет более высокую скорость наступления эффекта при болях в костях в случае солидных опухолей, но более выраженные побочные эффекты.

За исключением миеломы, бисфосфонаты, как правило, назначают при недостаточном эффекте лучевой терапии.

Результаты лечения

При костных метастазах, не осложненных компрессией нервов, переломами или гиперкальциемией, прогноз относительно хороший, и многие пациенты смогут снизить прием обезболивающих препаратов и повысить свою активность. При большинстве солидных опухолей прогноз лучше у пациентов с костными метастазами, чем у пациентов, имеющих висцеральные метастазы.

Дальнейшее наблюдение

Пациенты с костными метастазами часто имеют несколько очагов боли, появляющихся со временем. Поэтому при дальнейшем наблюдении за пациентом необходимо помнить об адекватном обезболивании и возможном направлении на повторную консультацию к специалистам.

Для адаптации пациентов с ограниченной подвижностью к безопасному и комфортному возвращению в свои дома могут понадобиться также услуги медицинских и социальных работников, реабилитологов и специалистов по лечебной физкультуре.

патологические переломы

Патологические переломы, как правило, связаны с наличием литических костных метастазов, особенно в подвижных костях, находящихся под нагрузкой. Ранняя

диагностика и профилактика патологических переломов могут предотвратить ненужную боль и потерю функции.

УГРОЗА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ПЕРЕЛОМА

Ранняя диагностика

Миелома, метастатический рак молочной железы, легких и почечно-клеточный рак наиболее часто приводят к патологическим переломам. При этом рак любой локализации может привести к метастазированию в длинные кости и их разрушению.

Боль при движении конечностей, особенно при нагрузке, повышает вероятность поражения и риск перелома. Диагноз, как правило, можно поставить по обычной рентгенограмме.

Ведение пациентов

Профилактическая фиксация при угрозе перелома может быть проведена с хорошими результатами у всех, кроме крайне тяжелых пациентов, и ортопеды должны проконсультировать пациентов во всех случаях.

Установлена также эффективность системы подсчета баллов для оценки вероятности того или иного патологического перелома (табл. 7.2).

Таблица 7.2. Оценка риска переломов

Переменная	Баллы		
	1	2	3
Локализация	Верхняя конечность	Нижняя конечность	Перитрохантерная область
Боль	Незначительная	Умеренная	Усиливающаяся при движении
Поражение	Склеротическое	Смешанное	Литическое
Распространенность	<1/3 диаметра кости	1/3–2/3 диаметра	>2/3 диаметра кости

Сумма баллов 8 и более указывает на высокий риск переломов. Такие поражения должны быть рассмотрены на предмет хирургического лечения.

Лица с угрозой патологического перелома должны как можно меньше нагружать пораженную конечность до проведения лечения. Все пациенты с угрозой перелома требуют адекватного обезболивания.

Результаты лечения

Обычно после хирургического лечения угрозы патологического перелома отмечается отличный функциональный результат, но эффект может быть хуже, если перелом уже произошел.

УСТАНОВЛЕННЫЙ ПЕРЕЛОМ

Диагностика

Внезапная потеря функции, мобильности или внезапное усиление боли позволяют предположить патологический перелом. Следует также учитывать вероятность компрессии спинного мозга с необходимостью в неотложной консультации специалиста.

Ведение пациентов

При возникновении патологического перелома трубчатых костей показано хирургическое лечение всех пациентов за исключением крайне тяжелых. Для последних рекомендуется иммобилизация, часто с лучевой терапией, что обеспечивает облегчение боли.

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

После хирургического лечения угрозы перелома или уже возникшего перелома для предотвращения локального прогрессирования обычно назначается лучевая терапия.

Пятидневный курс лучевой терапии, как правило, назначается через четыре недели после операции, после того как произойдет заживление мягких тканей.

При патологических переломах, которые не планируется лечить хирургическим путем, или болезненных поражениях, не подверженных высокому риску перелома, как правило, назначается лучевая терапия.

гиперкальциемия

Гиперкальциемия является распространенным неотложным метаболическим нарушением, связанным с онкологическим процессом, часто возникающим при распространенном поражении костей (80%).

Прогноз неблагоприятный, так как только быстрое активное лечение может быстро облегчить симптомы с минимальной токсичностью.

Специфическая терапия должна быть оказана всем, кроме очень тяжелых, неизлечимых больных, у которых гиперкальциемия является терминальным состоянием.

Гиперкальциемия является частым осложнением при раке молочной железы и миеломе, поражая до 50% пациентов с этими заболеваниями.

Кроме того, повышение уровня кальция в крови часто отмечают при раке почки, шейки матки, головы и шеи, а также при немелкоклеточном раке легкого.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Опухоль-индуцированную гиперкальциемию следует отличать от других вариантов этого нарушения. Наиболее распространенной причиной гиперкальциемии является выброс паратгормона, который увеличивает выход кальция из костей и его канальцевую реабсорбцию почками. Другие механизмы могут включать действие простагландинов и цитокинов.

Гиперкальциемия вызывает рвоту и повышает осмотический диурез, что ведет к полиурии, обезвоживанию, гиповолемии и нарушению функции почек. Дальнейшее повышение уровня кальция в сыворотке крови влияет на гладкую мускулатуру и центральную нервную систему, приводя к характерным симптомам: запорам, тошноте и спутанности сознания.

РАННЯЯ ДИАГНОСТИКА

Диагноз следует предполагать у любого пациента с распространенным раком, как правило, с метастазами в кости, состояние которого прогрессивно ухудшается. Начало гиперкальциемии нередко постепенное, и симптомы часто связывают с общей слабостью пациента с распространенным раком.

ДИАГНОСТИКА

Должны быть проверены концентрация кальция в сыворотке крови (с поправкой на сывороточный альбумин), а также функция почек. Должен быть исключен неконтролируемый сахарный диабет, дающий сходную клиническую картину.

Концентрация альбумин-корректированного кальция в сыворотке (ммоль/л) рассчитывается по формулам:

Са коррект. = Са сыворотки (ммоль/л) - (0,02 × альбумин, г/л) + 0,8; Са коррект. = Са сыворотки (мг/дл) + 0,8 × (4 - альбумин, г/дл).

Таблица 7.3. Клинические проявления гиперкальциемии

Общие	Неврологические
Жажда Полиурия Полидипсия Обезвоживание Потеря массы тела Анорексия Вялость Усталость	Спутанность сознания Психоз Кома
	Желудочно-кишечные
	Тошнота/рвота Запор Язвенная болезнь Зуд
	Кардиогенные
	Брадикардия Аритмии

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Для амбулаторных пациентов с невыраженной симптоматикой гиперкальциемии (см. табл. 7.3) результаты анализов крови должны быть получены в течение 48 ч.

Неотложная терапия

Первичной мерой является проведение регидратации пациента. Рекомендуется как питье жидкости, так и внутривенные инфузии физиологического раствора в объемах, определяемых клиническим состоянием. Прекращается прием препаратов, ингибирующих экскрецию кальция с мочой или уменьшающих почечный кровоток (например, тиазидных диуретиков, НПВП). Высокодозная гормональная терапия не рекомендуется.

Контроль симптомов

Только регидратации может быть достаточно для облегчения многих симптомов. Обезболивание может потребоваться при болях в костных метастазах или болях в животе. Запор и тошнота часто очень выражены и требуют соответствующего лечения.

Специфическое лечение гиперкальциемии

Внутривенное назначение бисфосфонатов является основой лечения злокачественной гиперкальциемии. Имеется ряд препаратов в этом классе: препараты памидроновой, ибандроновой, золедроновой и кло-дроновой кислот. Характеристика групп препаратов приведена в разделе «Костные метастазы».

Бисфосфонаты следует назначить с крайней осторожностью или не назначать вообще пациентам с тяжелой почечной недостаточностью (клиренс креатинина <30 мл/мин), за исключением случаев угрожающей жизни гиперкальциемии, когда потенциальная польза терапии превышает риск возможных осложнений. При слабо выраженной (клиренс креатинина 61-90 мл/мин) и умеренно выраженной (клиренс креатинина 30-60 мл/мин) почечной недостаточности коррекция дозы не требуется.

Бисфосфонаты назначают после регидратации, что снижает риск ухудшения функции почек. Концентрация кальция в сыворотке крови начинает быстро падать, достигая низшей точки через 7-10 дней. Симптоматическое улучшение обычно наступает быстро.

Рекомендуется проводить поддерживающую терапию бисфосфонатами посредством внутривенных инфузий (обычно один раз в 4 недели) или пероральных препаратов, что уменьшает частоту последующих костных осложнений, включая метастазы в кости и эпизоды гиперкальциемии.

Специфическая терапия основного онкологического процесса

Если лечение не направлено на основное заболевание, гиперкальциемия будет рецидивировать. У пациентов, для которых существуют варианты специфического противоракового лечения, такие как химиотерапия или гормональная терапия, оно должно быть начато, как только позволит клиническое состояние пациента. Надо помнить, что в редких случаях начало терапии тамоксифеном может вызвать гиперкальциемию у больных с костными метастазами рака молочной железы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ

За исключением миеломы, прогноз для большинства пациентов с опухоль-индуцированной гиперкальциемией неблагоприятен.

Если противораковое лечение доступно, медиана выживаемости составляет 3 мес, в противном случае выживаемость составляет 1 мес. При этом, если пациенту удастся нормализовать уровень кальция с помощью бисфосфонатов, медиана выживаемости составляет 7-8 нед, если не удастся - средняя выживаемость не более 3 нед.

ДАЛЬНЕЙШЕЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Дальнейшее наблюдение является жизненно важным, так как гиперкальциемия обычно рецидивирует. Периодическая гиперкальциемия может предшествовать терминальному состоянию, и для таких пациентов целесообразно поступление в хоспис, где состояние пациента будет контролироваться в достаточной мере.

кровотечение

Есть несколько причин, вследствие которых у пациента с онкологическим заболеванием может возникнуть кровотечение, в том числе:

- кровотечение непосредственно из опухоли или метастазов;
- прорастание опухоли в кровеносные сосуды;
- склонность к кровотечениям в связи с тромбоцитопенией, синдромом диссеминированного внутрисосудистого свертывания, урегией или приемом антикоагулянтов;
- кровотечение из постлучевой телеангиэктазии (особенно мочевого пузыря и органов желудочно-кишечного тракта).

ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Паллиативная лучевая терапия для остановки кровотечения, как правило, ограничивается коротким курсом лечения в несколько этапов. Типичный курс длится 1-3 нед.

Лучевая терапия эффективна при кровотечениях из метастазов в кожу. Однако при местнораспространенном раке молочной железы кровотечение, как правило, возникает на участке кожи, уже получившем лучевую терапию в допустимых дозах. В этом случае следует консультироваться с радиотерапевтом.

Лучевая терапия обычно эффективна при кровохаркании.

Предшествующая радикальная лучевая терапия в области таза, как правило, исключает дальнейшее лечение кровотечения области таза, в этом случае необходима консультация радиотерапевта.

ЭМБОЛИЗАЦИЯ СОСУДОВ

Иногда кровотечение из сосудов опухоли может быть купировано путем эмболизации кровоснабжающих ее сосудов. Следует проконсультироваться со специалистами о возможности применения данного метода.

СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Могут быть эффективны средства, уменьшающие склонность к кровотечению, например препараты транексамовой кислоты, ингибирующей фибринолиз, в дозе 500 мг, или [этамзилат](#) в дозе 500 мг. Клизмы с транексамовой кислотой (5 г в 50 мл воды 2 раза в день) могут уменьшить кровотечение из прямой кишки. Применение тампонов, пропитанных раствором эпинефрина (Адреналина*) (1:1000), альгинатных повязок и сукральфата может уменьшить капиллярное кровотечение. Пероральный прием или ректальное введение сукральфата могут купировать кровотечение из пищевода, желудка или прямой кишки.

Кровотечение из сосудов при распаде поверхностно расположенных по опухоли или метастазов эффективно купируется с использованием гемостатической губки.

зуд

Зуд - неприятное, мучительное ощущение раздражения, жжения и покалывания. Ощущение зуда выражается в острой потребности расчесать беспокоящий участок тела и является проблемой для многих пациентов, больных раком. Ощущение зуда нарушает сон и приводит к болезненному раздражению кожи. Зуд может быть вызван рядом причин, среди которых чаще встречаются:

- заболевания крови - лимфомы (зуд может быть ранним проявлением болезни Ходжкина), лейкоз; истинная полицитемия;
- дефицит железа;
- холестатическая желтуха;
- уремия;
- аллергия с экземой и контактным дерматитом;
- прием препаратов - опиоиды (выброс гистамина); [хлорпромазин](#) (Аминазин*) (холестаз);
- кожные инфекции и инвазии: чесотка; грибковые инфекции;
- распространенный рак.

ПАТОФИЗИОЛОГИЯ

Раздражающие биологически активные вещества в коже (гистамин, протеазы ткани, простагландины или желчные кислоты) стимулируют рецепторы немиелинизированных нервных волокон (C-волокна).

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Если возможно, необходимо выявить основную причину зуда, так как специальных противозудных препаратов нет.

Общие рекомендации

Рекомендовано обеспечение правильного ухода: предотвращение перегрева, трения кожи о грубую одежду и постельное белье; прекращение использования мыла, которое сушит кожу. Царапины также усугубляют зуд.

Полезно охлаждение и увлажнение кожи с использованием увлажняющих и смягчающих веществ (например, кремы с добавлением ментола). Препараты, содержащие каламин (например, некоторые жидкости от солнечных ожогов) могут пересушить кожу.

Антигистаминные препараты с седативным эффектом могут быть полезны в ночное время (например, хлорфенамин 4 мг). Препараты с менее выраженным седативным эффектом могут назначаться в дневное время (например, [лоратадин](#) 10 мг). К сожалению, они могут оказаться недостаточно эффективными.

Применение оральных кортикостероидов может быть эффективно у некоторых больных, особенно с лимфомой или непроходимостью желчных путей в связи с опухолью. НПВП дают положительный эффект у некоторых пациентов в тех случаях, когда важную роль в патофизиологии играют простагландины. Они особенно эффективны при зуде кожи, связанном с инфильтрацией опухоли.

Гипноз также может быть полезным. При лечении зуда также может быть эффективно иглоукалывание.

Другие мероприятия

Различные методы лечения могут уменьшить зуд при определенных условиях. Например, [циметидин](#) может быть эффективным при болезни Ходжкина, в то время как [эпоэтин бета](#) (Эритропоэтин*) - при зуде, связанном с хронической уремией.

5НТЗ-антагонисты, такие как [ондансетрон](#) и [гранисетрон](#), были признаны эффективными при зуде, связанном с холестатической желтухой. Как трициклические антидепрессанты, так и ингибиторы селективного обратного захвата серотонина обнаружили положительный эффект при зуде. Другие препараты могут применяться в резистентных и проблемных случаях и требуют обсуждения со специалистом. К ним относятся: [кромоглициевая кислота](#) (Натрия кромогликат*), [лидокаин](#) (парентерально), [налоксон](#) и [пропофол](#), применение которых должно осуществляться под контролем анестезиолога-реаниматолога, преимущественно в стационарных условиях.

ЛИМФЕДЕМА

Лимфедема - прогрессирующее заболевание лимфатической системы, связанное с нарушением оттока лимфы от лимфатических капилляров и периферических лимфатических сосудов конечностей и других органов. Проявляется отеком тканей и приводит к увеличению размеров пораженного органа.

При прогрессировании лимфедемы появляются серьезные физические и психологические нарушения, приводящие к нарушению подвижности, ограничению независимости и ухудшению качества жизни.

ЭТИОЛОГИЯ

Лимфедема возникает, когда имеется нарушение равновесия между пропускной способностью лимфатической системы и объемом образующейся лимфы. Это может быть связано с нарушением лимфатического дренажа, увеличением образования лимфы или с гравитационными эффектами.

Нарушение лимфатического дренажа

Облучение или удаление лимфатического узла ограничивает маршруты лимфодренажа и может привести к перегрузке оставшихся сосудов. Особенно подвержены риску развития лимфатического отека пациенты с опухолями молочной железы, гениталий или области таза, которые перенесли операцию и/или облучение в

области лимфатических узлов. Лимфедема может также возникнуть в результате врожденных аномалий лимфатических сосудов.

Увеличение лимфатической нагрузки

Увеличение образования лимфы может возникнуть при венозной недостаточности, венозной гипертензии или остром воспалении тканей. Первоначально лимфатическая система будет реагировать путем увеличения лимфотока, но если увеличение нагрузки продолжается, отток станет недостаточным, так как сосуды перегружены.

Гравитационное воздействие

Гравитационный отек возникает из-за отсутствия движения крови и лимфы в конечности, например у пациентов с неврологическими поражениями или неподвижных по иным причинам.

Другие способствующие факторы:

- гипопроотеинемия;
- СН;
- препараты, задерживающие жидкость в организме (например, НПВП, стероиды, некоторые гормональные препараты).

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛИМФЕДЕМЫ

На ранних стадиях лимфатический отек мягкий, ограниченный, уменьшающийся при подъеме конечности. Развитие отека может быть постепенным или внезапным, в зависимости от этиологии. Утяжеление отека может произойти после инфицирования конечности (рожистое воспаление) или быть результатом прогрессирования заболевания.

Накопление белка в тканях приводит к фиброзу и утолщению подкожной клетчатки. Изъяны кожи становятся все заметнее, и отек конечности не уменьшается при ее возвышенном положении. Типичные изменения хронической лимфедемы:

- увеличение кожных складок;
- гиперкератоз (бородавчатые, чешуйчатые изменения кожи);
- пузырьки на поверхности кожи;
- папилломатоз (изменение поверхности кожи по типу «брусчатки»).

ОЦЕНКА ПАЦИЕНТА С ЛИМФЕДЕМОЙ

Оценка пациента включает в себя рассмотрение всех возможных причин возникновения лимфедемы, физических проблем (в том числе функциональных нарушений), а также психологических и социальных последствий для пациента и его окружающих. Комплексная оценка имеет большое значение при прогрессировании заболевания, так как могут появиться новые факторы нарушения лимфооттока. Это имеет большое значение для выявления любых излечимых причин отека, таких как анемия.

ДИАГНОСТИКА

Осмотр отека конечности направлен на выявление признаков лимфедемы и оценку ее выраженности, что является важным фактором при выборе лечения.

Тщательное изучение анамнеза должно выявлять соответствующие симптомы и определять другие возможные причины отека. Важно оценивать клинические признаки и симптомы осложнений, такие как инфекции или повышенное венозное

давление (у пациентов с поздними стадиями рака может развиваться тромбоз глубоких вен даже при ношении компрессионного трикотажа).

Если позволяет общее состояние пациента, нужно выполнить следующие исследования:

- клинический анализ крови;
- исследование электролитов плазмы крови, концентрации мочевины и креатинина;
- определение концентрации альбумина плазмы;
- ультразвуковое исследование, компьютерную томографию или магнитно-резонансную томографию для определения стадии заболевания и степени изменения лимфатических узлов;
- цветную доплерографию или флебографию для оценки венозной функции.

Состояние кожи

При хронической лимфедеме необходимо оценить состояние кожи (сухость), выявить наличие грибковой инфекции, острых воспалительных заболеваний и лимфореи. Последняя может быть связана с разрывом лимфатических пузырей или изъязвлением кожи, что вызывает выраженные страдания пациентов.

Предрасположенность к острым воспалительным заболеваниям (целлюлит) увеличивается в поздней стадии заболевания, когда особенно важно своевременно распознать и лечить эту инфекционную патологию. Это не только неприятное осложнение лимфедемы, но и фактор дальнейшего нарастания отека.

Антибиотики следует назначать немедленно. Феноксиметилпени-циллин (пенициллин V[®]) является антибиотиком выбора. При наличии указаний на аллергическую реакцию на этот препарат назначается [эритромицин](#). Замена антибиотика необходима в тех случаях, когда положительная динамика отсутствует в течение трех дней после начала лечения.

Язвы обычно редки при лимфедеме, но могут встречаться при онкологическом процессе вследствие хрупкости кожи, разрастания опухоли, сопутствующих венозных заболеваний и формирования лимфатических пузырей (лимфангиом).

Кровообращение

Следует обращать внимание на признаки венозной гипертензии в конечностях (расширение вен, цианоз конечностей), венозную обструкцию или недостаточность, которые могут повлиять на исход лечения лимфедемы. Так, если имеется тромбоз глубоких вен в уже отечной ноге, лечение с использованием компрессионного трикотажа или эластического бинта обычно откладывается до 8-й недели от начала антикоагулянтной терапии. Это не относится, однако, к верхним конечностям, где компрессионная терапия часто начинается в сочетании с антикоагулянтами. Считается, что вены на руке имеют небольшой калибр, и эмболии не будут иметь клиническую значимость.

Выраженная артериальная недостаточность является абсолютным противопоказанием для использования компрессии. Оценка с использованием доплеровского сканирования может быть важна до применения компрессии.

Оценка функций и подвижность

Функциональная оценка необходима, так как отек конечности часто снижает подвижность, влияет на осанку и равновесие и создает ряд неудобств при использовании конечности. В результате снижения

функционирования конечности будут усугубляться отек, скованность и дискомфорт. Эти жалобы могут сопровождаться слабостью, вызванной онкологическим заболеванием.

Многие пациенты могут жаловаться на онемение или дискомфорт после операции или лучевой терапии. Важно дифференцировать это от неврологического поражения вследствие опухолевой инфильтрации, которое может привести к прогрессированию и полной потере функции конечности или тяжелой нейропатической боли.

Боль

Лимфедема не вызывает острой боли. Большинство пациентов жалуются на чувство давления и боль из-за растяжения кожи над отекающей конечностью, а для некоторых вес конечности может стать проблемой при движении в суставах и работе мышц, приводя к ноющим болям и дискомфорту. Если боль очень интенсивна, важно рассмотреть вероятность других осложнений и прогрессирования основного заболевания. На поздних стадиях заболевания боль может усугубляться воспалением, инфекцией и тромбозом глубоких вен.

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ

Для достижения хороших результатов лечение должно начинаться как можно раньше.

Важно вовлечь пациента в процесс лечения и поставить как можно больше реалистичных целей лечения. Лечение включает комбинацию ухода за кожей, компрессию, лимфатический дренаж и физические упражнения.

Этапы ведения пациента с лимфедемой:

- снижение отека;
- контроль отека;
- паллиативная фаза.

ИНТЕНСИВНАЯ ФАЗА ЛЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТА (ФАЗА СНИЖЕНИЯ ОТЕКА)

Интенсивное лечение, как правило, длится 2-4 нед и требует специализированной помощи. Для больных раком, чья продолжительность жизни больше, чем несколько недель, снижение и контроль отека целесообразны.

Показания для интенсивного лечения:

- многолетняя или тяжелая лимфедема;
- изменение формы конечностей;
- глубокие складки кожи;
- поврежденная или хрупкая кожа;
- лимфорея;
- отек пальцев.

Уход за кожей

Уход за кожей является фундаментальной частью любой программы ведения пациентов с лимфедемой (табл. 7.4).

Нарушение местного иммунитета (удаление лимфатических узлов) и наличие стаза лимфы в отекающей конечности делает пациента подверженным инфекциям, которые в свою очередь могут привести к дальнейшему фиброзу и рубцеванию лимфатических сосудов.

Поддержание целостности кожи и эластическая компрессия снижают риск заражения. Аналогичным образом уменьшение отека конечности уменьшает риск инфекции за счет уменьшения количества лимфы.

Таблица 7.4. Ведение пациентов с поражением кожи

Сухая шершавая кожа	Ежедневно мыть с жидким нейтральным мылом. Ежедневно применять мягкие увлажняющие средства, например крем на водорастворимой основе
Гиперкератоз	Увлажняющая мазь на жесткие участки кожи. Мазь на основе комбинации бетаметазона и салициловой кислоты для небольших участков кожи. Гидроколлоидные повязки с глюкокортикостероидной мазью для больших площадей
Контактный дерматит	Избегать раздражающих веществ. Мыть с использованием мягких успокаивающих средств. Мази со стероидами
Грибковая инфекция	Строгая ежедневная гигиена. Противогрибковый крем или порошок. Использование масла чайного дерева в качестве превентивной меры. Поддержание кожи прохладной и сухой. Длительное лечение с применением 3% салициловой и 6% бензойной кислот
Острое воспаление (целлюлит)	Пенициллин (или эритромицин при аллергии на пенициллин). Обезболивание для уменьшения боли и лихорадки. Отдых и возвышенное положение конечности. Избегать компрессии в острой фазе
Лимфорея	Применение неадгезивных стерильных повязок. Применение многослойных повязок со сменой каждые 24–48 ч или по мере необходимости

Внешняя поддержка

Внешняя поддержка на этапе восстановления достигается за счет ежедневного применения многослойных низкоэластичных бинтов. Применение наружной жесткой опоры для конечности повышает интерстициальное давление, уменьшает образование лимфы и обеспечивает прочную внешнюю оболочку для мышц конечностей. Повязки малой растяжимости должны обеспечивать равномерное давление по всей конечности. При неправильной форме конечностей это может быть достигнуто с помощью повязок на пенистой основе или прокладок, сглаживающих складки кожи и способствующих выравниванию поверхности кожи перед наложением компрессионной повязки. Бинты следует менять ежедневно для контроля состояния кожи и поддержания соответствующего давления. При улучшении формы нижних конечностей дальнейшая компрессия обеспечивается за счет компрессионного трикотажа.

Лечебная физкультура

Физические упражнения важны для улучшения дренажа лимфы и предотвращения застойных явлений в конечностях. Консультация специалиста по лечебной физкультуре должна быть также проведена, если имеется снижение функциональной активности или амплитуды движения в суставе.

Значение физических упражнений:

- увеличивают лимфатический дренаж, стимулируя мышечный насос;
- поддерживают и/или улучшают подвижность суставов;
- улучшают осанку и способствуют повышению функциональной активности.

Следует помнить:

- эластическая компрессия всегда необходима во время тренировки;
- движения должны быть медленными, ритмичными и хорошо контролируемыми;
- нельзя допускать избыточной физической активности, так как это вызывает расширение сосудов и увеличивает образование лимфы.

Лимфатический дренаж

Мануальный лимфодренаж является очень нежным видом массажа и используется для стимулирования оттока лимфы от перегруженных отечных участков тела к местам нормального лимфооттока.

Лимфодренажный массаж особенно полезен для лица и туловища, то есть там, где не удастся обеспечить внешнюю поддержку с использованием компрессии. Следует помнить, что, если не удастся нормализовать лимфоотток в проксимальной части конечности, плечевом поясе или органах таза, лимфостаз будет сохраняться и в самой конечности.

Для получения стойкого эффекта упрощенному варианту этого массажа должны быть обучены как сами пациенты, так и лица, осуществляющие уход за ними.

Рекомендации по упрощенному лимфатическому дренажу

Лимфодренажный массаж основан на принципах мануальной техники и предназначен для обучения пациентов и членов их семей.

Движения рук стимулируют сокращение лимфатических сосудов кожи. Техника «доения» значительно улучшает поверхностный лимфо-дренаж.

Движения должны быть очень медленными, нежными и ритмичными, с достаточным давлением для перемещения кожи по отношению к подлежащим тканям.

Массаж начинается в области шеи и интактных лимфатических сосудов до начала массирования проблемной области. Это обеспечит движение лимфы в направлении функционирующих лимфатических сосудов.

Массаж должен быть сосредоточен на области шеи и туловища, хотя при необходимости массируется и сама конечность.

Процедуры необходимо проводить ежедневно в течение нескольких месяцев. Кремы и масла при этом не используются.

ФАЗА КОНТРОЛЯ ОТЕКА

После того как было достигнуто значительное снижение отека, начинается фаза лечения, направленная на поддержание состояния конечностей пациента, - фаза контроля. Цель лечения состоит в том, чтобы предотвратить прогрессирование отека, используя комбинацию физических упражнений, лимфатического дренажа и компрессионного трикотажа.

Рекомендации по ежедневному уходу за кожей и общему здоровью

- Защищайте конечность от травм. Избегайте солнечных ожогов.
- Избегайте инъекций или забора крови из пораженной конечности.
- Поддерживайте безупречную чистоту конечности, используя средства, не раздражающие кожу (не содержащие поверхностно-активных веществ и имеющие нейтральную pH).
- Уменьшайте сухость кожи посредством ее ежедневного увлажнения.

- При появлении признаков инфекции рекомендуется немедленное назначение антибиотиков, которые всегда должны быть под рукой.
- Не носите тяжелые вещи, сумки, пакеты в пораженной верхней конечности.
- Старайтесь не стоять в течение длительного времени при поражении нижней конечности.
- Избегайте тяжелых физических нагрузок на пораженные конечности.
- Носите свободную одежду, чтобы предотвратить дальнейшее ограничение лимфотока.
- Поддерживайте нормальную массу тела; следите за тем, чтобы пищевой рацион был нормальным, здоровым и сбалансированным.
- Не ограничивайте потребление жидкости. Максимально ограничьте потребление соли.
- Не игнорируйте даже небольшое прогрессирование отека - обратитесь к специалисту.

Компрессионный трикотаж является важным элементом в этой фазе лечения лимфедемы. Любое улучшение, которого удалось добиться в ходе интенсивных перевязок, физических упражнений или мануального лимфатического дренажа, теряется, если компрессионный трикотаж не используется.

Существует широкий спектр компрессионных изделий, различающихся размерами, расцветкой, длиной, степенью компрессии, наличием ластовицы. При лимфедеме отмечается отек всей конечности, включая пальцы, поэтому применяется компрессионный трикотаж с ластовицей. Компрессионный трикотаж может быть в виде гольфов, чулок и колгот и подбирается индивидуально с учетом того, что изделие должно заканчиваться выше верхней границы отека. По степени компрессии трикотаж варьирует от I класса компрессии (обычно обеспечивает давление 18-22 мм рт.ст. на уровне лодыжки) до III класса (обычно - 33-46 мм рт.ст.). Лимфедема обычно требует максимально возможной для конкретного пациента компрессии, но это зависит от выраженности отека, наличия сердечно-легочной недостаточности и нарушения артериального кровоснабжения конечности.

- Компрессия Должна быть равномерно распределена и обеспечивать градиент давления с максимумом на дистальной части конечности (кисть, стопа).
- Не должна причинять дискомфорта, должна надежно крепиться.
- Никогда не должна быть слишком жесткой или болезненной.
- Никогда не накладывать поверх одежды.
- Необходимо носить в течение всего дня и снимать на ночь.
- Избегать наложения после купания или после увлажнения.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ФАЗА

Стойкое снижение отека, к сожалению, нереальная задача для пациентов с распространенным местно-рецидивирующим онкологическим процессом, особенно при перегруженных магистральных лимфатическом оттока. Паллиативная фаза ведения пациентов с лимфедемой нацелена на улучшение качества их жизни. Регулярный мониторинг необходим для корректировки лечения при прогрессировании болезни.

Отек часто прогрессирует по мере прорастания опухоли в кожу с дальнейшим нарушением дренажа лимфы. Ткани могут стать очень напряженными, жесткими и

индурированными, а кожа часто изменяет цвет и выглядит воспаленной. Повреждение кожи, ее изъязвления, вегетации и лимфорея являются частыми осложнениями лимфедемы. Отек часто выходит за пределы конечности на тело и может затрагивать шею, голову или гениталии.

Применение повязок (в виде эластического бинта, эластического трикотажа или специальных повязок при наличии повреждений кожи) будет уменьшать чувство распираания в конечности. При этом комфорт пациента во многом зависит от использования компрессии.

Хотя диуретики не играют никакой роли при лимфостазе, отек венозного генеза может хорошо реагировать на терапию диуретиками. Когда лимфатическая и/или венозная обструкция возникает в связи с рецидивом опухоли, для уменьшения перитуморального отека и боли можно назначить комбинацию высоких доз стероидов ([дексаметазон](#) 4-12 мг в день) и диуретиков.

Ослабленные и истощенные пациенты с неврологической дисфункцией, такой как компрессия спинного мозга, особенно подвержены риску зависимого отека. Регулярно выполняемые нежные, активные или пассивные упражнения повысят лимфоток, а также предотвратят появление атрофии, контрактур и тугоподвижности. Мануальный лимфодренаж поможет уменьшить отек туловища и снять напряжение в пораженной конечности.

Отек обычно хорошо реагирует на компрессию, и, если нет деформаций конечностей, компрессионный трикотаж может быть частью плана ведения пациента с лимфедемой наряду с лечебной физкультурой и уходом за кожей. Пневматические компрессионные изделия с насосами также дают хороший эффект при условии, что отек не распространяется на туловище. Это особенно полезно для размягчения застарелого фиброза и снижения отека. После этих процедур всегда должен быть наложен соответствующий компрессионный трикотаж.

Повреждение тканей, инфекции и дискомфорт - общие черты лим-федемы, и от внимания к этим проблемам будет зависеть, останется ли пациент мобильным или будет прикован к постели.

Нет никаких сомнений, что раннее лечение лимфедемы является залогом успеха. Тем не менее лечение вряд ли позволит решить проблему полностью, особенно если есть признаки прогрессирования заболевания. Поскольку все больше пациентов доживают до поздних стадий рака, распространенность лимфедемы увеличивается, поэтому важно, чтобы ранние признаки отека активно выявлялись и вмешательство начиналось как можно быстрее.

Глава 8 особенности оказания паллиативной помощи детям

Оказание паллиативной помощи детям имеет некоторые особенности. Это связано с тем, что число детей, нуждающихся в паллиативной помощи, меньше, чем взрослых.

При этом в структуре заболеваний, требующих паллиативной помощи у детей, преобладают неонкологические заболевания, тогда как онкологические составляют только около 10-20%. Модификации и индивидуализации подходов к оказанию паллиативной помощи требует и постоянное развитие ребенка, сопровождающееся многочисленными изменениями как в физической, так и в психологической сфере. Проблемы при оказании паллиативной помощи детям могут быть связаны с трудностями при выборе лекарственной терапии, подборе дозировок и лекарственных форм, так как большинство препаратов разрабатываются для взрослых.

Необходимо также помнить, что для ребенка роль семьи важнее, чем для взрослого. Отличается от взрослого и понимание ребенком смерти и процесса умирания.

болевого синдром у детей

В соответствии с клиническими рекомендациями ВОЗ по медикаментозному лечению болевого синдрома, вызванного заболеваниями у детей, основными причинами его развития могут быть:

- хронические заболевания (артриты, ревматические заболевания, воспалительные заболевания толстой кишки, являющиеся причинами повторяющейся боли в животе);
- травмы (повреждения вследствие физического воздействия, ожоги, включая химические, электротравма), последствия которых могут обуславливать фантомные боли и боль в нижней части спины;
- заболевания, требующие постоянного лечения (рак, ВИЧ-инфекция), которые могут обуславливать как спонтанную острую боль, так и хроническую;
- идиопатическая боль, природу которой трудно определить (головная боль, повторяющаяся боль в животе).

Боль при опухолях и ВИЧ-инфекции может иметь признаки как ноцицептивной, так и нейропатической.

оценка боли у детей

Детям часто требуется помощь взрослых, чтобы распознать боль и сформулировать жалобы, однако следует учитывать, что родители могут недооценивать или переоценивать боль ребенка. Некоторые дети вообще не жалуются на боль. Поэтому так важно при осмотре ребенка обращать внимание на признаки боли. При кратковременной боли таким признаком может быть плач или страдальческое выражение лица. При персистирующем болевом синдроме могут отмечаться беспокойство, раздражительность, нежелание двигаться, изменения характера движений ребенка, снижение интересов, нарушение способности к концентрации внимания, нарушения сна, тахикардия и повышение частоты дыхания. Оценивать выраженность боли нужно доступными для ребенка методами (счет пальцев, визуально-аналоговая шкала для детей). Кроме того, необходимо оценить, не являются ли признаки боли проявлением скрытой тревоги ребенка. Отдельно хочется отметить, что при общении с больным ребенком, которому предстоит обследование или лечебные процедуры, никогда нельзя обманывать ребенка по поводу их (без)болезненности, а все инвазивные манипуляции (например, инъекции) необходимо постараться свести к минимуму.

При осмотре ребенка необходимо задать ему или его родителям следующие вопросы:

- Какие слова использует ребенок и родители для описания болезненных ощущений?
- Какие вербальные и поведенческие приемы использует ребенок, жалующийся на боль?

- Что обычно делают родители, если у ребенка возникает боль?
- Чего они не делают, если у ребенка возникла боль?
- Что лучше всего устраняет у ребенка боль?
- Когда возникает боль, как ее характеризуют ребенок и его родители: локализация, выраженность, характер боли (острая, стреляющая, обжигающая)?
- Как боль развивалась (остро, постепенно)?
- Как долго продолжалась?
- Где боль локализована (в одном месте или во многих)?
- Нарушает ли боль сон ребенка и обычную физическую активность (может ли он сидеть, ходить, стоять, как обычно)?
- Нарушает ли боль возможность играть и общаться со сверстниками?

Описание болевых ощущений ребенком зависит от его возраста, развития когнитивных функций, особенностей социальной и культурной среды. Это необходимо учитывать при осмотре и оценке болевого синдрома, особенно при его манифестации. Маленькие дети могут сказать «ой» и показать на то место, где у них болит, однако такая способность появляется в возрасте от 2 до 4 лет. С возрастом ребенок становится способен различать выраженность боли: «маленькая», «средняя», «большая». В 5 лет ребенок может описать свои ощущения и их интенсивность. В 6 лет ребенок может четко обозначать уровень интенсивности боли. В возрасте от 7 до 10 лет ребенок может объяснить, почему у него возникла боль. Если ребенок не говорит, родители, зная его поведенческую реакцию на боль, могут объяснить, что его беспокоит.

Наблюдение за поведением ребенка младше трех лет позволяет оценить появление острой боли по следующим признакам:

- гримаса на лице;
- положение тела и его движения;
- невозможность проведения осмотра;
- плач;
- стон.

Для хронической боли характерны другие признаки:

- вынужденное положение;
- страх перед движением;
- отсутствие эмоций на лице;
- отсутствие интереса к окружающему;
- повышенная раздражительность;
- сниженное настроение;
- нарушение сна;
- озлобленность;
- плохой аппетит;
- низкая успеваемость в школе.

Дети могут скрывать свои ощущения из-за страха более болезненного лечения, например инъекций. Это надо учитывать при осмотре ребенка с болевым синдромом.

Оценка боли с помощью шкал

Интенсивность боли у детей может быть также измерена с помощью визуально-аналоговых шкал. Ребенку необходимо объяснить, для чего нужно это исследование, что означают понятия «отсутствие боли» и «нестерпимая боль». У детей школьного возраста могут быть использованы цифровые шкалы, у детей, не умеющих читать и считать, используются шкалы, на которых изображены лица с различными выражениями, характеризующими выраженность боли (шкала Wong-Baker, рис. 8.1): от полного ее отсутствия (улыбка) до нестерпимой боли (страдальческая гримаса, слезы). Каждой картинке соответствует определенный балл, что упрощает регистрацию показателей при динамическом наблюдении за ребенком.

У детей с хронической болью необходимо оценивать, как она влияет на физическую активность и их когнитивное развитие, так как у таких детей снижена концентрация и способности к обучению. Страх, тревожность, стресс и нарушения сна могут в значительной степени снижать качество жизни. Кроме того, такие дети могут быть ограничены в обыденной физической активности, играх со сверстниками, занятиях спортом, что необходимо учитывать при комплексной оценке болевого синдрома у детей.

Эмоциональные реакции на боль (страх, тревожность, эмоциональный стресс) могут быть как факторами риска усиления боли, так и ее последствиями. Они могут проявляться нарушениями сна, беспокойством, пропусками школьных занятий, ощущением безнадежности, изменением пищевых привычек, озлобленностью, предпочтением быть в одиночестве, избеганием контактов с друзьями. Нарушения сна являются частым проявлением хронического болевого синдрома. Ребенка трудно отправить в постель, сон его тревожен, он часто просыпается, характерно раннее утреннее пробуждение. Нарушения сна могут усиливать интенсивность болевого синдрома, что необходимо учитывать при планировании болеутоляющего лечения.



Рис. 8.1. Шкала оценки боли Wong-Baker: 0 - не болит, 2 - болит немножко, 4 - болит немного больше, 6 - болит еще больше, 8 - болит очень сильно, 10 - болит невыносимо (так, что невозможно терпеть). Wong-Baker FACES Foundation (2015). Wong-Baker FACES® Pain Rating Scale. <http://www.WongBakerFACES.org>

Ребенок может использовать разрушительные копинг-стратегии (стратегия совладания с болевым синдромом), которые проявляются озлобленностью и агрессией по отношению к окружающим, что усиливает эмоциональный стресс и нарушение функционирования. Позитивная копинг-стратегия характеризуется появлением у ребенка интереса к окружающему и обыденной активности, что способствует уменьшению дистресса.

Важно распознать разные типы реакции на хроническую боль, чтобы помочь ребенку с ней справиться.

БОЛЕУТОЛЕНИЕ У ДЕТЕЙ

Облегчению боли и связанных с ней переживаний у детей способствует соответствующая возрасту и состоянию активная деятельность, которая может включать игры (настольные, компьютерные), чтение книг, сочинение историй, занятия музыкой или рисованием. Детям младшего возраста могут помогать пеленание, укачивание на руках, кормление, массаж, поглаживание.

Основные принципы медикаментозного лечения болевого синдрома

- При болеутолении у детей используется двухступенчатая стратегия, исключающая использование слабых наркотических анальгетиков. При сильной боли показан переход от ненаркотических анальгетиков к сильным наркотическим анальгетикам ([морфин](#), [фентанил](#)).
- Назначение анальгетиков через регулярные интервалы времени.
- Предпочтительно применение лекарств внутрь.
- Индивидуальный подход при выборе метода обезболивания.

Боль умеренной интенсивности. Препаратами выбора являются [парацетамол](#) и [ибупрофен](#), назначаемые в виде суспензии или раствора для приема внутрь во время или после еды в возрастных дозировках. У детей в возрасте старше 3 мес могут быть назначены оба препарата. Детям младше 3 мес назначается только [парацетамол](#). Другие НПВП в педиатрической практике не применяются.

Доказательства преимуществ анальгетического эффекта того или иного НПВП при острой боли отсутствуют.

При сильной боли, обусловленной основным заболеванием, ВОЗ рекомендует использовать [морфин](#). В зависимости от состояния ребенка препарат назначается в таблетированной форме или в виде инъекций.

Как правило, дети с выраженным болевым синдромом на фоне онкологического заболевания либо ВИЧ-инфекции проходят лечение в стационарных условиях.

уход за кожей

Уход за кожей у детей также требует особого внимания, так как их кожа более чувствительна к повреждениям, имеет склонность к высыпаниям, часто сопровождающимся зудом. Поэтому необходимо особенно внимательно следить за состоянием кожных покровов, тщательно очищать кожу, обязательно высушивать ее мягким полотенцем или салфеткой, особенно в складках и в области промежности. При необходимости можно использовать смягчающие или противовоспалительные кремы (бепантен, драполен, флерэнзим), а также детскую присыпку. Для профилактики опрелостей важно соблюдать правила использования подгузников (подбирать соответствующий размер, вовремя менять, не надевать при повышении температуры тела и в жаркую погоду, следить за состоянием кожи под подгузником). При возникновении зуда возможно применение не только смягчающих, но и стероид-содержащих мазей и кремов (элоком, адвантан, локоид и др.) короткими курсами, а также антигистаминных препаратов, особенно на ночь [диметинден (Фенистил*), [клемастин](#) (Тавегил*), [лоратадин](#), [дезлоратадин](#), [цетиризин](#) и др.]. Важно следить и за тем, чтобы у ребенка были пострижены ногти, чтобы избежать расчесывания и вторичного инфицирования.

питание детей

Питание детей с тяжелыми заболеваниями требует особого подхода. Учитывая постоянно изменяющиеся потребности ребенка в основных пищевых ингредиентах,

необходимо периодически вносить изменения в объем и характер питания, вводить в рацион новые продукты.

У большинства детей применимы общие рекомендации по вскармливанию, однако они должны реализовываться с учетом заболевания ребенка, его общего состояния и индивидуальных особенностей.

Кроме того, при некоторых заболеваниях (муковисцидоз, галактозе-мия) требуется соблюдение особой диеты.

Существенное значение имеет и организация процесса кормления. Необходимо помнить о важности формирования у ребенка правильного пищевого поведения, навыков самостоятельного питания.

Правильное положение ребенка во время кормления также имеет большое значение. Детей до 1 года рекомендуется взять на руки, если это возможно. Дети старше года, если позволяет их состояние, должны принимать пищу сидя за столом или на кровати, опустив ноги вниз. В ситуации, когда это невозможно, ребенок может сидеть в кровати или лежать с приподнятой головой.

Кормление должно проходить в спокойной обстановке, нужно постараться обеспечить позитивный настрой на прием пищи. Нельзя торопить ребенка во время еды. Не рекомендуется отвлекать ребенка разговорами или сочетать с приемом пищи чтение ему книжек или просмотр телевизора. В то же время ребенку важно участие родителей, внимание к нему и его потребностям, поэтому можно высказать поощрение, сделать попытку уговорить поесть или предложить добавку. Однако настаивать на том, чтобы он поел или съел все до последнего кусочка, не стоит. Ни в коем случае нельзя заставлять ребенка есть через силу, если он не хочет. Посуду для кормления важно подбирать удобную, соответствующую возрасту и состоянию ребенка (поильники, ложки с изогнутыми ручками, нескользящие тарелки). Следует поощрять стремление к самостоятельному приему пищи. Если ребенок не очень хорошо ест самостоятельно, но старается это делать, нельзя отбирать у него столовые приборы и пытаться накормить. Можно взять вторую ложку и помогать ему. То, что ребенок не доел, необходимо убрать. Не рекомендуется оставлять еду рядом с постелью на случай, если ребенок захочет потом доесть.

Перед приемом пищи нужно обязательно помыть руки, а после еды вымыть или вытереть лицо, руки, убрать посуду. Если ребенок испачкался при приеме пищи, ни в коем случае нельзя ругать или упрекать его.

энтеральное питание

В некоторых ситуациях детям, получающим паллиативную помощь, требуется энтеральное питание, то есть введение специализированных смесей перорально или через зонд в различные отделы желудочно-кишечного тракта. Переход на энтеральное питание необходим, когда ребенок по каким-либо причинам не может питаться обычным способом.

Энтеральное питание может вводиться различными способами. Оральное введение подразумевает метод сиппинга (дробное питье смеси малыми порциями). Возможно также внутривентрикулярное введение смесей через назогастральный зонд или гастростому или энтерокишечное (в тощую кишку, jejunum) через назоюнональный, гастроеюнальный или еюнальный зонд (в основном в хирургической и реабилитационной практике).

Энтеральное питание показано детям с функционирующим желудочно-кишечным трактом в ситуациях, когда ребенок не хочет, не может или не должен питаться обычным способом, а также детям с истощением или имеющим риск истощения.

Анорексия, при которой ребенок не хочет есть, может наблюдаться у детей с тяжелыми хроническими заболеваниями в терминальной стадии, особенно часто она встречается при онкологических заболеваниях в сочетании с кахексией.

При некоторых пороках развития желудочно-кишечного тракта, а также при дисфагии, связанной с патологией центральной нервной системы, ребенок не может питаться обычным путем без энтерального питания. Не должны получать обычное питание дети с такими генетически обусловленными заболеваниями, как фенилкетонурия, муковисцидоз, целиакия, галактоземия.

Смеси для энтерального питания могут быть «стандартными», то есть иметь в основе цельный белок, и «полуэлементными», то есть содержащими питательные вещества в виде гидролизатов и мономеров, полученных путем специальной обработки - ферментативного гидролиза белков. К стандартным смесям относятся «Ресурс оптимум», «Клинутрен Юниор», «Изосурс стандарт», «Нутризон», «Нутрини», «Инфантрини», «Педиашур» и др., а к полуэлементным - «Пептамен», «Пептамен Юниор», «Пептамен энтерал», «Алфаре», «Нутризон эдванст пептисорб» и др.

питание детей с муковисцидозом

Муковисцидоз - системное наследственное заболевание, связанное с нарушением синтеза белка-регулятора трансмембранного тока ионов, при котором поражаются все экзокринные железы организма, а также жизненно важные органы (особенно часто - легкие и желудочно-кишечный тракт). Основная причина истощения при этом заболевании - хроническая панкреатическая недостаточность. Потребность в энергии у детей с муковисцидозом обычно повышена на 20-50% по сравнению со здоровыми детьми того же возраста и пола. Также больным муковисцидозом необходимо повышенное количество белка, так как может возникать его дефицит вследствие мальабсорбции. Большинство больных нуждаются в дополнительном введении калия, натрия и хлора (подсаливание пищи).

В первые месяцы жизни детей с муковисцидозом рекомендуется кормить грудным молоком. Если ребенок получает смешанное или искусственное вскармливание, рекомендуются смеси для недоношенных и маловесных детей (Пре-НАН, Пре-Нутрилак). При гипотрофии II-III степени детям, больным муковисцидозом, назначают смеси на основе гидролизатов белка (лечебные питательные смеси «Алфаре», «Нутрамиген», «Прегестимил», «Фрисопеп», «Нутрилон Пепти ТСЦ»), а также лечебные смеси на основе умеренно гидролизованного молочного белка («НАН ГА», «Фрисолак ГА», «Нутрилон ГА»).

Ребенок, больной муковисцидозом, должен получать лечебное питание на протяжении всей жизни с учетом индивидуальных особенностей (тяжесть заболевания, наличие осложнений, социально-бытовые аспекты).

Рацион детей старше 1 года, страдающих муковисцидозом, должен быть обогащен белком, калорийность его должна составлять 120-150% возрастной нормы. Источниками белка могут быть натуральные продукты (мясо, птица, рыба, молочные продукты, яйца) или лечебные смеси для энтерального питания по 150-250 мл от 1 до 3 раз в день.

Во время каждого приема пищи назначают панкреатические ферменты, например, [панкреатин](#) (Креон®). Детям грудного возраста креон назначается из расчета 2500-3300 ЕД на 120 мл молока или молочной смеси. Для детей старше года суточная доза креона составляет 2000- 6000 ЕД/кг (500-1000 ЕД/кг на основной прием пищи и 250-500 ЕД/кг на дополнительный прием пищи).

В настоящее время некоторым категориям детей с муковисцидозом рекомендуются «агрессивные» методы нутритивной поддержки, которые включают зондовое энтеральное питание (ночная гипералиментация через назогастральный зонд или

перкутанную гастростому) и парентеральное питание - полное (при остром панкреатите, синдроме короткой кишки и после операций на кишечнике) или частичное.

Показаниями к «агрессивной» нутритивной поддержке могут быть:

- отсутствия прибавки массы тела или снижение массы тела в течение 6 мес;
- масса тела ребенка ниже 3-го перцентиля;
- масса тела ниже должного значения на 15%, или менее 25-го перцентиля на фоне дополнительного питания специальными смесями.

эффективное общение с детьми

Общение с детьми, страдающими тяжелыми заболеваниями, требует от медицинских работников терпения, такта, понимания особенностей психологии детского возраста.

В первую очередь необходимо понимать, что ребенку нужно, чтобы с ним разговаривали, разъясняли непонятное, обсуждали то, что беспокоит. При этом обязательно помнить основные правила «трудных разговоров» с детьми:

- нужно говорить ребенку только то, что он хочет слышать; если ребенок отказывается слушать врача, воспринимать информацию о своей болезни и связанных с ней проблемах, не стоит настаивать на разговорах;
- нужно отвечать только на те вопросы, которые задает ребенок; объем и полнота ответа зависят от содержания вопроса;
- разъяснять информацию нужно на языке, понятном ребенку.

Очень важным моментом, способствующим установлению доверительных отношений между больным ребенком и врачом, является соблюдение конфиденциальности.

Необходимо находить время для общения с ребенком без присутствия посторонних или даже близких и родственников. Ребенок должен быть уверен, что информация, которой он поделился с врачом, не будет без его согласия передана другим лицам. Если врач не может оставить информацию конфиденциальной, он должен обсудить это с ребенком в благожелательной форме.

В беседах с больными детьми врач должен демонстрировать принятие и сопереживание, внимательно слушать (в том числе слушать неслышимое), уточнять, все ли правильно понимается, показывать, что то, что говорит ребенок, имеет большое значение. Для того чтобы общение было эффективным, важно стараться находиться с ребенком на одном уровне, например сесть рядом с ним на стул. Ребенку нужно позволить задавать вопросы о его состоянии, диагнозе, лечении. При этом важно помнить, что дети часто знают или чувствуют гораздо больше, чем кажется взрослым. Нельзя обманывать детей, лукавить с ними. Жесты и мимика могут очень многое сказать даже без слов, поэтому важно следить за ними при общении с детьми. Разговаривая с ребенком о болезни, врач должен быть серьезным. Необходимо постараться разделить надежды и сомнения ребенка, связанные с заболеванием, обсудить вопросы лечения. Важно вовлекать ребенка в процесс принятия решений, поощрять его.

принципы оказания эмоциональной поддержки

- Предоставление информации: спросить ребенка, что ему хотелось бы узнать, ответить на его вопросы, дать дозированную информацию на простом языке.
- Сохранение уверенности: рассказать, что может быть дальше, сосредоточиться на сохранении социальной активности и поддержки.

- Помощь в выражении чувств: беседы, игры, рисунки, ритуалы. Положительное влияние на эмоциональное состояние и качество жизни ребенка оказывает общение с родителями, братьями и сестрами, сверстниками. Поэтому так важно поощрять членов семьи быть открытыми для общения, в том числе для бесед в отношении происходящего с ребенком. Детям очень нужны игры, поэтому необходимо обеспечить им возможность играть, особенно с братьями и сестрами. Также не следует забывать о рисовании, чтении, любимых игрушках.

Важным положительным фактором является сохранение социальной активности. По возможности рекомендуется продолжить обучение в школе, общение со сверстниками, участие в коллективных мероприятиях.

Глава 9 особенности паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста

У большинства пациентов пожилого и старческого возраста высока потребность в паллиативной медицинской помощи, причем 30- 50% лиц этой возрастной группы имеют более 2-3 хронических заболеваний, которые оказывают совокупное

негативное воздействие на их состояние, функциональную активность и качество жизни. Кроме того, пожилые люди часто имеют заболевание и гериатрические синдромы, не характерные для лиц более молодого возраста, такие как деменция, недержание мочи, старческая астения, оказывающие существенное влияние на качество их жизни и принципы оказания паллиативной помощи.

Возрастные особенности, сопутствующие хронические заболевания, многочисленные функциональные нарушения у пациентов пожилого и старческого возраста - все это определяет необходимость соблюдения принципов мультидисциплинарного подхода, лежащего в основе оказания паллиативной помощи и подразумевающего участие различных специалистов. Состав мультидисциплинарной команды зависит от множества факторов, к которым относятся характер заболевания, индивидуальные особенности пациента, а также цели и объем оказываемой помощи и тот уровень, на котором она реализуется.

Так, в медицинских организациях первичного звена здравоохранения в оказании паллиативной медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста участвуют врачи общей практики, терапевты, гериатры, онкологи, другие специалисты.

В данной главе будут рассмотрены принципы оказания паллиативной помощи при тех синдромах, развитие которых приводит к существенному снижению качества жизни пожилых пациентов, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями: болевой синдром, тошнота и рвота, кахексия и анорексия, а также особенности паллиативной помощи при нейродегенеративных заболеваниях, деменции. болевой синдром у пациентов пожилого и старческого

возраста

Одним из самых распространенных симптомов, который беспокоит пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в паллиативной помощи, является боль. Она может быть обусловлена различными причинами.

Боль - одна из частых жалоб, которые предъявляют пациенты пожилого и старческого возраста. Основные причины боли - это болезни опорно-двигательного аппарата (остеоартрит, переломы костей, обусловленные остеопорозом), постгерпетическая невралгия, диабетическая нейропатия, онкологические заболевания, последствия нарушений мозгового кровообращения.

Жалобы на боль неонкологического происхождения предъявляют 25-50% пожилых и старых людей, проживающих дома, и 45- 80% живущих в учреждениях долговременного ухода. Более 80% пациентов пожилого и старческого возраста с установленным онкологическим заболеванием также жалуются на боль. По данным исследования Р. Sawyer и соавт., 74% пациентов в возрасте 70-80 лет отмечали наличие боли в течение последнего месяца, причем у 52% из них боль была ежедневной.

При осмотре пожилого пациента, предъявляющего жалобы на боль, врач в первую очередь оценивает этот симптом в совокупности с другими клиническими признаками заболевания и с учетом ее локализации: головная боль, боль в животе, боль в суставах, боль в нижней части спины. Это необходимо для идентификации тех состояний, которые могут потребовать оказания экстренной помощи у пациентов любого возраста.

Наличие хронической боли у пациентов старше 60 лет приводит к возникновению или усилению тяжести целого ряда гериатрических синдромов. В среднем у пациентов с хронической болью выявляется 4-6 синдромов. К ним относятся следующие.

1. Старческая астения.
2. Нарушения сна.
3. Когнитивные нарушения.
4. Тревожно-депрессивные расстройства.
5. Головокружения.
6. Падения.
7. Констипация.
8. Саркопения.
9. Снижение мобильности.
10. Мальнутриция.

Особенностями болевого синдрома могут быть толерантность пациента к болеутолению, отсутствие прямого влияния диагностики и лечения основного заболевания на выраженность боли.

особенности оценки боли у людей пожилого и старческого возраста

Болевой синдром у пожилых и старых пациентов может проявляться нетипично, например в виде нарушений настроения, возбуждения, снижения подвижности. Оценка боли у пациентов пожилого и старческого возраста часто вызывает затруднения в силу того, что эти пациенты имеют различные нарушения: когнитивные расстройства, ухудшение зрения и слуха, хронические соматические заболевания, изменяющие болевой порог и приводящие к возникновению атипичных проявлений болевого синдрома.

Методы оценки боли разделяют на три вида. Первый основан на информации, полученной от пациента, которую для облегчения динамического наблюдения ранжируют с помощью специальных шкал. Второй метод основан на наблюдении за изменением поведения пациента под влиянием боли. Третий включает оценку изменения функций организма на фоне болевой импульсации: частота сердечных сокращений, артериальное давление, частота дыхания.

Обследование пациента, предъявляющего жалобы на боль, должно включать выяснение обстоятельств, сопровождающих появление боли, что в дальнейшем может помочь как в уточнении диагноза, так и в выборе болеутоляющей терапии. Вот несколько аспектов, которые необходимо уточнить при осмотре пациента.

1. Факторы, способствующие появлению боли и ее уменьшению.
2. Локализация боли.
3. Вербальная характеристика боли (распирающая, обжигающая, другая).
4. Оценка интенсивности боли в баллах.
5. Временные параметры: когда боль началась, продолжительность и частота приступов.

Для уточнения вида боли и выбора тактики лечения необходимо выяснить возможные причины боли, ее характеристики, влияние на функциональное состояние и психосоциальные функции.

Помимо выраженности боли необходимо уточнить, какая область является ее источником, куда распространяется (ирирует) боль, какой характер носят болевые ощущения (давление, жжение, распирание и т.д.), что их провоцирует,

усиливает или уменьшает, а также как давно появилась боль, постоянная ли она или приступообразная, какова длительность приступов.

Для диагностики болевого синдрома у пациентов, общение с которыми затруднено, например при тяжелой деменции, могут быть использованы специальные инструменты, учитывающие наличие различных проявлений боли (табл. 9.1, 9.2). Это позволяет провести оценку болевого синдрома с учетом реакции пациента на боль: по выражению лица пациента (нахмуренные брови, стиснутые зубы, сжатые губы, прикрытые глаза), наличию избыточных движений или ограничению подвижности, мышечному напряжению, голосовым реакциям (стоны, вздохи, плач, крик и пр.).

Таблица 9.1. Перечень невербальных индикаторов боли (Checklist of Nonverbal Pain Indicators)

Индикатор	При движении	В покое
1. Голосовые реакции: невербальные (вздыхает, ахает, стонет, кричит, плачет)		
2. Grimaces (морщится, хмурит брови, прищуренные глаза, стиснутые зубы, крепко сжимает губы, страдальческое выражение лица)		
3. Фиксация (сжимает или держится за мебель, оборудование или сжимает и фиксирует пораженную область во время движения)		
4. Возбуждение, беспокойство (постоянная или периодическая смена положения тела, раскачивание, периодические или постоянные движения рук, невозможность спокойно сидеть или лежать)		
5. Растирание (массирование пораженной области)		
6. Голосовые реакции: вербальные (слова, выражающие дискомфорт или боль, например «ой», «больно»; ругательства, возгласы протеста, например «стоп», «хватит»)		
Итого баллов		
Общий балл		

Примечание. Подсчет баллов: 0 - индикатор отсутствовал, 1 - индикатор отмечался даже на короткое время активности или в покое. Баллы суммируются по столбцам «при движении», «в покое» и в целом. Четкие количественные показатели для оценки выраженности болевого синдрома отсутствуют; наличие любого из перечисленных индикаторов может свидетельствовать о боли и требует дальнейшего обследования, лечения и контроля со стороны врача.

Таблица 9.2. Оценка боли при тяжелой деменции по шкале (Pain Assessment in Advanced Dementia Scale)

Показатели	0	1	2	Баллы
Дыхание. Независимость от вокализации	Нормальное	Иногда затрудненное. Короткие периоды гипервентиляции	Шумное затрудненное дыхание. Длительная гипервентиляция. Дыхание Чейна–Стокса	
Негативные голосовые реакции	Нет	Иногда стоны или вздохи. Тихая речь с негативной интонацией	Повторяющиеся вскрики. Громкие стоны. Плач	
Выражение лица	Улыбка или нейтральное выражение	Печальное. Испуганное. Хмурое	Гримасы	
Положение тела	Расслабленное	Напряженное. Затрудненные движения. Беспокойство, суетливость	Ригидность. Сжатые кулаки. Согнутые колени. Тянет к себе или отталкивает того, кто рядом	
Возможность успокоиться	Нет необходимости в утешении, успокаивании	Успокаивается и отвлекается в ответ на речь или прикосновение	Невозможно успокоить или отвлечь	
Общий балл				

Примечание. Следует наблюдать за пациентом в течение пяти минут, прежде чем оценить и записать показатели. Суммарный балл - от 0 до 10 баллов. Возможная интерпретация: 1-3 - слабая боль; 4-6 - умеренная боль; 7-10 - сильная боль.

При оценке боли у пациентов пожилого и старческого возраста необходимо учитывать, что на проявления болевого синдрома могут оказать влияние психозомоциональные расстройства, в том числе депрессия. В связи с этим наряду с оценкой боли потребуются выявление тревоги и депрессии путем использования общепринятых шкал, описанных в соответствующих разделах данного издания.

особенности лечения болевого синдрома у людей пожилого и старческого возраста

Программа оказания помощи пожилым пациентам, предъявляющим жалобы на боль, должна быть комплексной и включать следующие этапы.

1. Оценка наличия и тяжести сопутствующих заболеваний, когнитивного и функционального статуса, возможностей социальной поддержки, включая членов семьи, ожиданий самого пациента.
2. Планирование мультимодального подхода, включающего как медикаментозную, так и немедикаментозную коррекцию, оценка возможностей использования реабилитационных программ.
3. Формирование терапевтического альянса с пациентом, который должен быть проинформирован о том, как он должен себя вести, какие методы самопомощи использовать при внезапном усилении боли, когда он находится дома. Не следует излишне обнадеживать пациента тем, что боль может быть устранена сразу же и полностью.
4. Анализ всех предшествующих способов болеутоления, которые пациент получал ранее, и их эффективности.
5. Рассмотрение возможности использования ресурсов социальной помощи в контексте комплексной терапии хронической боли, например групповых занятий

фитнесом или скандинавской ходьбой в территориальных центрах социальной помощи пожилым пациентам.

6. Оценка эффективности проведенного лечения и фиксирование внимания пациента на малейших позитивных изменениях в его состоянии.

Кроме того, при планировании тактики ведения пациентов с болевым синдромом следует провести комплексную гериатрическую оценку. Это позволяет выявлять признаки неблагоприятного варианта старения (феномен хрупкости), наличие когнитивных и психоэмоциональных нарушений, а также выяснить степень влияния болевого синдрома на повседневную активность пациента, его способность к самообслуживанию и мобильность.

Цель лечения болевого синдрома у пациентов пожилого и старческого возраста - не только облегчение страданий, которые им вызваны, но и улучшение функциональной активности и повышение качества жизни.

При выборе тактики лечения необходимо учитывать важность соблюдения оптимального баланса между болеутолением, улучшением функционального статуса и риском побочных эффектов препаратов. Лечение болевого синдрома должно быть комплексным и включать как медикаментозные, так и немедикаментозные методы, которые могут позволить уменьшить дозы лекарственных препаратов и повысить эффективность болеутоления.

Необходимо помнить, что недостаточное болеутоление может приводить к ухудшению качества жизни, снижению аппетита, нарушениям сна, расстройствам настроения, когнитивным нарушениям, ухудшению функциональной активности.

немедикаментозные методы лечения болевого синдрома

Когнитивно-поведенческая терапия заключается в обучении пациентов, разъяснении им причин и механизмов развития болевого синдрома, возможностей обезболивания. При этом пациентов информируют о механизмах действия и возможных побочных эффектах лекарственных препаратов, о значимости соблюдения всех рекомендаций, рассказывают о мерах самопомощи при усилении боли и ухудшении самочувствия. Пациентов обучают релаксационным и отвлекающим методикам, методам биологической обратной связи. Также можно порекомендовать посещение группы поддержки или школы для пациентов.

Методы физического воздействия (массаж, воздействие тепла или холода, чрескожная электронейростимуляция, некоторые виды физиотерапии) могут применяться в лечении болевого синдрома в качестве дополнительной терапии. Массаж снимает мышечный спазм, способствует облегчению боли и релаксации. При локальной суставной или мышечной боли уменьшать ее выраженность может применение тепла (грелка) или холода (пузырь со льдом).

Физические упражнения не только позволяют уменьшить выраженность болевого синдрома, но и улучшают функциональную активность, эмоциональный фон и качество жизни пациентов с хроническим болевым синдромом.

Акупунктура обладает слабым потенцирующим болеутоляющим действием, поэтому также может быть рекомендована в качестве дополнительного метода лечения, например при боли в спине, мышечных болях, остеоартрозе.

Кроме того, у пожилых пациентов с болевым синдромом могут применяться различные психотерапевтические методики (арт-терапия, музыкальная терапия), гипноз, медитативные техники, ароматерапия.

При болевом синдроме нередко встречаются нарушения сна. В связи с этим большое значение имеет соблюдение гигиены сна: отказ от употребления напитков,

содержащих [кофеин](#), перед сном, исключение дневного сна, пробуждение в одно и то же время, проветривание помещения перед сном, выполнение релаксирующих упражнений, отказ от использования электронных устройств и просмотра телевизионных передач в постели.

медикаментозное лечение болевого синдрома

Подходы к медикаментозному болеутолению у пациентов пожилого и старческого возраста имеют некоторые особенности. Это связано с теми изменениями физиологических функций, которые происходят в организме человека с возрастом. К ним относят снижение функциональной активности органов желудочно-кишечного тракта, печени, почек, сердечно-сосудистой системы, что может приводить, с одной стороны, к нарушениям всасывания, а с другой - к нарушениям выведения из организма лекарственных веществ, а также к нарушениям их метаболизма. В связи с этим при применении тех или иных препаратов у пожилых и старых пациентов необходимо тщательно подбирать, контролировать и корректировать дозы этих препаратов, учитывать возможные противопоказания, риск побочных эффектов и опасность полипрагмазии, связанную с частым наличием многочисленных сопутствующих заболеваний. Кроме того, следует помнить, что у пациентов пожилого и старческого возраста могут развиваться нарушения в нервной системе, обусловленные ухудшением церебрального кровотока, снижением синтеза трансмиссерных агентов, низкой чувствительностью рецепторов, что приводит к изменениям процесса формирования боли.

Общие принципы медикаментозного болеутоления:

- предпочтительны пероральные формы препаратов, а также свечи, пластыри; по возможности следует избегать инъекций;
- рекомендован прием лекарственных препаратов в определенное время, а не при появлении боли;
- подходить к назначению препаратов следует индивидуально с учетом уровня анальгезии, сохранения активности, побочных эффектов, приверженности к лечению.

Выбор медикаментозного лечения зависит от механизмов развития болевого синдрома.

Скелетно-мышечная боль. Одна из самых распространенных причин ноцицептивной скелетно-мышечной боли у пожилых и старых пациентов - остеоартроз. При суставной боли слабой/средней интенсивности может применяться [парацетамол](#) (Ацетаминофен[®]). Его следует назначать в первоначальной дозе 250-500 мг каждые 4 ч, суточная доза не должна превышать 3 г. У хрупких пациентов и в возрасте старше 80 лет максимальная суточная доза парацетамола (Ацетаминофена[®]) не должна превышать 2 г. Учитывая потенциальную гепатотоксичность, его применение может быть ограничено у пациентов с хроническими заболеваниями печени. Несмотря на то что [парацетамол](#) (Ацетаминофен[®]) является анальгетиком первой линии у пациентов, получающих [варфарин](#), его длительный прием в дозе более 1,3 г увеличивает риск кровотечений за счет повышения международного нормализованного отношения (МНО), с помощью которого определяется состояние свертывающейся системы крови у пациента. При недостаточной эффективности парацетамола (Ацетаминофена[®]) назначаются НПВП. Не следует продолжать прием парацетамола (Ацетаминофена[®]), если назначен препарат из группы НПВП.

При хорошо локализованной легкой боли на первом этапе лечения предпочтение отдается мазевым формам, которые могут способствовать снижению интенсивности боли на 40%, однократное нанесение мази обеспечивает болеутоляющий эффект в течение 6 ч. Если не удастся достичь снижения интенсивности боли, прибегают к

применению пероральных форм. Однако следует учитывать, что эти препараты потенциально опасны для пожилых людей в связи с возможными осложнениями в виде желудочно-кишечных кровотечений, снижения фильтрационной функции почек. В связи с этим препараты этой группы используют только в комбинации с ингибиторами протонной помпы.

Препараты из группы НПВП назначаются по возможности коротким курсом не более одной недели в минимально эффективных дозах. При необходимости более длительного применения необходимо контролировать состояние желудочно-кишечного тракта, функцию почек, состояние сердечно-сосудистой системы.

Доказательства преимущества того или иного НПВП по силе анальгетического действия отсутствуют, однако препараты различаются по профилю побочных эффектов, что необходимо учитывать при их назначении.

При наличии выраженного мышечного напряжения в пораженной области тела возможно применение миорелаксантов - толперизона, тизанидина, а также флупиртина. Необходимо только помнить о возможных нежелательных эффектах - слабости, головокружении, сонливости, артериальной гипотензии. При остеоартрозе рекомендуют также хондропротекторы - [глюкозамин](#) (Глюкозамина сульфат*), хондроитина сульфат и др. Эффективно применение запатентованных микрокристаллических форм глюкозамина (Глюкозамина сульфата*) и хондроитина сульфата, которые отличаются высокой биодоступностью.

Рекомендуется назначение микрокристаллического [глюкозамин](#) сульфата пациентам старше 60 лет с болью в суставах для купирования болевого синдрома. Имеющиеся доказательства эффективности глюкозамина (Глюкозамина сульфата*) при боли в суставах относятся к фармацевтической субстанции в микрокристаллической форме. Изучение доказательств запатентованного микрокристаллического глюкозамина сульфата в дозе 1500 мг 1 раз в день демонстрирует превосходство над другими препаратами глюкозамина (Глюкозамина сульфата*) и глюкозамина (Глюкозамина гидрохлорида*) и режимами дозирования. Целесообразно использовать пероральные формы в дозе 1500 мг в сутки на протяжении 4 нед. Недавно опубликованные исследования демонстрируют, что микрокристаллический [глюкозамин](#) сульфат может быть использован как адъювантное средство при назначении НПВП, приводя к развитию анальгетического и противовоспалительного эффекта на меньших дозах НПВП.

При неэффективности НПВП и других групп препаратов возможно непродолжительное использование трамадола в дозе 50 мг. Максимальная суточная доза не должна превышать 400 мг. При его применении возможны такие осложнения, как тошнота, рвота, кон-стипация, головная боль. Необходимо учитывать, что анальгетический эффект трамадола обеспечивается воздействием на опиоидные рецепторы и ингибированием обратного захвата серотонина. В связи с этим использование его в комбинации с антидепрессантами может привести к развитию серотонинового синдрома, который проявляется в виде нарушений психики, вегетативных изменений, в том числе повышения температуры, и двигательных расстройств (атаксия, мышечный тремор). При появлении хотя бы одного из признаков следует немедленно отменить препараты, которые могут способствовать развитию такого побочного эффекта.

Использование более сильных опиоидных наркотических анальгетиков при хронической боли неонкологического генеза нельзя считать оправданным из-за большого числа побочных эффектов.

Нейропатическая боль. Традиционные анальгетики могут быть неэффективны, учитывая механизм развития болевого синдрома при данном состоянии. Кроме того, болеутоление при нейропатической боли является лишь одним из направлений

комплексной терапии, которая в первую очередь должна включать лечение основного заболевания.

При диабетической нейропатии коррекция уровня глюкозы крови должна быть основным патогенетическим методом лечения нейропатии, предупреждающим ее дальнейшее прогрессирование. Для системного болеутоления используют антидепрессанты и антиконвульсанты, блокирующие активность возбуждающих аминокислот. Амитриптилин исключен у пожилых пациентов в силу его побочного влияния на сердечно-сосудистую систему и когнитивные функции. В связи с этим рекомендуется использование современных антидепрессантов с преимущественным ингибированием обратного захвата серотонина, в частности дулоксетина, который показан при нейропатической боли у пожилых пациентов в дозе 20 мг в сутки (максимальная суточная доза составляет 60 мг). Применение дулоксетина может сопровождаться гипонатриемией и тошнотой.

Из группы антиконвульсантов наиболее часто используются габа-пентин и прегабалин.

Габапентин лучше переносится больными, хороший анальгетический эффект развивается у одной трети пациентов. У пожилых пациентов необходимо использовать минимальные дозы препарата. Стартовая доза составляет 100 мг на ночь, затем эту же дозу рекомендуется принимать каждые 8 ч. Прегабалин наиболее эффективен при диабетической нейропатии - у 50% пациентов. Назначается в дозе 50 мг на ночь, затем - в этой же дозе каждые 8 ч. Следует отметить, что у пожилых пациентов оба препарата могут вызывать выраженный седативный эффект, периферические отеки и снижение функции почек.

При хорошо локализованной боли любого генеза рекомендовано использование лидокаина в виде пластыря. Пластырь накладывается на 12 ч ежедневно. Данный вид болеутоления не следует использовать у пациентов с анамнестическим указанием на аллергические реакции на местные анестетики.

Болеутоляющая терапия у онкологических больных пожилого возраста не имеет существенных отличий, важно следовать принципу назначения лекарственных препаратов в определенное время, а не в случае появления боли. У пожилых пациентов особенно важно учитывать уровень анальгезии, который может быть обеспечен выбранным препаратом, и его побочные эффекты, а также возможности сохранения пациентом активного состояния.

При слабой боли (до 4 баллов по визуально-аналоговой шкале) (1-я ступень лестницы обезболивания) из группы НПВП может быть выбран любой препарат.

Однако необходимо учитывать риск развития осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта, дестабилизации артериальной гипертензии, усугубления проявлений ХСН, снижения функции почек и гепатотоксического эффекта. Учитывая изменения функционирования различных органов и систем в пожилом и старческом возрасте, во избежание развития осложнений необходимо особенно тщательно подходить к выбору препарата и однократной дозы, начиная с минимальной. Для снижения риска осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта в данной ситуации также рекомендуется назначение гастропротекторов.

Для купирования умеренной боли (от 4 до 7 баллов по визуально-аналоговой шкале) (2-я ступень лестницы обезболивания) показаны слабые опиоидные анальгетики. С этой целью широко используется трамадол (Трамал*) в виде таблеток-ретард в дозе 100, 150 или 200 мг. При применении пропионилфенилэтоксиэтилпиперидина (Просидола*) важно учитывать, что он имеет выраженное спазмолитическое и сосудорасширяющее действие, поэтому в начале его применения возможно развитие ортостатической гипотонии. В связи с этим стартовая доза препарата составляет 10-20 мг, затем при необходимости ее повышают до 30-40 мг.

При умеренной боли могут быть использованы и малые дозы сильных опиоидных анальгетиков.

В целом тактика назначения опиоидных анальгетиков в онкологической практике у пожилых пациентов не отличается от общепринятой, изложенной в главе 3. Однако следует учитывать, что у пожилых пациентов при применении классических опиоидов чаще могут развиваться осложнения в виде угнетения дыхания, констипации, излишней сонливости. В связи с этим стартовые дозы таблетированного морфина или пластыря на основе фентанила должны быть минимальными, а оценка выраженности болевого синдрома с помощью визуально-аналоговых шкал должна проводиться на постоянной основе.

Наряду с опиоидами при хроническом болевом синдроме, обусловленном онкологическим заболеванием у пожилых пациентов, используется адъювантная терапия. При появлении нейропатической боли необходимо назначение препаратов из группы антидепрессантов и антиконвульсантов. Однако следует учитывать, что амитриптилин должен быть исключен из схемы лечения у пожилых пациентов в связи с негативным влиянием на когнитивные функции.

Тошнота и рвота Тошнота и рвота возникают у 30-60% пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи. Тошнота и рвота приносят пациентам крайне неприятные ощущения и выраженный дискомфорт. Несмотря на то что многие пациенты оценивают интенсивность симптомов как легкую и умеренную (3-4 балла по 10-балльной шкале), негативное влияние этих симптомов на общее самочувствие и эмоциональное состояние около 40% пациентов считают достаточно выраженным (более 5 баллов по 10-балльной шкале).

причины развития тошноты и рвоты

Причины и механизмы развития тошноты и рвоты могут быть различными.

Среди основных причин развития тошноты и рвоты у пациентов пожилого и старческого возраста можно выделить следующие:

- нарушения со стороны центральной нервной системы (повышение внутричерепного давления, вестибулярные нарушения);
- применение лекарственных препаратов (химиотерапевтические препараты, наркотические анальгетики, НПВП, антибиотики, дигоксин);
- нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта (кишечная непроходимость, воспалительные заболевания желудка, кишечника, желчного пузыря, нарушения моторики кишечника, гастро-парез);
- инфекционные заболевания (гастроэнтерит, гепатит, менингит);
- метаболические нарушения (уремия, ацидоз, гиперкальциемия);
- психические нарушения.

Факторами, повышающими риск возникновения тошноты и рвоты, являются женский пол, опухоли пищевода, желудка, молочной железы, женских половых органов, метастазы в легкие, плевру и брюшину, заболевания желудочно-кишечного тракта, кишечная непроходимость, применение наркотических анальгетиков.

Принципы диагностики и лечения тошноты и рвоты у паллиативных пациентов пожилого возраста не имеют существенных отличий. Однако ряд препаратов, используемых для лечения тошноты и рвоты, у пожилых пациентов имеют существенные ограничения. Это касается в первую очередь группы прокинетики, в

частности метоклопрамида. Противопоказаниями к его назначению у пациентов пожилого и старческого возраста являются БП, артериальная гипертензия, заболевания почек, СН, болезни печени, сахарный диабет. Домперидон и цизаприд также не используются у пациентов пожилого и старческого возраста, так как эти препараты обладают потенциальным кардиотоксическим и аритмогенным действием.

Большое количество побочных эффектов ограничивает и применение галоперидола в гериатрической практике, но он может быть назначен для лечения тошноты и рвоты на короткий период.

Левомепромазин - антидофаминергический препарат, оказывающий действие на хеморецепторную триггерную зону и рвотный центр, также имеет ограничения в гериатрической практике, так как обладает такими побочными эффектами, как избыточная седация, галлюцинации, удлинение интервала QT. Кроме того, его использование не показано при печеночной и почечной недостаточности.

Антигистаминные препараты (дипразин[®], дифенгидрамин, гидрок-сизин и другие) могут быть рекомендованы в качестве противорвотных препаратов при оказании паллиативной помощи пожилым и старым пациентам. С препаратов этой группы рекомендуется начинать терапию в ситуациях, когда механизм развития тошноты и рвоты неясен. Однако они должны назначаться с осторожностью при закрытоугольной глаукоме, гиперплазии предстательной железы, выраженной артериальной гипертензии, сердечно-сосудистых заболеваниях, печеночной недостаточности и эпилепсии.

кахексия и анорексия у пациентов пожилого и старческого возраста

Кахексия - прогрессирующая потеря массы тела более чем на 5-10% за 6-12 мес, в основе которой лежат тяжелые хронические заболевания, сопровождающиеся синдромом хронического воспаления (рис. 9.1). В современной литературе вместе с термином «кахексия» используют термин «синдром анорексии-кахексии».

Синдром анорексии-кахексии - комплексный многофакторный синдром, характеризующийся снижением аппетита, выраженной потерей массы скелетной мускулатуры со снижением объема жировой ткани или без таковой. В основе механизма развития кахексии лежат инсулинорезистентность, повышение в организме уровня провоспалительных цитокинов (α -фактора некроза опухоли, интерлейкина-1, интерлейкина-6), увеличение в крови уровня катаболических гормонов (глюкокортикостероидов, катехоламинов), снижение уровня анаболических гормонов (СТГ, инсулина, половых стероидов), приводящие к снижению аппетита, катаболизму мышечной ткани и потере массы тела (табл. 9.3).

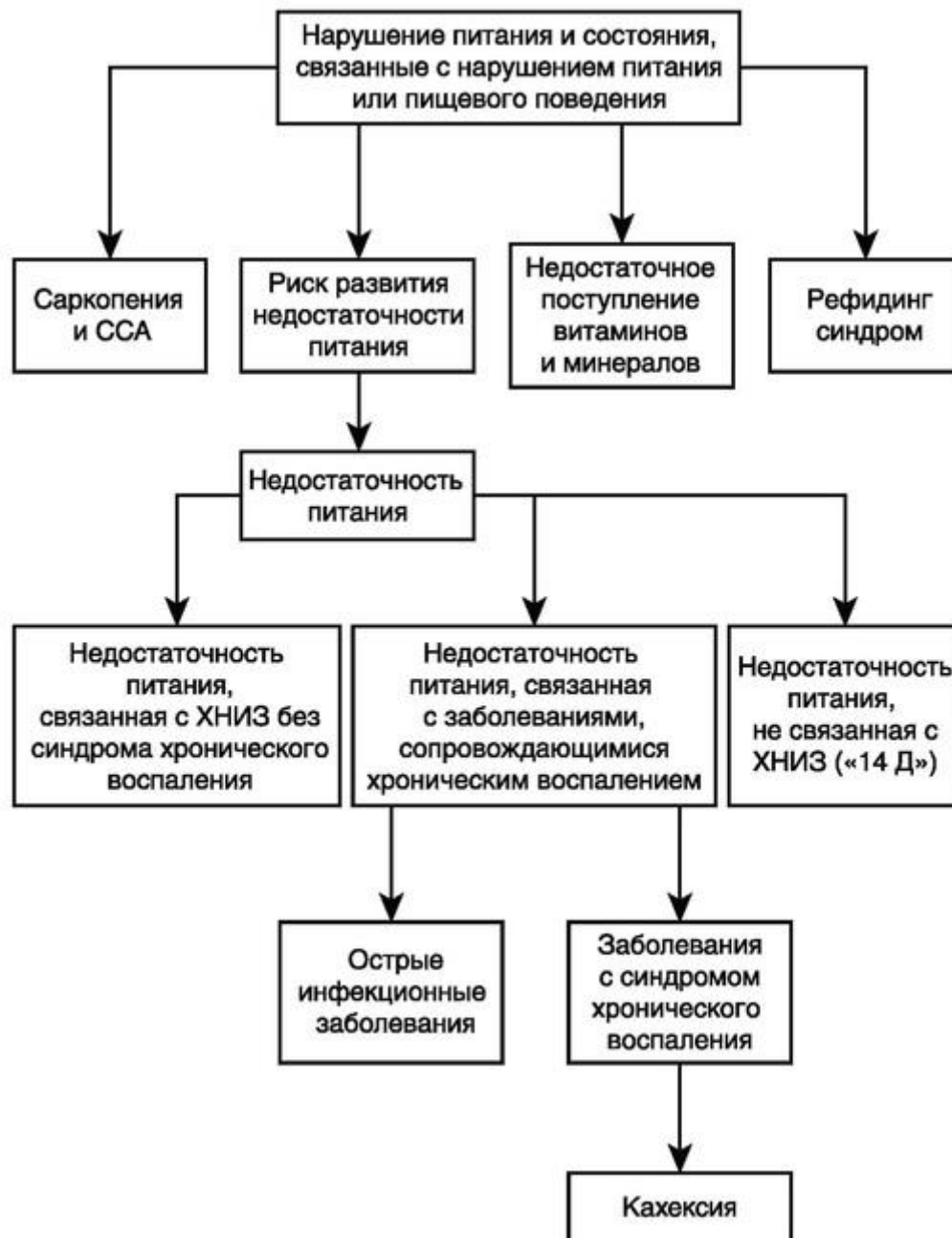


Рис. 9.1. Состояния, связанные с нарушением питания.

ССА - синдром старческой астении; ХНИЗ - хронические неинфекционные заболевания

Таблица 9.3. Сравнительная характеристика изменений, происходящих в организме при кахексии и недостаточности питания без сопутствующего синдрома хронического воспаления

	Недостаточность питания на фоне недостаточного поступления питательных веществ	Кахексия
Скорость основного обмена	↓	↑
Катаболизм мышечной ткани	↑	↑↑↑↑
Синтез белка	↓	↑
Альбумин	±	↓↓
Азотистый баланс	↓	↓↓
Кетоны	↑↑↑	↑
Глюконеогенез	↑	↑↑
Инсулин	↑	↑
Инсулинорезистентность	±	↑↑↑
Задержка воды и жидкости	↑	↑↑↑

Длительный прием некоторых препаратов ведет к нарушению вкуса и обоняния, что приводит к снижению аппетита и увеличению риска развития синдрома анорексии-кахексии. В их числе аллопури-нол, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы кальциевых каналов, антихолинергические препараты. Метформин, нейролептики, опиаты, дигоксин, некоторые антидепрессанты могут приводить к развитию анорексии. Прием петлевых диуретиков, антихолинергических средств, клонидина может сопровождаться появлением выраженной сухости слизистой оболочки ротовой полости. Нестероидные противовоспалительные препараты и бисфосфонаты могут быть причиной дисфагии. Все эти нарушения в свою очередь могут приводить к нарушениям питания и кахексии.

У 6-28% пациентов пожилого и старческого возраста установить причину кахексии не удастся.

От кахексии следует отличать саркопению - состояние, характеризующееся прогрессивным снижением мышечной массы и силы, связанным со старением и не имеющим в своей основе тяжелых сопутствующих заболеваний.

ДИАГНОСТИКА

При проведении диагностики у пожилых пациентов следует оценить физический, когнитивный и психологический статус с помощью соответствующих инструментов (индекс Карновского, шкала Восточной объединенной группы онкологов, опросники для выявления деменции, шкалы для оценки эмоционального статуса (табл. 9.4.), например госпитальная шкала тревоги и депрессии). Необходимость такого обследования обусловлена тем, что нарушения физического состояния пациента, когнитивные расстройства (например, деменция), психоэмоциональные нарушения (тревога, депрессия) могут быть причиной анорексии и кахексии, приводя либо к неспособности пациента самостоятельно готовить и принимать пищу, либо к отказу от пищи.

Таблица 9.4. Шкала оценки тяжести состояния пациента по версии Всемирной организации здравоохранения/Восточной объединенной группы онкологов (The Eastern Cooperative Oncology Group/World Health Organization Performance Status)

Балл	Описание
0	Пациент полностью активен, способен выполнять все, как и до заболевания (90–100% по шкале Карновского)
1	Пациент не способен выполнять тяжелую, однако может выполнять легкую или сидячую работу (например, легкую домашнюю или канцелярскую работу, 70–80% по шкале Карновского)
2	Пациент лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу. Более 50% времени бодрствования проводит активно — в вертикальном положении (50–60% по шкале Карновского)
3	Пациент способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50% времени бодрствования (30–40% по шкале Карновского)
4	Инвалид, совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели (10–20% по шкале Карновского)

Данная шкала используется для описания уровня функционирования пациента с точки зрения его способности заботиться о себе, повседневной активности и физических способностей (ходьба, работа и т.д.). На основе полученных данных рассчитывается индекс Карновского.

РАСЧЕТ ИНДЕКСА КАРНОВСКОГО

- 100% - жалобы у пациента отсутствуют, признаки патологии не были обнаружены.
- 90% - суточная активность сохраняется в нормальном состоянии, симптомы болезни имеют слабую степень проявления.
- 80% - поддержание активности проходит с затруднениями, симптоматика выражена умеренно.
- 70% - пациент может себя обслуживать, однако при выполнении активной работы возникают определенные сложности.
- 60% - способность самостоятельного обслуживания сохраняется, однако при определенных ситуациях требуется посторонняя помощь.
- 50% - больной может обслуживать себя не полностью, в большинстве случаев необходима помощь со стороны медицинского персонала.
- 40% - нужен специальный уход.
- 30% - у пациента отсутствует возможность к самостоятельному обслуживанию себя, назначается госпитализация, несмотря на то что нет угрозы для жизни.
- 20% - болезнь протекает в тяжелой форме, больного госпитализируют, требуется проведение активного поддерживающего лечения.
- 10% - заболевание переходит в стадию терминального периода, отмечается быстро прогрессирующее состояние.
- 0% - констатируется смертельный исход.

При объективном осмотре у пожилых пациентов важно оценить состояние зубов, слизистой оболочки полости рта, поскольку отказ от приема пищи может быть обусловлен невозможностью ее пережевывания из-за плохого состояния зубов или

зубных протезов либо проявлений заболевания слизистой оболочки полости рта. Однако эти изменения могут быть и вторичными, возникшими вследствие мальнутриции и кахексии.

Для оценки динамики снижения массы тела необходимо выполнить антропометрию. Важно контролировать адекватность режима гидратации. Важно отметить, что простые признаки и тесты, обычно используемые для оценки степени дегидратации, такие как тургор кожи, сухость во рту, изменение веса, цвет мочи или ее удельный вес, биоимпедансный анализ, не должны использоваться у пожилых людей из-за своей неинформативности. Для диагностики дегидратации у пожилых необходимо измерять осмолярность плазмы крови. Диагноз дегидратации ставится при осмолярности плазмы >300 Мосм/кг. Если прямое измерение осмолярности плазмы невозможно, ее можно рассчитать с использованием следующей формулы:

$$\text{осмолярность} = 1,86 \times (\text{Na}^+ + \text{K}^+) + (1,15 \times \text{глюкоза}) + \text{мочевина} + 14.$$

Диагноз дегидратации ставится при осмолярности >295 ммоль/л.

Лабораторные исследования включают клинический анализ крови, определение С-реактивного белка, оценку уровня глюкозы, общего белка, альбумина, креатинина, мочевины, билирубина, трансаминаз, электролитов.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С СИНДРОМОМ АНОРЕКСИИ-КАХЕКСИИ

Рекомендации по организации питания

При оказании помощи пациентам с анорексией-кахексией важно обсудить проблемы питания с пациентом и его родственниками, осуществляющими уход. Их необходимо проинформировать о возможных причинах развития анорексии-кахексии, о влиянии этих нарушений на общее состояние и прогноз, а также о возможностях лечения данного состояния.

Частью мультимодального мультидисциплинарного подхода, направленного на обеспечение достаточного уровня потребления пищи, поддержание или увеличение массы тела, улучшение функционального статуса, клинического состояния и качества жизни является нутритивная поддержка. Ориентировочный уровень потребляемой калорийности составляет 30 ккал на кг массы тела в сутки; это значение должно быть скорректировано в индивидуальном порядке в зависимости от уровня физической активности, статуса заболевания и переносимости пищи. Суточный уровень потребления белка у здоровых пожилых людей должен составлять от 1,0 до 1,2 г/кг массы тела. При наличии острого или хронического заболевания, сопровождающегося воспалением (включая системное воспаление, инфекции, раны, пролежни и т.д.), потребность в белке может быть еще выше и составлять 1,2-1,5 г/кг, а для людей пожилого и старческого возраста с серьезными заболеваниями, травмами или недостаточностью питания - до 2,0 г/кг массы тела в сутки. Если пациент получает обычное питание с усиленной калорийностью и повышенным содержанием белка, надо позаботиться о правильной организации его кормления в соответствии с его потребностями и состоянием.

Цель нутритивной терапии заключается в улучшении или по крайней мере поддержании нутриционного статуса пациента, что должно сочетаться с мерами по повышению или сохранению тощей (особенно мышечной) массы тела.

Энтеральное питание (в том числе пероральная энтеральная поддержка, пероральное энтеральное питание) является предпочтительным вариантом нутритивной поддержки пациентов пожилого и старческого возраста, так как питание через желудочно-кишечный тракт наиболее физиологично; энтеральное питание не требует создания стерильных условий для его проведения и не вызывает осложнений, связанных с процедурой парентерального введения; пищеварительная

система в силу своих физиологических особенностей сама нуждается в постоянной внутриспросветной трофической поддержке; энтеральное питание, как правило, дешевле парентерального. Основными вариантами реализации энтерального питания являются пероральное энте-ральное питание обогащенными продуктами питания; пероральное энтеральное питание специальными смесями; зондовое энтеральное питание: зонд в желудок (в том числе через стому), зонд в двенадцатиперстную кишку (в том числе через стому), зонд в тощую кишку (в том числе через стому).

При добавлении к рациону сипинговых смесей их калорийность должна быть не менее 400 ккал/день, включая 30 г и более белка в день. Рекомендуемая длительность назначения сипинговых смесей - не менее 1 мес. При выборе смеси важное внимание должно быть уделено текстуре, вкусу и запаху смеси, так как органолептические характеристики смесей должны быть привлекательны для пациентов. Систематический обзор по анализу эффективности и безопасности применения высокобелковых пероральных энтеральных питаний (не менее 20% калорийности в виде белков) любой консистенции (препараты для сипинга, порошки, пудинги) на протяжении любого периода показал, что применение перорального энтерального питания по сравнению с традиционной схемой питания способствовало снижению риска развития осложнений и риска повторных госпитализаций, повышению силы пожатия кисти, повышению уровня потребления белка и калорий и оптимизации массы тела. Длительность применения таких препаратов составляет около месяца, с периодической оценкой эффективности.

В настоящее время большинство экспертов считают, что зондовое питание имеет множество негативных последствий и осложнений. Оно должно применяться только по специальным показаниям. В паллиативных ситуациях таких показаний крайне мало. В связи с этим пожилые люди в терминальной стадии заболевания должны получать комфортное для них питание, а не энтеральное зондовое питание. Зондовое энтеральное питание может быть назначено в течение ограниченного периода для преодоления кризисной ситуации, связанной с недостаточным пероральным приемом пищи, если недостаточное потребление пищи вызвано потенциально обратимым состоянием. Гастростома должна быть установлена, если ожидаемое время проведения энтерального питания будет более 4 нед или если пациент против установки назогастрального зонда.

Не рекомендуется назначать и проводить фармакологическую седацию или физические ограничения пациентам пожилого и старческого возраста для проведения зондового энтерального питания, перорального энтерального питания или гидратационной терапии.

При необходимости проведения зондовой или пероральной энте-ральной поддержки у пациентов пожилого и старческого возраста начинать их следует рано; объем следует постепенно увеличивать в первые три дня для предотвращения синдрома возобновленного кормления (англ. Refeeding syndrom). В первые три дня зондового энтерального питания и перорального энтерального питания необходимо контролировать уровень фосфатов, магния, калия и тиамина в крови, а при выявлении даже небольшого дефицита перечисленных элементов следует применять соответствующие добавки. Синдром возобновленного кормления связан с потенциальным риском для пациентов с недостаточностью питания, имеющих электролитные нарушения, поскольку ведет к клиническому ухудшению. Возможные последствия включают перегрузку объемом, перераспределение фосфатов, калия и магния, гипофосфатемию, мышечную слабость, анемию и в итоге приводят к органной недостаточности, повышению риска летального исхода. У 20% пациентов может наблюдаться внезапная сердечная смерть.

Был продемонстрирован и является очевидным тот факт, что иммобилизация ведет к потере безжировой массы тела, в частности массы скелетных мышц, особенно у пожилых людей. Пациентам с анорексией-кахексией могут быть даны рекомендации по физической активности (дозированная ходьба, упражнения на сопротивление) в зависимости от общего состояния пациента и выраженности патологических нарушений. Несмотря на отсутствие веских доказательств эффективности физических упражнений в лечении кахексии, их выполнение может оказывать положительное влияние на силу мышц, а также на психологический настрой и эмоциональное состояние пациентов.

Медикаментозное лечение

Кортикостероиды (например, дексаметазон 2-6 мг в сутки) способствуют повышению аппетита и могут улучшать качество жизни пациентов, но их применение ограничено риском развития побочных эффектов, в связи с чем эти препараты назначают только короткими курсами (не более 2 нед). Наиболее доказана эффективность кортикостероидов у пациентов с кахексией, возникшей на фоне онкологических заболеваний, тогда как при кахексии, связанной с неонкологическими заболеваниями, их влияние выражено меньше.

Пациентам с кахексией онкологической природы также может быть рекомендовано назначение омега-3 жирных кислот (1,6-2,4 г в сутки).

Применение *мегестрола ацетата* у пожилых и старых пациентов с кахексией в настоящее время не рекомендуется, так как его влияние на аппетит и мышечную массу минимально, он не улучшает качество жизни и выживаемость пациентов, но при этом высок риск таких побочных эффектов, как тромбозы и задержка жидкости.

Тошнота и рвота могут вызывать или усугублять анорексию, поэтому при их развитии должны быть своевременно назначены соответствующие препараты с учетом ограничений, описанных в соответствующем разделе.

особенности паллиативной помощи у пациентов с дисфагией и аспирацией

Дисфагия - это часто встречающийся синдром у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, характеризующийся либо затруднением прохождения пищи в начале глотания (ротоглоточная дисфагия), либо ощущением препятствия прохождению пищи или жидкости от рта до желудка (пищеводная дисфагия).

Дисфагия является серьезным фактором риска развития и прогрессирования недостаточности питания, обезвоживания, внебольничной пневмонии, обструкции дыхательных путей и смерти (табл. 9.5).

Таблица 9.5. Клинические проявления ротоглоточной и пищеводной дисфагии у паллиативных пациентов

Ротоглоточная дисфагия	Пищеводная дисфагия
Нарушение сознания/шкала комы Глазго <9. Чрезмерное слюноотечение. Носовая регургитация. Хриплый, слабый или влажный голос, «носовая» речь. Невнятная или непонятная речь. Кашель и одышка во время или сразу после еды. Частые пневмонии в анамнезе. Синдром старческой астении. Высокая потребность в кислороде. Долгое пережевывание пищи или «вываливание» пищи изо рта. Ослабленный кашлевой рефлекс. Изжога. Слезотечение после еды	Ощущение препятствия при прохождении пищи/жидкости по пищеводу. Чувство «застревания» пищи/жидкости. Необходимость запивать пищу, боль по ходу пищевода при глотании. Повторяющиеся эпизоды тошноты, рвоты. Частые срыгивания

Лица, осуществляющие уход за пациентами, нуждающимися в паллиативной помощи, зачастую пропускают синдром дисфагии, особенно легкой степени, который может проявляться эпизодами бессимптомной аспирации (попадание пищи в верхние дыхательные пути без явных признаков кашля или удушья). Бессимптомную аспирацию у паллиативных пациентов можно заподозрить при появлении эпизодов необъяснимой лихорадки или кашля с ознобом, изменении объема, цвета или вязкости слюны, жалоб на боли в груди или развитии пневмонии.

Причиной ротоглоточной дисфагии чаще всего служат расстройства центральной нервной системы, включая инсульт, БП, деменцию, недавняя экстубация после длительной искусственной вентиляции легких, проведение бронхоскопии, зондовое питание, а также ксеростомия и проблемы с зубными протезами. Развитию ксеростомии способствует прием таких препаратов, как антихолинэргические средства (ипратропия бромид, атропин, скополамин[®]), α-адреноблокаторы (доксазозин, тамсулозин), ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента, блокаторы ангиотензиновых рецепторов II типа, антиаритмические препараты (дизопирамид, мексилетин), антигистаминные, диуретики, опиаты, нейролептики. Наиболее частыми причинами пищеводной дисфагии являются:

- поражение слизистой оболочки, которое приводит к сужению просвета вследствие воспаления, фиброза или роста опухоли;
- болезни средостения, которые приводят к обструкции пищевода путем прямой инвазии или за счет увеличения лимфатических узлов;
- нейромышечные заболевания, поражающие гладкие мышцы пищевода и его иннервацию, нарушающие перистальтику либо работу нижнего пищеводного сфинктера, или то и другое;
- прием препаратов, вызывающих прямое повреждение слизистой оболочки пищевода, - антибиотики (доксикалин, тетрацилин, клиндамицин, ко-тримоксазол), НПВП, алендроновая кислота, зидовудин, аскорбиновая кислота, калия хлорид, теофиллин, хинидина глюконат[®], железа сульфат;
- прием препаратов, снижающих давление в нижнем пищеводном сфинктере и усиливающих гастроэзофагеальный рефлюкс, - гиосцина

бутилбромид (Бускопан*), теофиллин, нитраты, блока-торы медленных кальциевых каналов.

Основным направлением в борьбе с дисфагией у пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, является немедикаментозное лечение.

1. Планирование времени приема пищи так, чтобы оно совпало с более высоким уровнем функциональной активности пациента.
2. Если пациент вследствие истощения не может завершить прием пищи, рекомендуется переход на частые (6-7 раз в день), регулярные приемы пищи небольшими порциями.
3. Рекомендуется принимать пищу в положении сидя, слегка наклонив голову вперед; если получится, в момент глотка задержать дыхание и наклонить подбородок вниз. Следует сохранять такое положение тела в течение 45-60 мин после еды. Если имеется слабость разгибателей мышц шеи (голова свисает вперед) и слабость в руках, ни в коем случае не стоит усердствовать и наклонять голову к руке с вилкой. Голова должна быть лишь слегка наклонена вперед, а при выраженной слабости даже зафиксирована при помощи полужесткого или жесткого головодержателя. Для того чтобы поднести пищу ко рту, можно пользоваться вилками и ложками с длинными гибкими ручками или помощью других людей (сиделки или родственников, осуществляющих уход).
4. Есть нужно медленно, тщательно пережевывая пищу, не разговаривая во время еды.
5. Размер одной порции для глотания должен быть не более 1/2 чайной ложки.
6. Необходимо чередовать прием твердой пищи с маленьким глотком воды.
7. Необходимо концентрироваться на процессе глотания, не следует отвлекаться на прослушивание радио или просмотр телевизора.
8. Начинать говорить следует, только проглотив всю пищу, которая находилась в ротовой полости.
9. При необходимости следует хорошо откашляться, чтобы не дать пище спуститься в дыхательные пути, а после этого - глотать немедленно, прежде чем будет вдох.
10. Не следует есть в одиночестве. Очень важно, чтобы люди, которые ухаживают за больным, были обучены приему Геймлиха, то есть специальной технике, с помощью которой можно удалить пищу из дыхательных путей.
11. Необходимо обязательно очищать рот после еды.
12. Объем жидкости в сутки должен составлять минимум 1,5-2 л, включая чай, супы и другие жидкие продукты питания.
13. Для стимуляции глотания можно использовать кислую пищу, чередовать холодную и горячую пищу. Однако следует избегать слишком горячей пищи.
14. Для стимуляции глотания можно надавливать ложкой на язык во время кормления.
15. Если при глотании жидкости больной поперхивается, нужно попробовать использовать более густые жидкости (кисели, нектары, простоквашу, йогурты). Нужной густоты можно добиться, добавляя в напитки загустители - желатин, порошки для детского питания.
16. Пища должна аппетитно выглядеть, иметь интенсивный аромат. При приготовлении пищи рекомендуется использовать специи и лимонную кислоту, что

способствует улучшению глотательного рефлекса за счет улучшения вкуса и стимуляции кислотой.

17. Пища должна быть однородной, пюреобразной консистенции. Не следует употреблять в пищу продукты, содержащие жидкие и твердые части (непюреобразные супы, виноград, апельсины и т.д.). Избегайте употребления липких, рассыпчатых продуктов, таких как мед, сгущенное молоко, изделия из песочного теста.

Таким образом, рацион должен состоять из продуктов, приготовленных так, чтобы они легко глотались:

- если каша, то жидкая («размазня», лучше овсянка, гречка);
- если мясо, рыба или птица, то суфле или котлеты на пару;
- если овощи, то отварные, тушеные, либо мелко протертые, либо пропущенные через блендер;
- если картофель, то пюре;
- нужно избегать приема сладких, кислых, острых блюд, так как это вызывает повышенное образование слюны и увеличивает слюнотечение, которое приносит неудобство;
- вместо хлеба и макарон рекомендуют каши: овсяную, гречку в виде «размазни», изредка манную. Лучше не есть орехи, сырые овощи и фрукты, гренки, баранки, сухари, жареное мясо, так как их крайне трудно проглотить.

При необходимости для увеличения калорийности рациона можно добавить сливочное или растительное масла, сметану, творог, сливки с повышенной жирностью.

Если невозможно компенсировать энергетические потребности при обычном питании, можно использовать дополнительные смеси, например «Нутридринк крем», который имеет консистенцию пудинга, что облегчает процесс глотания.

1. Контроль за приемом медикаментов. Проглатывание пероральных препаратов может представлять огромные проблемы для

пациентов с дисфагией, поскольку трудности с глотанием могут повлиять на приверженность пациента к приему лекарственных препаратов. Лекарства могут быть измельчены и добавлены целиком в пюреобразную пищу, такую как пюре, каши. В то же время измельчение препаратов может привести к изменению их фармакологических свойств, что необходимо учитывать при принятии решения о назначении и способе приема препаратов. Так, измельчение препаратов с отсроченным высвобождением (например, морфина пролонгированного высвобождения или оксикодона^р) может привести к быстрому высвобождению действующего вещества и к смерти. В таком случае необходимо искать альтернативные пути введения препаратов, включая трансдермальный, интраназальный, внутривенный, ректальный или сублингвальный.

2. Использование аппаратов для механической инсуффляции-экссуффляции, имитирующих естественный кашель для очистки дыхательных путей и профилактики синдрома аспирации. Действие аппаратов основано на постепенном увеличении положительного давления воздуха в дыхательных путях, а затем быстрой его смене на отрицательное давление. Возникающий сильный поток выдоха вызывает глубокий естественный кашель. Чередование давления в дыхательных путях, а также возможность применения режима воздушной осцилляции позволяют эффективно рекрутировать легочную ткань и мобилизовать (высвободить) мокроту из нижних отделов легких.

3. Своевременная очистка дыхательных путей и борьба с гиперсаливацией (сиалорея, избыточное слюноотечение). Нарушение функции глотания, снижение частоты глотания, боль при глотании, нарушение вертикального положения головы, невозможность полностью закрыть рот, снижение кашлевого и глотательных рефлексов ведут к развитию синдрома гиперсаливации у паллиативных пациентов. В свою очередь избыточное слюноотделение усугубляет синдром дисфагии, вызывает периоральное растрескивание кожи, ее мацерацию и вторичное инфицирование, повышает риск дегидратации, аспирации и пневмонии.

Для борьбы с гиперсаливацией используют медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.

К немедикаментозным методам лечения относят следующие. • Изменение положения головы и тела для облегчения глотания: положение сидя, слегка наклонив голову вперед.

- Использование воротника для поддержания головы при ее запрокидывании.
- Сон на боку, подложив мягкую салфетку под щеку, чтобы слюна свободно стекала из уголка рта.
- Санация полости рта.
- Надо следить за тем, чтобы пациент не помещал свои пальцы или другие предметы в рот, так как эти действия будут стимулировать слюноотделение.
- Для стимуляции процесса глотания и уменьшения слюноотделения при вытирании слюны необходимо плотно прижимать губы салфеткой, а не протирать рот и подбородок.
- Проведение занятий с логопедом для увеличения степени контроля за языком. Данный метод подходит для пациентов с сохранной когнитивной функцией, так как пациент должен знать о том, когда у него происходит слюноотечение, и хотеть контролировать этот процесс, семья или лица, ухаживающие за пациентом, должны быть готовы практиковать упражнения каждый день, пациент должен быть способен выполнять целый ряд движений губами, языком и глотать по команде.

В тяжелых случаях возможно назначение медикаментозного лечения с использованием антихолинэргических препаратов:

- скополамин[®] (гиосцин), пластыри (1 пластырь на 72 ч);
- гиосцина бутилбромид в таблетках или в виде свечей;
- атропин, глазные капли 1% - по 1 капле (0,5 мг/кап) каждые 2-4 ч под язык;
- гликопирролат[®] 0,1 мг, при необходимости каждые 6 ч.

Тем не менее данные препараты следует назначать с осторожностью, так как они могут вызвать спутанность сознания, галлюцинации, запоры, задержку мочи и сонливость у пожилых пациентов.

Другим возможным средством лечения гиперсаливации может быть введение ботулотоксина в область поднижнечелюстных и околоушных слюнных желез.

уход за пациентами с деменцией

Деменция - состояние, характеризующееся нарушением высших мозговых функций, значительным ослаблением интеллектуальных способностей, нарушениями памяти, ориентации, способности к обучению. Наиболее частой причиной деменции является болезнь Альцгеймера. В 2015 г., по сведениям ВОЗ, во всем мире насчитывалось

более 46 млн людей с деменцией. В 2017 г. эти показатели увеличились до 50 млн. Ежегодно регистрируется 7,7 млн новых случаев деменции, неблагоприятно влияющих на общество и систему здравоохранения. Ожидается, что это число увеличится до 131,5 млн к 2050 г.

С одной стороны, деменция может приводить к сокращению продолжительности жизни, тем не менее многие пациенты после выявления заболевания живут в среднем 4-6 лет, несмотря на наличие тяжелых когнитивных нарушений. Многие из них могут страдать соматическими заболеваниями. При этом деменция значительно затрудняет выявление и оценку симптомов, оказание помощи и определение прогноза у таких пациентов. Кроме того, у них часто развиваются поведенческие и эмоциональные нарушения (апатия, депрессия). Потребность в паллиативной помощи у пациентов с деменцией возрастает по мере прогрессирования заболевания, когда усиливается когнитивный дефицит, усугубляются эмоциональные расстройства, нарастает зависимость от посторонней помощи.

Необходимо отметить, что оказание паллиативной помощи пациентам с деменцией имеет специфические особенности, которые зависят от стадии заболевания, характера ведущих нарушений, наличия сопутствующих заболеваний.

Выделяют три стадии заболевания.

На стадии легкой деменции пациенты сохраняют способность ориентироваться в пределах своей квартиры и ближайшего района, но нередко испытывают затруднения на работе, при попадании в малознакомую местность, вождении автомобиля. Им требуется помощь в управлении финансами, приеме лекарственных препаратов. Может страдать ориентация во времени, утрачивается критика к своему состоянию. Больные более не способны поддерживать сложные интеллектуальные виды активности, круг их интересов сужается. Часто встречаются расстройства тревожно-депрессивного характера, обострение преморбидных личностных особенностей.

Стадия деменции умеренной тяжести характеризуется снижением инструментальной активности: возникают сложности при пользовании бытовой техникой, затем утрачиваются способности готовить еду, пользоваться телевизором, телефоном, дверным замком. Возникает необходимость в посторонней помощи: сначала лишь в отдельных ситуациях, а затем - большую часть времени. Больные, как правило, дезориентированы во времени и частично в месте, но ориентированы в собственной личности. Отмечают значительное снижение критики: больные в большинстве случаев отрицают наличие у себя каких-либо нарушений памяти или других высших мозговых функций. Весьма характерны такие поведенческие расстройства, как раздражительность, агрессивность, бредовые идеи, неадекватное двигательное поведение и др. По мере дальнейшего прогрессирования деменции начинают появляться трудности при самообслуживании (одевание, выполнение гигиенических процедур).

Тяжелая деменция характеризуется нарастающей беспомощностью больного в большинстве бытовых ситуаций, пациенты становятся полностью зависимы от окружающих даже при выполнении простых действий, таких как одевание или личная гигиена. На этой стадии постепенно регрессируют бред и другие поведенческие расстройства. Больные полностью дезориентированы в месте и времени, может страдать ориентация в собственной личности. Присоединяются расстройства тазовых функций.

Врачи, работающие с пациентами, имеющими когнитивные нарушения, должны владеть методиками оценки симптомов, навыками купирования нарушений физического состояния и когнитивных функций. Общение с пациентами с деменцией и их родственниками - непростая задача, от решения которой во многом зависит эффективность паллиативной помощи. Важной составляющей оказания помощи

больным с деменцией должна быть поддержка родственников больного, их обучение, разъяснение вопросов, связанных с прогресси-рованием деменции, помощь в принятии решений от имени пациента на последних стадиях развития деменции.

паллиативная помощь при деменции: принципы, цели, типы

Основные принципы оказания паллиативной помощи пациентам с деменцией соответствуют общим принципам паллиативной медицины. Целями этой помощи являются улучшение качества жизни, сохранение функциональных способностей и создание максимального комфорта для пациента. При этом приоритеты в достижении поставленных целей могут меняться в зависимости от стадии и выраженности деменции.

Так, если у пациентов с легкими когнитивными нарушениями основными направлениями помощи являются специфическое лечение, сохранение и поддержание функциональных способностей, увеличение продолжительности жизни и улучшение ее качества, то у пациентов с выраженной деменцией основным приоритетным направлением становится создание максимального комфорта, то есть поддержание качества жизни пациента и его семьи, которое возможно обеспечить на этом этапе оказания помощи.

Определение основных приоритетных целей при оказании паллиативной помощи позволяет планировать и проводить те мероприятия, которые необходимы конкретному пациенту, а также оценивать их целесообразность.

При этом планировать и начинать оказание помощи следует с того момента, как только поставлен диагноз, то есть когда пациент может принимать участие в обсуждении планов лечения, высказывая свои предпочтения, убеждения и потребности.

Условно выделяют два типа паллиативной помощи пациентам с деменцией. Первый, основной тип - это паллиативный подход, ориентированный на пациента, направленный на устранение симптомов и улучшение качества жизни. Паллиативный подход - это внедрение принципов паллиативной помощи в работу врачей различных специальностей (терапевты, врачи общей практики, гериатры, психиатры и другие специалисты) и использование этих принципов при осуществлении всех видов лечения и ухода у пациентов с деменцией. Необходимо обеспечить адекватное лечение поведенческих и психологических симптомов деменции, сопутствующих соматических заболеваний, а также любых проблем со здоровьем, возникающих в процессе наблюдения и лечения.

Пациентам с комплексными, сложными проблемами должна быть оказана специализированная паллиативная помощь (второй тип), требующая более глубоких знаний и навыков в этой области, осуществляемая специалистами по паллиативной помощи в тесном сотрудничестве с врачами других специальностей.

лично-центрированная помощь пациентам с деменцией и совместное принятие решений

При оказании паллиативной помощи пациенту с деменцией все вопросы должны рассматриваться с точки зрения самого пациента в соответствии с концепцией лично-центрированной помощи. Оптимальной моделью являются партнерские отношения медицинских работников с пациентом и членами его семьи, так как именно такие отношения позволяют принимать совместные решения об объеме, виде и месте оказания медицинской, в том числе паллиативной, помощи. При этом одним из основных принципов должно быть уважение к мнению и пожеланиям пациента. При решении вопроса о месте оказания помощи следует также обязательно учитывать интересы родственников, осуществляющих уход за пациентом, - их мнение, состояние, возможности.

Важно выяснить, какая информация и в каком объеме нужна пациенту и его родственникам в отношении течения и прогрессирования деменции, оказания помощи, возможностей лечения и т.д. Вся необходимая информация должна предоставляться на начальном этапе оказания паллиативной помощи, а также по мере развития заболевания и появления потребностей в дополнительной информации. Детальное своевременное обсуждение вопросов, связанных с течением заболевания, возможными проблемами и способами их решения или облегчения, необходимо для создания у пациента и членов его семьи определенной подготовленности к будущему.

планирование паллиативной помощи при деменции

Важная составляющая качественной паллиативной помощи пациентам с деменцией - определение приоритетных целей на каждом этапе оказания помощи в зависимости от стадии заболевания.

Планирование помощи должно быть заблаговременным, учитывающим прогрессирующий характер деменции. Предоставление паллиативной медицинской помощи должно начинаться, как только установлен диагноз деменции, когда пациент еще способен участвовать в планировании и высказывать собственные потребности, предпочтения и убеждения. При этом важно учитывать прогноз заболевания, возможности создания максимально благоприятной и комфортной среды для пациента и его семьи. Планы по оказанию помощи могут быть различными в зависимости от стадии заболевания, предпочтений пациента, конкретных условий и возможностей. Так, при легкой деменции требуется планирование на перспективу, то есть на достаточно длительное время. Один из важных вопросов, которые необходимо решить на этом этапе планирования, - выбор доверенных лиц и своевременное оформление опекунов при необходимости. При тяжелой деменции и на этапе приближения смерти приоритетным направлением планирования и оказания помощи в интересах пациента и его семьи становится создание и поддержание максимально возможного комфорта и качества жизни. По мере прогрессирования заболевания и появления новых потребностей как у пациента, так и у членов его семьи в стратегию оказания помощи пациенту могут вноситься коррективы и изменения. То есть заблаговременное планирование следует рассматривать как непрерывный процесс, требующий периодического пересмотра совместно с пациентом и его родными целей и составляющих паллиативной помощи.

Планы медицинской паллиативной помощи должны быть оформлены документально и быть доступными всем специалистам, участвующим в ведении пациента, на всех этапах оказания помощи.

организация жизнедеятельности пациентов с деменцией

Значимым фактором, положительно влияющим на поддержание функционирования и качества жизни, является максимально возможное сохранение самостоятельности пациента, его способности к самообслуживанию. Для этого необходимо помнить о некоторых правилах организации жизнедеятельности пациентов.

Повседневная жизнь пациентов с когнитивными нарушениями должна быть упорядоченной. Важно стараться соблюдать тот режим дня, к которому привык пациент, сохранять привычную обстановку у него в доме, избегать радикальных изменений в интерьере, переездов в незнакомое место, госпитализаций без существенных показаний. Обстановка вокруг пациента должна быть спокойной, не вызывающей негативных эмоций.

Разговаривать с пациентами с деменцией надо спокойно, используя несложные короткие предложения. Темп речи должен быть не очень быстрым. Не следует общаться с пациентом сразу несколькими собеседниками, например врачом,

медицинской сестре и родственнику. Рекомендуется при разговоре с пациентом исключить посторонние шумы (включенный телевизор, радио и т.д.).

Во время беседы нужно поддерживать контакт «глаза в глаза», не отвлекаться на другие дела и разговоры. Необходимо выслушивать пациента, не перебивая, применяя приемы активного слушания и при необходимости задавая уточняющие и наводящие вопросы, чтобы направить беседу в нужное русло.

При общении с пациентом с деменцией важно не вступать в споры, избегать конфликтов. При проявлениях агрессии и грубости у пациента нужно понимать, что это тоже симптомы болезни, а не свидетельство плохого характера пациента или его отрицательного отношения к собеседнику.

Пациенту и его семье нужно помочь в организации максимально комфортного безопасного быта: рассмотреть возможности отключения бытового газа, ограничения пользования бытовыми электроприборами, разъяснить необходимость наличия поручней и противоскользящих ковриков в ванной комнате и туалете.

Также важно обучить родственников способам контроля приема лекарственных препаратов (использование таймера, будильника, разноцветных баночек с подписями или специальных устройств для приема лекарств по часам), чтобы избежать их избыточного приема и передозировки или, напротив, пропусков в приеме, приводящих к снижению эффективности лечения.

Важнейший компонент ухода за пациентами с деменцией - социально-бытовая и психологическая поддержка, так как пациенты с когнитивными нарушениями при сохранности критики к своему состоянию могут осознавать имеющиеся у них проблемы, что часто приводит к развитию эмоциональных нарушений - тревоги, страха, депрессии. Большое значение имеет поддержка и помощь со стороны членов семьи пациентов.

В связи с этим при оказании помощи пациентам с когнитивными нарушениями необходимо активно вовлекать в этот процесс членов их семьи, проводить их обучение по вопросам, касающимся заболевания, его лечения, ухода за пациентом, возможных прогнозов. Лицам, осуществляющим уход за пациентами с деменцией, должна быть оказана максимальная психологическая, информационная, социальная и иная поддержка.

Родственников пациента необходимо информировать о течении и прогрессировании заболевания, возможностях паллиативной помощи и ухода. Информационная поддержка, так же как и паллиативная помощь в целом, должна быть непрерывной и соответствовать текущим потребностям пациента и его семьи.

особенности питания пациентов с деменцией

Проблемы, связанные с нарушениями питания, часто встречаются у пациентов с деменцией. Важно своевременно выявлять и устранять эти нарушения, так как они могут не только усугублять деменцию, но и приводить к развитию сопутствующих патологических состояний.

Проблемы с питанием являются наиболее распространенным осложнением при прогрессирующей деменции. Они включают оральную дисфагию (например, удерживание пищевого комка за щекой); глоточную дисфагию, вызывающую аспирацию; неспособность самостоятельно питаться или отказ от еды. При наличии проблем с питанием следует учитывать острые состояния (например, проблемы с зубами) и решать обратимые проблемы, руководствуясь целями оказания медицинской помощи - комфортом или продлением жизни.

Частые проблемы, связанные с питанием, при деменции:

- пациент не узнает пищу;
- пациент забыл, какие блюда он любит;
- пациент отказывается от пищи или выплевывает ее;
- пациент сопротивляется при попытке его накормить;
- пациент просит дать ему несочетаемые комбинации продуктов.

Такое поведение может быть обусловлено как когнитивными нарушениями, которые приводят к снижению аппетита, утрате чувства голода и уменьшению потребности в регулярном приеме пищи, так и нарушениями со стороны слизистой оболочки ротовой полости или проблемами, связанными с состоянием зубов или зубных протезов пациента. Эти проблемы необходимо своевременно выявлять и по возможности устранять.

Лицам, осуществляющим уход, следует объяснить, как можно облегчить решение проблем, связанных с питанием пациента:

- напоминать пациентам о необходимости приема пищи;
- обсуждать с пациентом меню на предстоящий день;
- по возможности вовлекать пациента в процесс приготовления пищи;
- предлагать пациенту небольшие порции;
- стараться, чтобы пища выглядела привлекательно;
- стараться сохранять спокойствие, так как состояние стресса у ухаживающего лица может передаваться пациенту;
- на прием пищи нужно отводить достаточное время, чтобы не спешить и не торопить пациента;
- если пациент не может есть самостоятельно (например, при дис-праксии), можно дать ему в руки столовые приборы и помогать брать пищу и доносить ее до рта;
- стараться учитывать и принимать изменения поведения и пищевых привычек, гибко подходить к проблемам питания и кормления пациента;
- уделять особое внимание гигиене полости рта, состоянию зубов и зубных протезов.

Зондовое питание, которое иногда предлагают использовать у пациентов с выраженной деменцией, утративших способность есть самостоятельно, в настоящее время не рассматривается как метод, оказывающий положительное влияние на состояние пациентов, и может быть назначено на ограниченный срок у пациентов с деменцией легкой и средней тяжести, если недостаточное потребление пищи было вызвано потенциально обратимым состоянием, например инсультом, и назначение зондового питания позволит улучшить прогноз. Назначение зондового питания пациентам с тяжелой деменцией не рекомендуется.

Нет убедительных данных, которые бы показали, что зондовое кормление снижает риск развития аспирационной пневмонии или инфекционных заболеваний, предотвращает развитие истощения и пролежней, улучшает функциональный статус, уменьшает чувство дискомфорта или продлевает жизнь пациентов. В то же время имеются данные о ряде неблагоприятных эффектов зондового кормления, самым частым из которых, как это ни парадоксально, является аспирационная пневмония.

В связи с этим рекомендуется избегать применения постоянного зондового питания у пациентов с деменцией, а предпочтение отдавать правильному умелому кормлению с ложки.

Не менее важно для больных деменцией обеспечение достаточного потребления жидкости. Следует предлагать пациенту воду, соки, морсы. При необходимости может проводиться парентеральное введение жидкости для регидратации на фоне инфекционных заболеваний. Однако следует учитывать, что при приближении смерти такой метод регидратации становится неуместным.

особенности терапии сопутствующих заболеваний у пациентов с деменцией

Сопутствующие соматические заболевания, интеркуррентные инфекции, полипрагмазия или передозировка лекарственных препаратов могут оказывать выраженное негативное влияние на состояние пациентов с деменцией.

Необходимо обеспечить раннее выявление и адекватную терапию сопутствующих заболеваний, коррекцию декомпенсированных функций, лечение инфекционных заболеваний.

Говоря о лечении инфекционных заболеваний у больных с тяжелой деменцией, следует подчеркнуть, что надо избегать необоснованного назначения антимикробной терапии. По данным одного из проспективных исследований пациентов в сестринских домах ухода, в течение года две трети подопечных имели инфекции дыхательной системы или мочевыводящих путей. Однако назначение антибактериальных препаратов не всегда осуществлялось по показаниям: препараты назначались 57-62% больных, но менее половины всех пролеченных инфекций дыхательной системы и только 19% пролеченных инфекций мочевыводящих путей соответствовали минимальным клиническим критериям для начала применения антимикробных препаратов. Необоснованный диагноз инфекции мочевыводящих путей нередко базируется только на изменении ментального статуса, без клинического подтверждения, например повышения температуры тела. Трудности постановки диагноза без описания жалоб, без характерной клинической картины приводят к ошибкам в терапии. Применение антибиотиков при инфекционных заболеваниях может быть необходимо для облегчения симптомов и продления жизни пациента, например при пневмонии. Если цель лечения - продление жизни, возможно, назначение антибактериальной терапии оправдано. Если же цель лечения - создание комфорта, следует прибегнуть только к облегчению симптоматики.

Важно контролировать и корректировать лекарственную терапию, которую следует регулярно пересматривать в соответствии с целями оказания помощи и ожидаемой продолжительностью жизни с учетом результатов лечения и побочных действий препаратов. Рекомендуется максимально ограничить применение лекарственных препаратов, которые могут ухудшать когнитивные функции (психотропные средства, включая бензодиазепины, барбитураты, нейролептики; антихолинергические средства).

При оказании помощи пациентам с деменцией важно соблюдать холистический подход к выявлению и купированию симптомов, которые могут быть взаимосвязаны или выражаться в различных формах (например, боль может проявляться ажитацией).

Для скрининга и мониторинга состояния пациентов с деменцией нужно использовать специальные инструменты (например, Pain Assessment in Advanced Dementia Scale для оценки боли) (см. раздел «Болевой синдром»).

Для купирования физических симптомов, коррекции поведенческих нарушений и дискомфорта следует применять все возможные доступные нефармакологические и фармакологические методы. В то же время при решении вопросов о выборе методов лечения, их целесообразности и эффективности следует учитывать недопустимость применения излишне агрессивных, обременительных и бесполезных методов.

показания для госпитализации пациентов с деменцией

Госпитализация и связанные с ней польза и риски должны рассматриваться исходя из целей оказания помощи и стадии заболевания. Следует помнить, что резкая перемена обстановки при госпитализации в стационар или хоспис может негативно повлиять на состояние пациента с деменцией, ухудшая как когнитивные функции, так и эмоциональное состояние. Поэтому для направления пациента в стационар должны быть очень веские основания.

Показаниями к госпитализации пациента с деменцией могут служить:

- действия и поведение пациента, представляющие опасность для него и окружающих (выраженное психомоторное возбуждение,

агрессивное поведение, систематизированные бредовые синдромы, суицидальные попытки и т.д.);

- выраженные когнитивные нарушения, приводящие к психической беспомощности, гигиенической и социальной запущенности, бродяжничеству;

- социальные факторы, невозможность оказания необходимой помощи и обеспечения ухода.

Показаниями к недобровольной госпитализации являются непосредственная опасность больного для него самого и окружающих; беспомощность, то есть неспособность самостоятельно удовлетворять основные жизненные потребности при отсутствии надлежащего ухода; риск существенного вреда здоровью вследствие ухудшения психического состояния, если пациент будет оставлен без психиатрической помощи.

психосоциальная и духовная поддержка пациентов с деменцией и членов их семьи

Пациенты с деменцией и члены их семей нуждаются в эмоциональной поддержке со стороны медицинских работников. Большое значение для пациентов имеет также духовная поддержка. Важно уважать религиозные взгляды пациентов, обеспечивать им возможность получить доступ к религиозным обрядам и ритуалам, к помощи со стороны духовных наставников.

Члены семьи пациентов с деменцией, несущие бремя ухода за тяжело больным человеком, также нуждаются в поддержке как на протяжении болезни пациента, особенно при установлении диагноза, в периоды ухудшения его состояния, при госпитализациях, так и после его смерти.

особенности паллиативной помощи пациентам с болезнью паркинсона

БП - это хроническое, прогрессирующее и неизлечимое нейро-дегенеративное заболевание, которым в настоящее время страдает более 10 млн человек во всем мире. Это число будет только увеличиваться по мере старения населения планеты. У многих пациентов с БП потребность в медицинской помощи растет на более поздних стадиях заболевания. Дегенерация некоторых ядер ствола мозга с нарушением его функциональных связей с базальными ганглиями, лимбической системой, лобной корой обуславливает развитие депрессии, тревоги, апатии, расстройств ночного сна и повышенной дневной сонливости, когнитивных нарушений, нарушений мочеиспускания (гиперактивного мочевого пузыря), которые в различных сочетаниях на разных стадиях заболевания встречаются у 30-80% больных. В результате поражения периферических вегетативных ганглиев на развернутых и поздних стадиях заболевания развивается вегетативная недостаточность (ортостатическая гипотензия); гипокинезия мышц желудочно-кишечного тракта. С прогрессированием нейродегенеративного процесса и нарастанием дисфункции подкорково-корковых связей, коры мозга когнитивные нарушения могут достигать степени деменции,

возможно развитие психотических нарушений (галлюцинации, делирий) у 70- 80% больных на поздних стадиях. На ранних стадиях заболевания уход за пациентами обычно фокусируется на двигательных симптомах, включая тремор, постуральную нестабильность, нарушения походки и ригидность. Однако при прогрессировании заболевания потребности пациента выходят за рамки двигательных симптомов и охватывают широкий спектр других проявлений, включая вегетативную дисфункцию, когнитивные жалобы, проблемы с настроением, боль и психоз. Проспективные исследования демонстрируют увеличение тяжести симптомов и ухудшение качества жизни на более поздних стадиях заболевания. Higginson et al. показали, что у более чем 80% пациентов с БП развиваются боли, трудности при ходьбе, утомляемость и сонливость, а у более чем половины прогрессируют коммуникативные проблемы, проблемы с речью и слюнотечением, способностью пользоваться верхними конечностями, спазмы/скованность, проблемы со сном, запоры, проблемы с мочевым пузырем, проблемы с глотанием и одышка.

боль

Боль - это распространенный, но недостаточно своевременно выявляемый симптом при БП. До 85% людей с БП испытывают боль, кроме того, многие пациенты с БП (25% на ранней стадии и 16% на поздней стадии) считают боль одним из трех наиболее неприятных симптомов, существенно влияющих на качество их жизни. Боль приводит к ухудшению двигательной функции, психического здоровья, усугублению депрессии, нарушению социального функционирования и общего состояния здоровья. Лица, ухаживающие за пациентами с БП, описывают боль в конце жизни как плохо поддающуюся контролю.

Пациенты с БП часто предъявляют жалобы на «сжимающие» и «тянущие» ощущения в шее, спине, ногах, «жгучие», «покалывающие» ощущения в различных областях тела, в том числе в полости рта и в области гениталий. Самыми частыми терминами, которыми пациенты описывают боли, являются слова «тупые», «грызущие» и «обжигающие».

В некоторых публикациях высказывается предположение, что вследствие усиления периферической афферентации за счет наличия разнообразных двигательных нарушений, приводящих к изменению взаимоотношения мышц агонистов и антагонистов, меняется привычная биомеханика движения, обуславливая микротравматизацию мышц, связочного аппарата, суставных капсул, вызывая в них асептическое воспаление, приводящее к активации периферических ноци-цепторов. Скелетно-мышечные боли могут возникать из-за нарушения нормальной биомеханики двигательного акта, обусловленной изменением мышечного тонуса. Для них характерен ноющий, ломящий характер, судороги. Периферические нейропатические боли развиваются вследствие дегенеративных заболеваний позвоночника, причем их интенсивность снижается на фоне увеличения дозы леводопы, однако они не исчезают полностью. Ригидность, свойственная БП, также может провоцировать боли, вследствие отсутствия расслабления в мышечных волокнах развивается отек и асептическое воспаление. Механизм развития так называемых центральных болей пока не объясняется. Считается, что они возникают из-за дисбаланса ноцицептивной и антиноцицептивной систем - в основном за счет снижения активности последней. Наконец, большое влияние на снижение болевого порога у больных БП оказывает депрессия.

Общепринятых рекомендаций по обезболиванию при БП нет, как нет рандомизированных контролируемых исследований. Существующие рекомендации основываются на этиопатогенетической классификации болевого синдрома. Боль при БП условно делят на пять категорий (опорно-двигательная, корешковая/невропатическая, дистоническая, центральная и акатизическая). Соответственно типам боли рекомендуются и методы лечения. Скелетно-мышечную

боль можно лечить с помощью лечебной физкультуры и простых анальгетиков, таких как [парацетамол](#) (Ацетаминофен[®]) или НПВП. Дистоническую боль можно купировать с помощью дофаминергических препаратов и/или ботулинического токсина. Корешковые и нейропатические боли поддаются лечению с помощью обезболивающих препаратов центрального действия, таких как [габапентин](#) или [дулоксетин](#). Центральные болевые синдромы трудно поддаются лечению, но могут реагировать на обезболивающие препараты центрального действия из группы антиконвульсантов, таких как [габапентин](#) или [дулоксетин](#). Наконец, есть некоторые доказательства того, что глубокая стимуляция мозга может облегчить боль. Для сложных пациентов с трудноизлечимой болью необходим мультидисциплинарный подход, включающий устранение лежащей в основе депрессии, которая является частой сопутствующей патологией, и осуществление различных программ физических упражнений. У пациентов с нарушенной коммуникацией боль может быть частой причиной возбуждения, которое следует оценивать в свете возникающих поведенческих проблем.

вегетативная дисфункция

Вегетативная дисфункция при БП может быть либо вторичной по отношению к самому заболеванию, либо побочным эффектом дофаминергических препаратов. Общие симптомы включают запор, частое и urgentное мочеиспускание, ортостатическую гипотензию, гипергидроз, слюнотечение и сексуальную дисфункцию. Воздействие на вегетативную дисфункцию при БП может быть трудновыполнимым. Сначала, если и когда это возможно, необходимо откорректировать дофаминергическую терапию. Широко распространенным симптомом является ортостатическая гипотензия. Для ее коррекции используют такие маневры, как скрещивание ног, сгибание пальцев ног и сокращение бедер, подъем изголовья кровати, ношение эластичных чулок и физические упражнения. Если эти меры неэффективны, пациентов можно попросить увеличить потребление жидкости и соли и, возможно, начать принимать лекарства, такие как [флудрокортизон](#) и [мидодрин](#). При дисфункции мочевыводящих путей и недержании мочи назначается физиотерапия мышц тазового дна и чрескожная стимуляция заднего большеберцового нерва. Показано назначение антихолинергических препаратов, но оно сопровождается выраженными нежелательными побочными эффектами, такими как головокружение, помутнение зрения, спутанность сознания и запор. Назначаются также инъекции ботулинического токсина в детрузорную мышцу.

Слюнотечение - это еще один симптом, вызывающий значительную социальную стигматизацию. Учитывая, что слюнотечение происходит не из-за избыточной выработки слюны, а из-за дисфагии, вызывающей накопление слюны, методы лечения включают логопедию и тактику поощрения глотания, например жевание жвачки или сосание твердой конфеты. Лекарства, такие как гликопирролат[®] (быстродействующий антагонист мускариновых рецепторов пролонгированного действия), скополамин[®] и [тригексифенидил](#) (противопаркинсонический препарат из группы центральных холиноблокаторов), могут использоваться для уменьшения образования слюны, но они могут повышать вязкость слюны, затрудняя ее глотание. Кроме того, эти лекарства имеют множество побочных эффектов, таких как атония кишечника и мочевого пузыря, а также когнитивные нарушения. Из-за выраженных побочных явлений эти препараты не рекомендуются в пожилом и старческом возрасте. Иногда применяется введение глазных капель атропина под язык для ограничения его системных побочных эффектов. В тяжелых случаях могут быть рекомендованы инъекции ботулина в слюнные железы.

РАССТРОЙСТВО НАСТРОЕНИЯ

Психоэмоциональные расстройства при БП включают депрессию, тревогу, апатию и психоз, которые могут негативно влиять на качество жизни как пациентов, так и их опекунов, влияя на сон, увеличивая усталость и ограничивая социализацию. Симптомы депрессии, апатии могут уменьшиться на фоне назначения или коррекции дозы противо-паркинсонических препаратов. При недостаточной эффективности основной терапии, а также при тяжелой депрессии, повышенной тревоге рекомендуются антидепрессанты - ингибиторы обратного захвата серотонина, ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, например пароксетин (Паксил*) в дозе 10-20 мг/сут, сертралин (Золофт*, Асентра*) в дозе 25-50 мг/сут, эсциталопрам (Ципралекс*) в дозе 10-20 мг/сут, венлафаксин (Велафакс*) в дозе 75-150 мг/сут. Назначение трициклических антидепрессантов (амитриптилина, нор-триптилина^р) пациентам пожилого и старческого возраста обосновано при тяжелой депрессии в случае неэффективности ингибиторов обратного захвата серотонина и норадреналина, что связано с антихолинергическим действием препаратов.

При сочетании депрессии с нарушениями сна назначают антидепрессанты с седативным действием - тразодон (Триттико*) по 50-150 мг на ночь, миансерин (Леривон*) по 30 мг на ночь.

В случае прогрессирующих когнитивных расстройств, зрительных галлюцинаций назначают ингибитор ацетилхолинэстеразы - ривастигмин (Экселон*) в дозе 3-12 мг/сут внутрь или 4,6-13,3 мг/сут наружно в форме пластыря. Для коррекции зрительных галлюцинаций, делирия, ночного возбуждения применяются атипичные нейролептики кветиапин в дозе 25-100 мг/сут, клозапин (Азалептин*) в дозе 25-100 мг/сут.

Что касается того, какие антипсихотические препараты более эффективны у пациентов с БП, литература до сих пор не дает однозначного ответа.

БЕССОННИЦА

Считается, что эти нарушения связаны либо с самим заболеванием, либо с побочными эффектами лекарств от БП. Распространенные жалобы включают трудности с засыпанием или продолжением сна, дневную сонливость с приступами сна, фрагментацию сна, а также насильственные сновидения и поведение во сне, соответствующее расстройству быстрого сна. Исследование, проведенное Duncan et al., показало, что нарушения сна оказывают значительное влияние на оценку качества жизни, связанную со здоровьем, что требует вмешательства.

Вмешательства в значительной степени зависят от основной этиологии нарушения сна пациента. Это могут быть побочные эффекты противопаркинсонических препаратов, боль, проблемы с мочеиспусканием, депрессия, галлюцинации и психоз.

В качестве нелекарственной терапии показаны двигательная реабилитация, регулярная дозированная физическая нагрузка, речевая терапия, психотерапия, когнитивный тренинг, соблюдение правил гигиены сна и бодрствования. Дозировку противопаркинсонических препаратов следует рассчитать так, чтобы оптимизировать контроль над двигательными симптомами и минимизировать побочные эффекты.

Лекарства, используемые при БП, могут быть скорректированы или рассчитаны по-разному, чтобы оптимизировать контроль двигательных симптомов и минимизировать побочные эффекты.

Таким образом, паллиативная помощь пациентам с БП включает взаимодействие специалистов разного профиля, а также медицинских сестер, социальных работников, инструкторов и врачей лечебной физкультуры, специалистов по реабилитации.

особенности общения с пожилыми пациентами при оказании паллиативной помощи

Тяжелые психологические переживания пациента, связанные с пониманием, что возможности медицинской помощи исчерпаны и наступает тот момент, когда смерть становится близкой реальностью, требуют особого подхода со стороны медицинских работников, обеспечивающих паллиативную помощь. Даже в преклонном возрасте люди не всегда готовы говорить о смерти и боятся ее приближения.

Пожилые люди довольно трудно воспринимают вербальное общение. При этом общение через какой-то образ, воплощенный в мягкой игрушке или кукле, обеспечивает необходимый контакт. Можно подсказать родным пациента, чтобы они сделали такой подарок. В основе этого своеобразного метода психотерапии лежит перенос на игрушку чувств, которые бы вызвали у больного его близкие или друзья.

Не менее важно формирование эмоционального контакта с пациентом. Больной и его родные сразу же почувствуют, если врач или медицинская сестра искренне настроены на облегчение страданий. Лишний раз сказанное доброе слово, похвала за соблюдение рекомендаций, заинтересованность в том, как справляются близкие с уходом, любая позитивная информация создают доверительную атмосферу и способствуют появлению положительных эмоций, важных и необходимых для человека, время которого в этой жизни ограничено.

Тяжелое заболевание на каждой стадии своего развития вызывает у всех больных кратковременную или более длительную душевную (психическую) реакцию. Самой тяжелой из всех является, конечно же, последняя стадия: надежды на выздоровление больше нет, силы покидают, боль усиливается, мысли о скорой смерти вызывают множество вопросов и страхов. Часто у таких больных возникает потребность переосмыслить прожитую жизнь, и возможно, появляется желание и потребность осуществить то, что было задумано, но не выполнено. На этом этапе пациентам необходима помощь психолога, а возможно, и священнослужителя, если пациент готов ее принять. Беседы со священником могут помочь пациенту иначе взглянуть на прожитую жизнь, на неосуществившиеся желания, а также подготавливают к медленному прощанию с собственной жизнью и связанными с ней людьми. Наиболее частыми реакциями, возникающими на завершающем этапе борьбы с заболеванием, являются страхи. Страхи тяжелобольных часто сложно распознать, так как они выражаются не так, как мы привыкли это понимать. Многие пациенты уходят в себя от внешнего мира, некоторые ведут себя агрессивно, иногда душевная боль трансформируется в физическую.

Причины страха могут быть разными:

- страх перед болезненными вмешательствами (например, перед обследованием или операцией);
- страх потери (физических функций, самоконтроля, семейных связей, экономической безопасности);
- страх, вызванный опасениями побочных эффектов химиотерапии, облучения, болеутоляющих средств);
- страх перед физической болью и страданиями;
- страх, обусловленный приближающейся смертью, «душевный страх» («Что будет дальше?»).

Необходимо помнить, что больному не всегда понятны его страхи и их причины, он часто не может сказать, что же конкретно его беспокоит и тревожит более всего. Но в любом случае необходимо внимательно присматриваться к таким проявлениям у

Источник KingMed.info

пациентов и предупредить ухаживающих родственников о возможных психоэмоциональных реакциях

Заключение

Врачи, работающие в медицинских организациях первичного звена здравоохранения, неизбежно вовлекаются в процесс оказания паллиативной помощи больным на последних стадиях развития тяжелых хронических заболеваний. Это регламентировано как законодательными актами, так и приказами Министерства здравоохранения РФ, утверждающими порядок оказания паллиативной помощи взрослым и детям. Даже при достаточном развитии сети хосписов и отделений паллиативной помощи стационаров сотрудникам амбулаторных учреждений придется выступать координаторами организации помощи терминальным больным. Отчасти это продиктовано тем, что решение о том, в каком месте пациент проведет последние дни своей жизни, остается за ним и членами его семьи.

Уважение к личности человека, потерявшего самостоятельность, свои социальные функции, страдающего от жестокой боли и других симптомов, присущих тяжелому хроническому заболеванию, должно стать одним из главных принципов работы всей команды, вовлеченной в процесс оказания паллиативной помощи.

Как ни в какой другой ситуации, тяжелые психологические страдания испытывают и родственники такого пациента. Об их психологической поддержке и ободрении не следует забывать как при сообщении о плохом прогнозе заболевания, так и при консультации по уходу за умирающим человеком.

рекомендуемая литература

1. Белая книга: стандарты и нормы хосписной и паллиативной помощи в Европе. URL: http://www.pallcare.ru/File/WP_Part_1+2_Translation-RU.pdf
2. Паллиативная помощь взрослым и детям: организация и профессиональное обучение. Сборник документов ВОЗ и ЕАПП. М.: Р. Валент, 2014. 180 с.
3. Семейная медицина. Избранные лекции / под ред. О.Ю. Кузнецовой. 3-е изд., перераб. и доп. СПб.: Медиздат-СПб, 2018. 816 с.: ил.
4. Клинические рекомендации по коррекции синдрома анорексии-кахексии у онкологических больных Ассоциация онкологов России. URL: <http://oncology-association.ru/docs/recomend/april2015/42vz-rek.pdf>
5. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании: пер. с англ. К.: София, 2001. 320 с.
6. Приказ Минздрава России и Минтруда России от 31.05.2019 № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья». URL: <https://pro-palliativ.ru/library/prikaz-n-345n-372n-ob-utverzhdenii-polozheniya-ob-organizatsii-okazaniya-palliativnoj-meditsinskoj-pomoshhi/>
7. Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», 2018. URL: <http://https://www.pro-hospice.ru/klinicheskiye-recomendaciyi>
8. Невзорова Д.В., Гремякова Т.А. Паллиативная седация: регуляторные, этические и клинические аспекты // Pallium. Паллиативная и хосписная помощь. 2019. № 1. С. 24-29.
9. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 11.01.2011 № 1 (в ред. от 21.07.2016) «Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции». URL: <https://www.roszdravnadzor.ru/documents/310>

10. Бакулин И.Г., Варламичева А.А. Отечно-асцитический синдром: практический алгоритм. Эффективная фармакотерапия. Гастроэнтерология. 2014. Спецвыпуск № 2 (43). URL: https://umedp.ru/articles/11.gastroenterologiya/gastroenterologiya_2014/?SECTION_CODE=gastroenterologiya%2Fgastroenterologiya_2014%2F
11. Уход за ослабленными пожилыми людьми. Российские рекомендации. М.: Человек, 2018. 224 с.
12. Основы паллиативной помощи: пер. с англ. / под ред. Р. Твайкрасса, Э. Уилкока /URL: <http://www.pallcare.ru/ru/?p=1190872408>
13. Нодель М.Р., Яхно Н.Н. Двигательные расстройства // Гериатрия : национальное руководство / под ред. О.Н. Ткачевой, Е.В. Фроловой, Н.Н. Яхно 608 с. : ил. (Серия «Национальные руководства»).
14. Одышка в паллиативной помощи. Практические рекомендации для врачей. URL: <https://pro-palliativ.ru/blog/odyshka-v-palliativnoj-pomoshhi/>
15. Орлова Я.А., Ткачева О.Н., Арутюнов Г.П., Котовская Ю.В., Васюк Ю.А., Лопатин Ю.М., Мареев В.Ю., Мареев Ю.В., Стражеско И.Д., Скворцов А.А., Рунихина Н.К., Фролова Е.В. Особенности диагностики и лечения хронической сердечной недостаточности у пациентов пожилого и старческого возраста. Мнение экспертов Общества специалистов по сердечной недостаточности / Российской ассоциации геронтологов и гериатров и Евразийской ассоциации терапевтов // Кардиология. 2018 №58 (12S). С. 42-72. URL: <https://doi.org/10.18087/cardio.2560>
16. Инсульт у взрослых: центральный парез верхней конечности. Клинические рекомендации / под общ. ред. О.А. Мокиенко, Н.А. Супоневой. М.: МЕДпресс-Информ, 2018. 224 с.
17. Неврология. Национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 880 с.
18. Клинические рекомендации «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста». Год утверждения (частота пересмотра): 2020. URL: http://rgnkc.ru/images/pdf_documents/hronicheskaya_bol_26_01_2020.pdf
19. Рекомендации ESC по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности 2016. Рабочая группа по диагностике и лечению острой и хронической сердечной недостаточности Европейского Общества кардиологов // Российский кардиологический журнал. 2017.1(141). С. 7-81. URL: <http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2017-1-7-81>
20. Chan K.S., Tse D.M.W., Sham M.M.K. Dyspnoea and other respiratory symptoms in palliative care. 2015. In: Oxford Textbook of Palliative Medicine [Internet]. Oxford Medicine Online: Oxford University Press. 5th edition. [1-44].
21. Gleeson A. Management of less common symptoms in palliative care // Medicine. Volume 48. Issue 1. 2020. P. 43-47. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2019.10.008>. (<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1357303919302518>)
22. Morice A.H., Millqvist E., Bieksiene K., et al. ERS guidelines on the diagnosis and treatment of chronic cough in adults and children. Eur. Respir. J. 2019. in press (<https://doi.org/10.1183/13993003.01136-2019>)
23. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками / под ред. Л.В. Стаховской. М., 2017. 208 с.

24. Инсульт у взрослых: центральный парез верхней конечности. Клинические рекомендации / под общ. ред. О.А. Мокиенко, Н.А. Супоновой. М.: МЕДпресс-Информ, 2018. 224 с.

25. Guidelines for the Prevention of Stroke in Patients With Stroke and Transient Ischemic Attack // Stroke. 2014. Vol. 45. P. 2160-2236.

26. Общество родственников по борьбе с инсультом - ОРБИ-фонд.
URL: <http://www.orbifond.ru>

27. Неврология. Национальное руководство / под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. 880 с.

28. Su K.G., Carter J.H., Tuck K.K., Borcich T., Bryans L.A., Mann L.L., Wilhelm J.L., Fromme E.K. Palliative care for patients with Parkinson's disease: an interdisciplinary review and next step model // Research and Reviews in Parkinsonism. 2017. Vol. 7. P. 1-12. URL: <https://doi.org/10.2147/JPRLS.S106184>

29. Клинические рекомендации Российского общества по изучению печени и Российской гастроэнтерологической ассоциации по лечению осложнений цирроза печени // Рос журн. гастроэнтерол. гепатол. колопроктол.

2016. Vol. 26(4).

URL: <https://pdfs.semanticscholar.org/8576/5ec54e41c28a6cd1c3c5ecc50de98d83f404.pdf>

30. Бакулин И.Г., Варламичева А.А. Асцит. Спонтанный бактериальный перитонит, гепаторенальный синдром: что общего в диагностике и лечении? // Терапевтический Архив. 2015. Vol. 4. P. 77-83. URL: <https://www.mediasphera.ru/issues/terapevticheskj-arkhiv/2015/4/downloads/ru/35.190040366020150414>

31. Организация нутритивной поддержки в комплексе паллиативной медицинской помощи детям: пособие для врачей-педиатров / Е.В. Полевиченко, Н.Н. Савва и др. М.: Проспект, 2018. 128 с.

32. Как избежать осложнений неизлечимой болезни у ребенка. Рекомендации по паллиативному уходу. М., 2015. 44 с., ил.

33. Authors: Anne M Walling, MD, PhD Neil Wenger, MD Palliative care for patients with end-stage liver disease Literature review current through: Mar 2020. | This topic last updated: Mar 06, 2020. URL: <https://www.uptodate.com/contents/palliative-care-for-patients-with-end-stage-liver-disease>

34. BCGuidelines.ca: Palliative Care for the Patient with Incurable Cancer or Advanced Disease Part 2: Pain and Symptom Management Pain Management: Appendix B (2017). URL: <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/practitioner-professional-resources/bc-guidelines/palliative-pain-management#part2-depression>

35. Недостаточность питания: нутритивная поддержка и регидратационная терапия у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения РФ. 2017. 79 с. URL: <https://www.pro-hospice.ru/klinicheskije-recomendaciyi>
информационные ресурсы

1. Ассоциация профессионалов хосписного движения «Между прошлым и будущим». URL: <http://www.pro-hospice.ru/>

2. Детский хоспис Санкт-Петербурга. URL: <http://www.детскийхоспис.рф>

3. Российская ассоциация паллиативной медицины. URL: <http://www.palliated.ru/>

4. Фонд помощи хосписам Вера. URL: <http://www.hospicefund.ru/>

Приложение 1. шкала оценки работы команды паллиативной помощи

определения и рейтинг

общие замечания

Проблема, требующая решения при оказании помощи терминальным больным, оценивается в 5 баллов (по пятибалльной шкале - от 0 до 4) при первом контакте с пациентом, затем еженедельно до самой смерти.

Высокая оценка обозначает большое количество проблем, связанных с оказанием помощи, низкая оценка - напротив, указывает на незначительное количество проблем.

Семья обозначает ближайших пациенту лиц, оказывающих помощь (включая родителей, супругов, друзей), NB! Их состав может меняться постоянно.

Другие профессионалы - другие медицинские работники, включая врача общей практики, участковую медицинскую сестру, социального работника, сотрудников стационара.

Балл 9 выставляется, если вы не можете оценить какую-либо позицию.

Балл 8 выставляется, если оценка неприемлема (например, оценка степени тревоги членов семьи, если их нет). Так можно обозначать и другие позиции.

Балл 7 выставляется для всех позиций, если в течение недели не было контактов с пациентом или членами его семьи.

Чтобы получить дополнительную информацию, пожалуйста, обращайтесь (приведена контактная информация автора шкалы Irene Higginson):

Professor Irene Higginson Department of Palliative Care, Policy and Rehabilitation King's College London Weston Education Centre Cutcombe Road LONDON SE5 9RJ Tel No: 020 7848 5516 Fax No: 020 7848 5517

Вы можете использовать Шкалу оценки работы команды паллиативной помощи (Support Team Assessment Schedule), но, если вы будете ее применять в этом виде или адаптированной форме, пожалуйста, сообщите нам в письменном виде и упомяните нас в разделе «благодарности» в своих написанных материалах или презентациях.

1. Контроль боли.

Наличие боли и ее влияние на пациента

0 = Нет.

1 = Боль беспокоит время от времени или имеется незначительная

боль в одном месте и не настолько беспокоит пациента, чтобы требовать устранения.

2 = Боль выражена умеренно, возникает время от времени и огра-

ничивает некоторые виды активности, что, возможно, связано с прогрессированием заболевания.

3 = Сильная боль появляется часто. В результате этого активность и концентрация заметно нарушены.

4 = Сильная и постоянная боль, лишаящая пациента возможности

думать о чем-либо другом.

2. Контроль других симптомов (тошнота, рвота, констипация и др.).

Влияние других симптомов на состояние пациента (за исключением боли)

0 = Нет.

1 = Симптомы беспокоят время от времени, или присутствует один

или несколько симптомов. Пациент сохраняет обычную активность и не нуждается в их устранении.

2 = Симптомы вызывают умеренные страдания, особенно по пло-

хим дням, ограничивают некоторые виды активности, что, возможно, связано с прогрессированием заболевания.

3 = Выраженный (е) симптом (ы) беспокоят часто, в результате этого активность и концентрация заметно нарушены.

4 = Симптомы сильно выражены и беспокоят постоянно, лишают пациента возможности думать о чем-либо другом.

3. Тревога пациента.

Влияние тревоги на пациента

0 = Нет.

1 = Волнения связаны только с какими-то переменами.

Физические или поведенческие симптомы тревоги отсутствуют. Концентрация не нарушена.

2 = Ожидание изменений или проблем: на грани. Время от времени появляются физические или поведенческие симптомы тревоги.

3 = Тревога появляется часто. Присутствуют физические/поведенческие симптомы. Концентрация заметно нарушена.

4 = Полное и постоянное поглощение тревогой и волнениями.

Невозможность думать о чем-то другом.

4. Тревога семьи.

Влияние тревоги на семью

Семья - люди, наиболее близкие пациенту, осуществляющие уход. В комментариях, пожалуйста, опишите, кто именно осуществляет уход (родители, супруги, родственники, друзья).

NB! Эта позиция может все время меняться, пожалуйста, отражайте эти изменения в разделе «Комментарии».

0 = Нет.

1 = Волнения связаны только с какими-то переменами.

Физические или поведенческие симптомы тревоги отсутствуют. Концентрация не нарушена.

2 = Ожидание изменений или проблем: на грани. Время от времени

появляются физические или поведенческие симптомы тревоги.

3 = Тревога появляется часто. Присутствуют физические/поведенческие симптомы. Концентрация заметно нарушена.

4 = Полное и постоянное поглощение тревогой и волнениями.

Невозможность думать о чем-то другом.

5. Осведомленность пациента.

Осведомленность пациента о прогнозе

0 = Полная осведомленность о прогнозе.

1 = Представления о прогнозе преувеличиваются или приуменьша-

ются на 200%. Например, пациент думает, что ему осталось жить 6 мес, когда это время составляет 2-3 мес.

2 = Неуверенность в том, что ему может стать лучше, или в том,

что он будет жить еще довольно долго. Например: «Некоторые люди от этого умирают, и я, наверное, тоже скоро умру».

3 = Нереалистичность. Например, предположения вернуться к нормальной активности или работать в течение года, когда прогнозом отпущено только 3 мес.

4 = Ожидания, что сможет полностью поправиться.

6. Осведомленность семьи.

Осведомленность семьи о прогнозе

0 = Полная осведомленность о прогнозе.

1 = Представления о прогнозе преувеличиваются или преуменьша-

ются на 200%. Например, думают, что пациенту осталось жить 6 мес, когда это время составляет 2-3 мес.

2 = Неуверенность в том, что пациенту может стать лучше или в том, что он будет жить еще довольно долго. Например: «Некоторые люди от этого умирают, и он, наверное, тоже скоро умрет».

3 = Нереалистичность. Например, предположения о том, что паци-

ент может вернуться к нормальной активности или работать в течение года, когда прогнозом отпущено только 3 мес.

4 = Ожидания, что пациент сможет полностью поправиться.

7. Общение между пациентом и семьей.

Глубина и открытость общения между пациентом и семьей

0 = Общение открытое и правдивое, вербальное и невербальное.

1 = Открытое общение иногда или с некоторыми членами семьи.

Иногда с супругом или с некоторыми членами семьи.

2 = Пациент признает истинное состояние, но не обсуждает его с

семьей, которая ощущает, что не все возможные осложнения обсуждались. Возможно, они обсуждались с супругом (ой), но не со всеми членами семьи.

3 = Семья исключена, все дискуссии под запретом.

4 = Притворство.

8. Общение между профессионалами.

Вся информация о сложностях, возникающих при оказании помощи пациенту и семье, обсуждается быстро, точно и в полном объеме.

В разделе «Комментарии» отметьте, кто именно вовлечен в оказание помощи.

0 = Детальные и корректные сообщения передаются в этот же день всем сотрудникам, оказывающим помощь.

1 = Корректный обмен информацией между ключевыми профессионалами, небольшие неточности и задержка по отношению к другим членам команды.

2 = Небольшие изменения характера помощи не обсуждаются / серьезные изменения обсуждаются между ключевыми профессионалами, спустя период, превышающий один день.

3 = Обсуждение серьезных изменений тактики ведения происходит с опозданием на несколько дней-неделю. Например, между сотрудниками стационара и врачом общей практики.

4 = Пролонгированная задержка или отсутствие коммуникации, различные члены команды не знают, когда кто посещает пациента.

9. Общение профессионалов с пациентом и семьей.

Глубина информации, предоставляемой пациенту и семье командой паллиативной помощи, если есть потребность, то и другими специалистами.

0 = Полная информация. Пациент и семья могут задавать любые вопросы.

1 = Информация предоставляется, но полностью не понята.

2 = Факты предоставляются по запросу, пациент или семья хотели бы иметь больше информации.

3 = Уклончивость, избегание описания полной картины или ответа на некоторые вопросы.

4 = Избегание ответов на вопросы или посещений пациента / информация дается некорректно, вызывает стресс у пациента и семьи.

10. Планирование.

Будущие потребности пациента, по желанию, организация его/ее личных дел и специальных встреч

Эта сфера работы команды потребует в некоторых случаях, например у больных с деменцией. Следует указать эти обстоятельства в разделе «Комментарии».

0 = Выполняется полностью либо в этом нет необходимости.

1 = 1 аспект требует планирования, но не срочно, возможно, оно

было начато.

2 = 1 аспект нуждается в срочном планировании / множество проблем возникает одновременно, они были обсуждены.

3 = На этот предмет было много дискуссий в срочном порядке, у пациента есть время на обдумывание.

4 = Большинство решений не выполнено, неразбериха, очень мало времени или возможностей для планирования или приведения всех дел в порядок. Например, при ухудшении состояния или признаках близкой смерти.

11. Практическая помощь.

Потребность в практической помощи дома при осуществлении ухода с учетом возникающих сложностей у пациента и его семьи без ее предоставления.

0 = Не требуется.

1 = Один вид помощи желателен, но не срочно. Ситуация под контролем.

2 = Один вид помощи срочно нужен или в течение следующего дня, либо несколько видов помощи будут скоро нужны, пациент или семья испытывают некоторые затруднения.

3 = Разные виды помощи очень нужны, возможна некоторая импровизация со стороны семьи вместо их предоставления.

4 = Пациент ни на что не способен без базисной помощи.

12. Финансовая поддержка.

Будущие потребности в денежных пособиях в соответствии с финансовыми затруднениями пациента и семьи. Выплаты, добровольные пожертвования некоммерческих организаций

0 = Все причитающиеся дополнительные пособия получены, используются.

1 = 1 пособие желательно, пациент и семья управляют ситуацией, скоро проблема будет решена.

2 = 1 пособие срочно необходимо / несколько пособий желательны.

Пациент и семья испытывают затруднения.

3 = Срочная потребность в нескольких пособиях, семья едва справляется.

4 = Ситуация неуправляема, потребность в большом количестве пособий, ситуация вышла из-под контроля.

13. Потери времени.

Определенное количество времени пациент теряет при обследовании или ожидании приема.

0 = Потеря времени нет.

1 = 1-3 ч потеряны. Например, в результате похода за выписанным рецептом, утомляющего пациента.

2 = Половина дня-один день потеряны, например при посещении врача.

3 = Один-два дня потеряны.

4 = Два-три дня потеряны. Например, ненужная или слишком длительная госпитализация вследствие того, что исследование повторяется из-за потери предыдущих результатов анализов.

14. Душевное состояние пациента.

0 = Взгляд на себя и окружающий мир без ощущения чувства вины или восприятия болезни как наказания.

1 = Периодически возникают сомнения или нереалистичные ожидания. Пациент способен разрешить проблемы самостоятельно.

2 = Неуверенность, иногда беспокойство. Сомнения. Пациент не способен разрешить свои проблемы самостоятельно.

3 = Неуверенность, вина. Например, пациент обеспокоен, волнуется, конфликтует.

4 = Пациент теряет голову от неуверенности или чувства вины.

Он погружен в хаос. Находится в кризисе, поэтому не может ничего воспринимать, овладеть ситуацией, появляются физические и эмоциональные симптомы этого состояния.

15. Тревога у профессионалов.

Появление тревоги у профессионалов, отражающееся на качестве оказания помощи

0 = Нет.

1 = Тревога у одного сотрудника. Не совершаются ненужные действия.

2 = Один или более сотрудников охвачены тревогой, начинается потеря объективности при оказании помощи.

3 = Сотрудники в стрессе, начинаются различные телефонные звонки, не показанные в данном случае действия.

4 = Многочисленные непоказанные госпитализации. Тотальный паралич деятельности.

16. Консультанты.

Объем и скорость предоставления консультации команде, оказывающей паллиативную помощь.

0 = Консультации не нужны.

1 = 1 сотрудник нуждается в консультации в течение одной недели.

2 = 1 сотрудник нуждается в советах консультанта через 1-2 дня, или 2 и более сотрудников нуждаются в советах в течение одной недели.

3 = Срочная консультация требуется нескольким сотрудникам.

4 = Сложности, возникшие у пациента и семьи, остались нераспознанными ключевыми сотрудниками, оказывающими паллиативную помощь.

17. Индекс Карновского (используется для оценки состояния пациента).

Модифицируйте, исключив оценку в 30-20 баллов, при которой показана госпитализация.

100 = Нормальное состояние, нет жалоб или доказательств наличия болезни.

90 = В состоянии поддерживать нормальную активность, незначительные признаки и симптомы заболевания.

80 = Нормальная активность осуществляется с усилием, есть некоторые проявления симптомов и признаков заболевания.

70 = Способен к самообслуживанию. Не способен к нормальной активности или активной работе.

60 = Время от времени нуждается в посторонней помощи, но способен к самообслуживанию.

50 = Постоянно нуждается в посторонней и медицинской помощи.

40 = Недееспособен, нуждается в специализированной медицинской помощи и уходе.

30 = Значимо недееспособен.

20 = Тяжелое состояние, требующее активной поддержки.

10 = Агония, фатальный процесс быстро прогрессирует.

0 = Смерть.

18. Контакт с командой.

0 = Отсутствует.

1 = Контакт по телефону.

2 = Личный контакт при посещениях пациентом или родственниками отделения или стационара.

3 = Различные телефонные контакты, включая телефон клиники или телефон в стационаре.

4 = Посещение на дому до 1 ч.

5 = Посещение на дому до 1-2 ч.

6 = Посещение на дому от 2 до 5 ч.

7 = Посещение на дому 5 ч и более.

Телефонный контакт включает звонки членам команды.

19. Ключевые сотрудники команды.

1 =

2 =

3 =

4 =

5 =

6 =

7 =

20. Оценка качества жизни. Мобильность

В течение последней недели пациент:

2 = был способен ходить либо передвигаться в кресле-каталке по дому или на улице, и у него не было ограничений ввиду отсутствия лифта или пандуса;

1 = мог ходить по дому, но не мог преодолеть ступени или ходить на длинные расстояния;

0 = был не способен ходить, использовать кресло-каталку внутри дома и за его пределами.

Возможность самообслуживания

В течение последней недели пациент:

2 = мог сам принимать пищу, умыться, посещать туалет, одеваться, использовать муниципальный транспорт или водить машину;

1 = нуждался в помощи (другой человек или специальные приспособления) при осуществлении самообслуживания и транспортировки, но способен к выполнению простых обязанностей;

0 = не способен к самообслуживанию даже в обеспечении примитивных потребностей, не мог самостоятельно жить дома или пребывать в лечебном учреждении без посторонней помощи.

Здоровье

В течение последней недели пациент:

2 = чувствовал себя хорошо, даже очень хорошо практически все время;

1 = ощущал упадок сил или не чувствовал себя полностью «в порядке» чаще, чем от времени ко времени;

0 = чаще всего чувствовал себя очень больным, чувствовал себя отвратительно, абсолютно выжатым или пребывал без сознания.

Поддержка

В течение последней недели пациент:

2 = имел хорошие отношения с членами семьи и получал помощь и поддержку хотя бы от одного из родственников или друзей;

1 = помощь, оказываемая семьей, не соответствовала или ощущалась несоответствующей состоянию пациента;

0 = помощь семьи или друзей была непостоянной либо предоставлялась, когда была абсолютно необходимой, либо оказывалась пациенту при развитии бессознательного состояния.

Точка зрения пациента outlook

В течение последней недели пациент:

2 = обычно был настроен позитивно, ощущал, что может контроли-

ровать как свои личные обстоятельства, так и окружающую его среду;

1 = периодически был обеспокоен тем, что не мог полностью кон-

тролировать личные обстоятельства, либо наблюдались периодически периоды тревоги или депрессии;

0 = был серьезно смущен или очень испуган, или постоянно встревожен, или депрессивен, или находился без сознания.

Приложение 2. форма протокола установления смерти человека

Правительство Российской Федерации Постановление от 20.09.2012 № 950

Об утверждении Правил определения момента смерти человека, в том числе критериев и процедуры установления смерти человека, Правил прекращения реанимационных мероприятий и формы протокола установления смерти человека

В соответствии со статьей 66 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» Правительство Российской Федерации постановляет:

Утвердить прилагаемые:

Правила определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедуру установления смерти человека;

Правила прекращения реанимационных мероприятий;
форму протокола установления смерти человека.

Председатель Правительства Российской Федерации Д. Медведев

Утверждены

Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950

Правила определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедура установления смерти человека

1. Настоящие Правила устанавливают порядок определения момента смерти человека, в том числе критерии и процедуру установления смерти человека.

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

3. Диагноз смерти мозга человека устанавливается консилиумом врачей в медицинской организации, в которой находится пациент. В составе консилиума врачей должны присутствовать анестезиолог-реаниматолог и невролог, имеющие опыт работы в отделении интенсивной терапии и реанимации не менее 5 лет. В состав консилиума врачей не могут быть включены специалисты, принимающие участие в изъятии и трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей.

4. Диагноз смерти мозга человека устанавливается в порядке, утвержденном Министерством здравоохранения Российской Федерации, и оформляется протоколом по форме, утверждаемой указанным Министерством.

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

6. Констатация биологической смерти человека осуществляется медицинским работником (врачом или фельдшером) и оформляется в виде протокола установления смерти человека по форме, утвержденной постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950.

Утверждены Постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950

Правила прекращения реанимационных мероприятий

1. Настоящие Правила определяют порядок прекращения реанимационных мероприятий.

2. Реанимационные мероприятия направлены на восстановление жизненно важных функций, в том числе искусственное поддержание функций дыхания и кровообращения человека, и выполняются медицинским работником (врачом или фельдшером), а в случае их отсутствия - лицами, прошедшими обучение по проведению сердечно-легочной реанимации.

3. Реанимационные мероприятия прекращаются при признании их абсолютно бесперспективными, а именно:

- при констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- при неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 мин;
- при отсутствии у новорожденного сердцебиения по истечении 10 мин с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

4. Реанимационные мероприятия не проводятся:

- при наличии признаков биологической смерти;
- при состоянии клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

5. Информация о времени прекращения реанимационных мероприятий и (или) констатации смерти вносится в медицинские документы умершего человека. Утверждена постановлением Правительства Российской Федерации от 20 сентября 2012 г. № 950

ФОРМА ПРОТОКОЛА УСТАНОВЛЕНИЯ СМЕРТИ ЧЕЛОВЕКА

Протокол установления смерти человека

Я, _____
(ФИО)

_____ (должность, место работы)

констатирую смерть _____
(ФИО или не установлено)

дата рождения _____
(число, месяц, год или не установлено)

пол _____

_____ (при наличии документов умершего сведения из них
(номер и серия паспорта, номер служебного

_____ удостоверения, номер истории болезни (родов), номер и серия
свидетельства о рождении ребенка),

а также номер подстанции и наряда скорой медицинской помощи,

номер карты вызова скорой медицинской помощи,

номер протокола органов дознания и др.)

_____.

Реанимационные мероприятия прекращены по причине (отметить необходимое):

- констатации смерти человека на основании смерти головного мозга;
- неэффективности реанимационных мероприятий, направленных на восстановление жизненно важных функций, в течение 30 мин;
- отсутствия у новорожденного при рождении сердечной деятельности по истечении 10 мин с начала проведения реанимационных мероприятий в полном объеме (искусственной вентиляции легких, массажа сердца, введения лекарственных препаратов).

Реанимационные мероприятия не проводились по причине (отметить необходимое):

- наличия признаков биологической смерти;
- состояния клинической смерти на фоне прогрессирования достоверно установленных неизлечимых заболеваний или неизлечимых последствий острой травмы, несовместимых с жизнью.

Дата _____
(день, месяц, год)

Время _____

Подпись _____ Ф.И.О. _____

приложение 3. приложение № 1 к приказу министерства здравоохранения российской федерации от 6 июня 2013 г. № 354н «порядок проведения патологоанатомических вскрытий» (выдержки)

1. Настоящий Порядок устанавливает правила проведения патологоанатомических вскрытий в патолого-анатомических бюро или патологоанатомических отделениях медицинских организаций, имеющих лицензии на осуществление медицинской

деятельности, предусматривающие выполнение работ (услуг) по патологической анатомии (далее - патолого-анатомические бюро (отделения)).

Действие настоящего Порядка не распространяется на отношения, связанные с проведением судебно-медицинской экспертизы трупа, донорством органов и тканей человека и их трансплантацией (пересадкой), а также с передачей невостребованного тела, органов и тканей умершего человека для использования в медицинских, научных и учебных целях.

2. Патолого-анатомическое вскрытие проводится врачом-патологоанатомом в целях получения данных о причине смерти человека и диагнозе заболевания. (...).

3. По религиозным мотивам при наличии письменного заявления супруга или близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего или при волеизъявлении самого умершего, сделанном им при жизни, патолого-анатомическое вскрытие не производится, за исключением случаев:

1) подозрения на насильственную смерть;

2) невозможности установления заключительного клинического диагноза заболевания, приведшего к смерти, и (или) непосредственной причины смерти;

3) оказания умершему пациенту медицинской организацией медицинской помощи в стационарных условиях менее одних суток;

4) подозрения на передозировку или непереносимость лекарственных препаратов или диагностических препаратов;

5) смерти:

а) связанной с проведением профилактических, диагностических, инструментальных, анестезиологических, реанимационных, лечебных мероприятий, во время или после операции переливания крови и/или ее компонентов;

б) от инфекционного заболевания или при подозрении на него;

в) от онкологического заболевания при отсутствии гистологической верификации опухоли;

г) от заболевания, связанного с последствиями экологической катастрофы;

д) беременных, рожениц, родильниц (включая последний день послеродового периода) и детей в возрасте до двадцати восьми дней жизни включительно;

6) рождения мертвого ребенка;

7) необходимости судебно-медицинского исследования¹.

4. Направление тел умерших, а также мертворожденных на патолого-анатомическое вскрытие, если отсутствуют обстоятельства, препятствующие проведению патолого-анатомического вскрытия (абз. 1 п. 3 настоящего Порядка), осуществляется после констатации биологической смерти человека медицинским работником медицинской организации или выездной бригады скорой медицинской помощи в порядке, установленном Правилами определения момента смерти человека, в том числе критериями и процедурой установления смерти человека, утвержденными постановлением Правительства РФ от 20.09.2012 № 950 (Собрание законодательства РФ. 2012. № 39. Ст. 5289).

5. Направление на патолого-анатомическое вскрытие тел умерших в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях,

организует заведующий отделением медицинской организации, в котором находился пациент на момент наступления смерти, а в случае его отсутствия - дежурный врач.

¹ В соответствии с ч. 3 ст. 67 Федерального закона РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

6. В случае наступления смерти вне медицинской организации направление на патолого-анатомическое вскрытие тел умерших организует врач (фельдшер) медицинской организации, в которой умерший получал первичную медико-санитарную помощь, либо медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание территории, где констатирована смерть.

7. В случае наступления смерти в стационарных учреждениях социального обслуживания, образовательных организациях, в которых созданы условия для проживания обучающихся, и домах ребенка направление на патолого-анатомическое вскрытие тел умерших организует врач (фельдшер) указанных организаций либо медицинской организации, осуществляющей медицинское обслуживание этих организаций.

8. Медицинский работник в случаях, предусмотренных пунктами 5-7 настоящего Порядка, оформляет и подписывает направление на патолого-анатомическое вскрытие в патолого-анатомическое бюро (отделение), в котором указываются следующие сведения:

- 1) наименование организации, врач (фельдшер) которой осуществляет направление тела умершего в патолого-анатомическое бюро (отделение);
- 2) фамилия, имя, отчество и дата рождения умершего (фамилия матери плода и дата отделения плода);
- 3) дата и время наступления смерти (мертворождения).

9. Для проведения патолого-анатомического вскрытия вместе с телом умершего (мертворожденного, плода) в патолого-анатомическое бюро (отделение) направляется медицинская документация умершего (мертворожденного, плода) - медицинская карта стационарного больного (медицинская карта родов, медицинская карта новорожденного, история развития ребенка, медицинская карта амбулаторного больного), содержащая результаты проведенных лабораторных и инструментальных диагностических исследований, карты анестезиологических и реанимационных пособий, протоколы оперативных вмешательств, заключительный клинический диагноз с указанием кода диагноза в соответствии с Международной классификацией болезней 10-го пересмотра <1> и посмертный эпикриз.

10. Патолого-анатомические бюро (отделения), в которые осуществляется доставка тел умерших, определены органами государственной власти субъектов РФ в сфере охраны здоровья на основании установленных законодательством РФ в сфере охраны здоровья полномочиями¹.

11. При подозрении на наличие признаков особо опасных инфекционных болезней у умершего, мертворожденного или плода патолого-анатомическое вскрытие осуществляется в изолированных помещениях патолого-анатомического бюро (отделения), предназначенных для вскрытия таких трупов, в соответствии с требованиями государственных санитарно-эпидемиологических правил и гигиенических нормативов.

В случае если при проведении патолого-анатомического вскрытия обнаружены признаки инфекционных болезней, информация об этом направляется медицинской организацией, в которой проводилось патолого-анатомическое вскрытие, в территориальный орган, уполномоченный осуществлять федеральный

государственный санитарно-эпидемиологический надзор по месту регистрации заболевания умершего, мертворожденного или плода в соответствии с порядками оказания медицинской помощи при инфекционных заболеваниях, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации².

12. При подозрении на наличие признаков насильственной смерти, потребления наркотических средств или психотропных веществ без назначения врача тело умершего направляется на судебно-медицинскую экспертизу в соответствии с порядком проведения судебно-медицинских экспертиз, утв. Министерством здравоохранения РФ в соответствии с ч. 2 ст. 62 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

14. Патолого-анатомическое вскрытие проводится в срок до трех суток после констатации биологической смерти человека.

16. При проведении патолого-анатомического вскрытия гистологический, биохимический, микробиологический и другие

¹ Ст. 16 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

² Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 5.05.2012 № 521н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи детям с инфекционными заболеваниями» (зарег. Министерством юстиции РФ 10.07.2012, рег. № 24867); приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 31.01.2012 № 69н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи взрослым больным при инфекционных заболеваниях» (зарег. Министерством юстиции РФ 4.04.2012, рег.

№ 23726).

необходимые методы исследований отдельных органов, тканей умершего или их частей являются неотъемлемой частью диагностического процесса в целях выявления причин смерти человека, осложнений основного заболевания и сопутствующего заболевания, его состояния. Волеизъявление умершего, высказанное при его жизни, либо письменное заявление супруга, близкого родственника (детей, родителей, усыновленных, усыновителей, родных братьев и родных сестер, внуков, дедушки, бабушки), а при их отсутствии иных родственников либо законного представителя умершего о проведении таких исследований не требуется¹.

30. Не позднее тридцати суток после завершения проведения патолого-анатомического вскрытия врач-патологоанатом осуществляет окончательное оформление протокола патолого-анатомического вскрытия, а также вносит в медицинскую карту стационарного больного (медицинскую карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка, медицинскую карту амбулаторного пациента) патолого-анатомический диагноз и клинико-патолого-анатомический эпикриз.

Копия протокола патолого-анатомического вскрытия вносится в медицинскую документацию умершего - медицинскую карту стационарного больного (медицинскую карту родов, медицинскую карту новорожденного, историю развития ребенка, медицинскую карту амбулаторного пациента), которая возвращается в медицинскую организацию.

31. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания по результатам патолого-анатомического вскрытия отражается в учетной форме № 106/у-08 «Медицинское свидетельство о смерти» или в учетной форме № 106-2/у-08 «Медицинское свидетельство о перинатальной смерти», которые утверждены приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 26.12.2008 № 782н

(зарег. Министерством юстиции РФ 30.12.2008, рег. № 13055), с изм., внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.12.2011 № 1687н (зарег. Министерством юстиции РФ 15.03.2012, рег. № 23490).

¹ В соответствии с ч. 4 ст. 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ».

32. Заключение о причине смерти и диагнозе заболевания выдается супругу, близкому родственнику (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), а при их отсутствии иным родственникам либо законному представителю умершего, правоохранительным органам, органу, осуществляющему государственный контроль качества и безопасности медицинской деятельности, и органу, осуществляющему контроль качества и условий предоставления медицинской помощи, по их требованию¹.

В случае, указанном в абз. 1 настоящего пункта, заключение о причине смерти и диагнозе заболевания оформляется выпиской из протокола патолого-анатомического вскрытия.

33. После завершения патолого-анатомического вскрытия тело умершего выдается для погребения супругу, близким родственникам (детям, родителям, усыновленным, усыновителям, родным братьям и родным сестрам, внукам, дедушкам, бабушкам), иным родственникам либо законному представителю умершего, а при отсутствии таковых - иному лицу, взявшему на себя обязанность осуществить погребение умершего.

Сведения о выдаче тела умершего вносятся в Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших.

приложение 4. информация для родственников умершего пациента по порядку констатации смерти и последующим действиям

В данном приложении приводятся сведения о порядке регистрации смерти и последующих действиях, которые должны предпринять родственники умершего.

При наступлении смерти в дневные часы необходимо вызвать лечащего семейного врача, а в вечерние часы - врача скорой/неотложной помощи.

1. Вызов врача.

Семейный врач (участковый терапевт)/врач скорой помощи зафиксировывает смерть и выдает справку о констатации смерти (телефон скорой помощи в Санкт-Петербурге - «03», вызов с мобильного телефона осуществляется по номеру «103» или единого номера телефона всех экстренных служб - «112»).

¹ В соответствии с ч. 5 ст. 67 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

2. Вызов полиции.

Полицию вызывает врач (скорой помощи или семейный врач/ участковый терапевт) для составления участковым полицейским протокола осмотра тела. В протоколе должно быть зафиксировано, что близкий умер естественным путем (телефон полиции в Санкт-Петербурге - «02»).

3. Транспортировка умершего в морг.

Отправить умершего в морг для вскрытия тела и подготовки его к погребению. Бригаду по вывозу может вызвать врач, сотрудник полиции или родственник умершего (телефоны диспетчерской службы по вывозу покойных в Санкт-Петербурге - +7 (812) 74831-30).

4. Отказ от вскрытия.

В случае, если близкий человек скончался от определенного заболевания и родственники отказываются от вскрытия тела умершего, следует обратиться к лечащему врачу с заявлением об отказе от вскрытия. В справке, выданной лечащим врачом, должно быть указано, что умерший страдал этим заболеванием не менее 3 лет. Кроме того, лечащий врач должен выдать историю болезни умершего. Для получения справки и истории болезни от лечащего врача в районной поликлинике при себе необходимо иметь:

- справку о констатации смерти;
- протокол осмотра тела;
- паспорт умершего и паспорт заявителя;
- медицинский полис и медицинскую карту умершего. Справка и история болезни предоставляются родственниками в морг. В морге составляется заявление об отказе от патолого-анатомического вскрытия.

5. Получение в морге медицинского свидетельства о смерти умершего. Медицинское свидетельство выдается при предъявлении заявителем своего паспорта и паспорта умершего. Медицинское свидетельство выдается не позднее 2 рабочих дней с момента поступления тела умершего в морг. Информацию о комплекте одежды для умершего и времени работы морга сообщает дежурный морга при выдаче медицинского свидетельства о смерти.

6. Организация похорон.

Организацию похорон и оформление необходимых для погребения умершего документов может выполнить агент по приему заказов на дому специализированной ритуальной службы.

7. Получение государственного (гербового) свидетельства о смерти.

Гербовое свидетельство выдается в отделе ЗАГС при предъявлении заявителем своего паспорта, паспорта умершего и медицинского свидетельства о смерти. Для получения государственного (гербового) свидетельства о смерти необходимо обратиться в один из отделов ЗАГС по месту жительства либо в районный многофункциональный центр, алгоритм получения этого документа представлен на портале госуслуг https://www.gosuslugi.ru/situation/bereavement/death_registration