

Кабінет надання допомоги паліативним пацієнтам «Безболю»



# Помогать просто

пособие по облегчению ухода  
за паллиативными пациентами

УКРАИНА  
2021 г.

Составитель — Гринёва Анастасия Юрьевна — врач, хирург-онколог, руководитель кабинета помощи паллиативным пациентам «Безбол», соучредитель БОБФ «СИМПЛ ХЭЛП».

УДК 616-093.75 (07)  
П55

Гринёва А.Ю.

П55 Помогать просто. Пособие по облегчению ухода за паллиативными пациентами / А.Ю. Гринёва. — Харьков : Дом Рекламы, 2021. — 96 с.

ISBN 978-966-2149-75-3

Этот сборник — наша первая попытка сдвинуть с места развитие паллиативной помощи в Украине. И не только паллиативной. Многие в отечественной медицине нуждается в переосмыслении, изменении к подходам диагностики, принятию новых протоколов лечения.

Это наша первая попытка собрать воедино тот массив навыков, знаний и опыта, который копился за все годы существования независимой Украины. Мы уверены, что этот сборник будет интересен и полезен для всех — и для врачей, и для пациентов, и для членов семей, в которых есть паллиативные больные.

Это не классический учебник, но уже и не популярная литература — авторы каждой статьи в этой книге настоящие профессионалы, заслуженные и уважаемые люди среди представителей своих профессий. Мы очень благодарны им за то, что они нашли время и изложили на бумаге свои мысли, свои наблюдения, свой опыт, свои знания.

Наверняка этот сборник еще будет много раз меняться, переиздаваться, дополняться новыми статьями. Но самое главное — он появился на свет, а значит мы смогли! С почином всех нас!

УДК 616-093.75 (07)

ГРИНЁВА Анастасия Юрьевна

## **Помогать просто**

пособие по облегчению ухода  
за паллиативными пациентами

Формат 60x84/16. Усл. печ. л. 6,25.  
Тираж 1014 экз. Зак. № ЗК-000813.

Издательство ООО «Дом Рекламы»  
61010, г. Харьков, пр. Гагарина, 10/1  
Свидетельство о регистрации субъекта  
издательского дела  
ДК № 4822 от 19.12.2014

Полиграфия: АТ «Харківська книжкова фабрика “Глобус”»

ISBN 978-966-2149-75-3

© Гринёва А.Ю., 2021  
© Дом Рекламы, 2021

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Вступление .....	4
Нормативно-правовая база (Вервейко Т.А.) .....	6
Клинические исследования (Неффа М.Ю.) .....	8
Алгоритмы оказания помощи (Мишенина К.В., Колотилов А.В.) .....	10
Психология (Грида Т.) .....	18
Манипуляции по уходу (Кравчук О.Я.) .....	20
Обезболивание с применением наркотических анальгетиков (Гринёва А.Ю.) .....	30
Адьювантные анальгетики и средства для симптоматической терапии (Гринёва А.Ю.) .....	34
Интервенциональная хирургия (Балака С.Н.) .....	43
Применение медицинского каннабиса в лечении тяжелых пациентов (Гардашников А.) .....	48
Паллиативная лучевая терапия (Старенький В.П.) .....	49
Гемокоррекция (Малигон Е.И.) .....	54
Оксигенация (Кондратова И.Ю.) .....	61
ЗПТ (Бабенко Е.Ю.) .....	69
Нутритивная поддержка (Давтян К.А.) .....	72
Скрининги (Леман Т.) .....	78
Современные средства ухода от Tim (Тим, Ермоленко Е.) .....	80
Сиделки и социальные работники (Роханский А.) .....	83
Выездная служба (Гринёва А.Ю.) .....	85
Хоспис (Чеверда В.М.) .....	86
Волонтеры (Абрамов А.) .....	88
COVID-19. Что необходимо знать в условиях паллиативной медицины (Корсунов В.А.) .....	90
Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции / СПИДе....	93
(Черкасов А.П., Кузнецова А.А.)	
Частые вопросы .....	97

## ВСТУПЛЕНИЕ

*«Качество жизни является вторым по значимости критерием оценки результатов противоопухолевой терапии после выживаемости.»*

Конгресс ASCO  
(Американское общество  
клинической онкологии),  
1996 г.

Сегодня в обществе сложилось ошибочное мнение о том, что такое паллиативная помощь. Многие считают, что это обязательно сиделка и наркотические анальгетики. Это совсем не так!

**Оказание паллиативной помощи** представляет собой комплексный подход, задача которого — достижение максимально высокого качества жизни пациента. **Паллиативная медицинская помощь** включает в себя коррекцию и контроль состояния пациента (болевого и других симптомов), психологическую, духовную и социальную поддержку пациента и его близких.

### ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

Когда состояние пациента не позволяет привезти его в клинику, **профессиональная паллиативная помощь оказывается на дому**. Врач приезжает на дом к пациенту с целью оценки его состояния и подбора индивидуальной схемы обезболивания и проведения симптоматической терапии.

Врач **обучит вас специфике ухода за пациентом** и даст консультацию по вопросам правильного оказания помощи в домашних условиях.

Для выполнения назначений и организации правильного ухода за пациентом, контроля его самочувствия **осуществляются выезды медицинской сестры**.

**В сложной психологической ситуации помощь специалиста** крайне необходима как пациенту, так и его родным и близким. Оказание паллиативной медицинской помощи на дому не может быть ограничено только купированием симптомов заболевания. Часто пациенту и его семье требуется поддержка



профессионального психолога для снятия психоэмоционального напряжения, преодоления чувства одиночества, страха.

**Паллиативную помощь пациентам** необходимо начать оказывать задолго до того момента, когда симптомы станут неконтролируемыми. Она не должна быть приоритетом хосписов, которые предоставляют ее только после отмены всех методов лечения.

**Основные симптомы**, на которые стоит обратить внимание после проведения химиотерапии или хирургического вмешательства:

- повышение температуры тела выше 38°C, лихорадка;
- окрашивание кожных покровов и слизистых в желтый цвет;
- постоянная тошнота, рвота;
- скопление жидкости в брюшной полости;
- одышка, кашель, ощущение сдавленности легких;
- слабость, сильная утомляемость, головные боли;
- раздражительность, нарушения сна;
- снижение в анализе крови количества лейкоцитов;
- задержка стула более 3 суток;
- задержка мочи более 7 часов.

## СОВРЕМЕННЫЕ МЕЖДУНАРОДНЫЕ СТАНДАРТЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

**1. Индивидуальная схема обезболивания.** Успешное купирование болевого синдрома, в том числе и у онкологических пациентов на любой стадии процесса. Последовательная оценка интенсивности боли (предоставляются индивидуальные анкеты), общего состояния пациента, подбор необходимой индивидуальной схемы обезболивания.

**2. Правильно подобранная симптоматическая терапия** направлена на активную коррекцию нарушений, которые вызваны патологией. Многие пациенты чувствуют значительное улучшение самочувствия уже на старте правильно подобранной симптоматической терапии.

**3. Необходимая психологическая помощь** пациенту и его родственникам направлена на создание адекватной психологической обстановки, на решение психологических проблем кризисного характера, связанных с патологией.

**4. Гигиенический уход**, уход за стомами, профилактика образования пролежней.

**5. Организация режима питания** с учетом всех современных стандартов для пациентов.

## НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА

**Права пациента в Украине** регламентированы следующими законодательными актами:

- Хартия Европейского союза по правам человека;
- Закон Украины «Основы законодательства Украины об охране здоровья» от 19 ноября 1992 г. №2801-XII;
- Гражданский кодекс Украины от 16 января 2003 года.

**Организацию** оказываемой пациентам **паллиативной помощи регламентируют** следующие законодательные акты:

- Приказ МОЗ Украины №41 от 21 января 2013 г. «Об организации паллиативной помощи в Украине»;
- Постановление КМУ №770 от 6 мая 2000 г. «Об утверждении перечня наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров»;
- Постановление КМУ №333 от 13 мая 2013 г. «Об утверждении Порядка приобретения, перевозки, хранения, отпуска, использования и уничтожения наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в учреждениях здравоохранения»;

Пациентам, которым оказывается **паллиативная помощь с применением наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов или прекурсоров**, обязательно необходимо ознакомиться с **Криминальным кодексом Украины, ст. 305–320**.

**Каждый пациент**, который достиг четырнадцати лет и который обратился за предоставлением ему медицинской помощи, **имеет право на свободный выбор врача**, если последний может предложить свои услуги, и выбор методов лечения соответственно его рекомендациям (**ст. 38**).

**Каждый пациент имеет право**, если это оправдано его состоянием, **быть принятым в любое государственное лечебно-профилактическое учреждение** по собственному выбору, если это учреждение имеет возможность обеспечить соответствующее лечение (**ст. 38**).

**Пациент**, который достиг совершеннолетия, **имеет право на получение достоверной и полной информации о состоянии своего здоровья**, в том числе на ознакомление с соответствующими медицинскими документами, которые касаются его здоровья (**ст. 39**).

**В случае смерти пациента члены его семьи** или другие уполномоченные ими физические лица **имеют право**

присутствовать при исследовании причин его смерти и **ознакомиться с выводами касательно причин смерти**, а также право на обжалование этих выводов в суде (ст. 39).

**Пациент имеет право на тайну о состоянии своего здоровья**, факте обращения за медицинской помощью, диагнозе, а также о ведомостях, полученных при его медицинском обследовании. Запрещается требовать и подавать по месту работы или учебы информацию о диагнозе и методах лечения пациента (ст. 39-1).

**Медицинские работники** и другие лица, которым в связи с исполнением профессиональных и служебных обязанностей стало известно о болезни, медицинском обследовании, осмотре и об их результатах, интимной и семейной сторонах жизни, **не имеют права разглашать эти данные, за исключением предусмотренных законодательными актами случаев** (ст. 40). *(Исключение составляет предоставление информации по требованию правозащитных органов и суда; медицинская информация о пациенте по адвокатским запросам не предоставляется!)*.

**При использовании информации**, которая является врачебной тайной, в учебном процессе, научно-исследовательской работе, в том числе в случаях публикации ее в специальной литературе, **должна быть обеспечена анонимность пациента** (ст. 40).

**Согласие объективно информированного дееспособного пациента необходимо для применения методов диагностики, профилактики и лечения.** В неотложных случаях, когда есть реальная угроза жизни больного, согласие больного или его законных представителей на медицинское вмешательство не нужно (ст. 43).

**Совершеннолетнее физическое лицо имеет право на достоверную и полную информацию о состоянии своего здоровья**, в том числе на ознакомление с соответствующими медицинскими документами, которые касаются его здоровья (ст. 285 **Гражданского кодекса Украины**).

Согласно ЗУ «Основы законодательства Украины о здравоохранении»:

- **Врач имеет право отказаться от дальнейшего ведения пациента, если последний не исполняет медицинских предписаний или правил внутреннего распорядка учреждения здравоохранения**, при условии, что это не будет угрожать жизни больного и здоровью населения (ст. 34).

- Если информация о болезни пациента может ухудшить состояние его здоровья, повредить процессу лечения, медицинские работники имеют право предоставить неполную информацию о состоянии здоровья пациента, ограничить возможность его ознакомления с отдельными медицинскими документами (ст. 39).

В соответствии с Приказом Министерства внутренних дел Украины, Министерства здравоохранения Украины, Генеральной прокуратуры Украины от 29.09.2017 №807/1193/279 «Об утверждении Порядка взаимодействия между органами и подразделениями Национальной полиции, учреждениями здравоохранения и органами прокуратуры Украины при установлении факта смерти человека» родственники или лица, осуществляющие уход, в случае смерти человека немедленно сообщают органы и подразделения Национальной полиции по телефону экстренного вызова (102) о случае установления ими факта смерти человека независимо от места его наступления за исключением смерти от заболеваний в учреждениях здравоохранения.

Патологоанатомическое исследование может не назначаться в том случае, если пациент находился на онкологическом учете у врача общей практики (семейного врача). В этих случаях врачебное свидетельство о смерти выдается врачом, под наблюдением которого был умерший.

## КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Международные клинические исследования (clinical trials)** в онкологии в Харькове — один из важнейших путей доступа к инновационным препаратам в Украине. Лечение онкологических пациентов требует существенных финансовых затрат, что непосильно для бюджета семьи. Важным путем улучшения доступа украинских пациентов к современному лечению является привлечение их в клинические исследования.

### КАК ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ В КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЯХ?

Для пациентов в Украине, как и во всем мире, участие в клинических исследованиях — это возможность получить

**бесплатное лечение новейшими препаратами.** Правила проведения исследований подразумевают четкое соответствие критериям каждого из них. Конкретная фаза заболевания, история полученного ранее лечения, его результативность, сопутствующие заболевания и прочее. К тому же для различных фаз клинических исследований требуется определенное количество участников.

В последнее время роль клинических исследований лекарственных средств возросла в связи с внедрением в практическое здравоохранение **принципов доказательной медицины**. И главным среди них является принятие конкретных клинических решений для **лечения пациента на основе строго доказанных научных данных**, которые могут быть получены в ходе хорошо спланированных контролируемых клинических исследований.

**Для пациента участие в таких программах предполагает:**

- **Консультации и наблюдение ведущих специалистов**, так как только лучшие центры Украины получают возможность приобщиться к международным программам;
- **Бесплатную противоопухолевую терапию** согласно стандартам МОЗ Украины, Европейской и Американской ассоциаций онкологов;
- **Бесплатную симптоматическую терапию;**
- **Бесплатный мониторинг** на протяжении участия в программе (клинико-лабораторные показатели, функциональная диагностика).

Доказано, что **выживаемость пациентов, которые принимают участие в клинических исследованиях, выше на 20 %**, чем у больных, которые получают только стандартное лечение.

Подписывая **добровольное информированное согласие на принятие участия в международном протоколе клинического исследования**, вы получаете высококвалифицированную «помощь будущего», которую за вас оплачивает спонсор исследования.

## АЛГОРИТМЫ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ

СИМПТОМ	ОПИСАНИЕ СОСТОЯНИЯ	ЧТО НУЖНО ДЕЛАТЬ
<p><b>Кровотечение</b></p>	<p>Общие симптомы: бледность кожных покровов, слабость, шум в ушах, холодный пот, тахикардия, одышка, головокружение, «мушки» перед глазами, снижение артериального давления. Рвота может содержать неизмененную кровь, что свойственно кровотечениям из пищевода, или иметь вид кофейной гущи, если кровотечение произошло в желудке. Кровотечение из кишечника может проявиться как в виде рвоты «кофейной гущей», так и в виде мелены, кровавого поноса, имеющего дегтеобразную консистенцию и черный цвет.</p>	<p>Как можно скорее вызвать скорую помощь; Немедленно уложить больного в постель; Исключить поступление внутрь желудочно-кишечного тракта любых веществ, включая воду, лекарства и пищу; Положить на живот пузырь со льдом; Обеспечить доступ свежего воздуха в помещение, где лежит пациент; Обеспечить постоянное наблюдение за пациентом до приезда скорой помощи, не оставляя его одного. <b>NB!</b> При наличии венозного доступа (венфлон) выполнить введение препарата <b>транексамовой кислоты, 10 мл (1–2 амп) в/в</b>, (Трамикс, Сангера, Гемотран, Тугина)</p>
	<p><i>Носовые кровотечения</i> возникают вследствие повреждений слизистой, патологии сосудистой стенки, манифестируют при физической нагрузке, гипертоническом кризе</p>	<p>Нужно сесть и наклонить голову вперед. <i>Запрокидывать голову назад или ложиться в постель нельзя, в этом случае кровь будет попадать в глотку, вызывая кашель и рвоту.</i> На переносицу следует положить пузырь со льдом. Эффективным методом остановки кровотечения является тампонада. Аналог «передней» тампонады пациент может сделать самостоятельно, для этого</p>

		достаточно ввести в носовой ход ватный или марлевый тампон, который механический окажет давление на слизистую изнутри
	<p><i>Влагалищные кровотечения</i>, которые не связаны с менструацией, аналогичны таковым при повреждении слизистой любой этиологии.</p> <p>Вагинит, инородное тело, травма, сексуальное насилие являются распространенными причинами влагалищных кровотечений.</p> <p><i>Влагалищные кровотечения после менопаузы требуют дальнейшего обследования для исключения рака</i></p>	До приезда скорой, если источником кровотечения является стенка влагалища, пациентка может самостоятельно провести влагалищную тампонаду, для этого достаточно ввести марлевый тампон, который механический окажет давление на слизистую изнутри
	<p><i>Кровотечение из мягких тканей</i>, например, эрозий и язв кожи и слизистых.</p> <p>Такие кровотечения могут возникать даже незаметно, при незначительном воздействии на уязвимый участок</p>	Часто достаточно наложить тугую давящую повязку на кровоточащий участок мягких тканей

## АЛЛЕРГИЯ НА ВВЕДЕНИЕ ПРЕПАРАТОВ

Аллергические реакции классифицируются на **аллергические реакции немедленного типа** и **аллергические реакции замедленного типа**. Реакции немедленного типа развиваются в течение **15–20 мин**, замедленного типа — через **1–3 сут. (24 – 72 часа)**.

Аллергические реакции немедленного типа часто представляют угрозу для жизни человека и требуют немедленного оказания помощи. **Эффективно введение гормонов (дексаметазон)**, в то время как введение антигистаминных препаратов в этих случаях окажется **неэффективным**



<p><b>Отек Квинке</b></p>	<p>Нарушения дыхания, охриплость, кашель, отечность кожных покровов и слизистых</p>	<p>Прекратить поступление аллергена.  <b>NB!</b> При наличии венозного доступа (венфлон) выполнить введение <b>дексаметазона &gt;4 мг (1 ампула) в/в на разведении или в/м «ЧИСТЫМ»</b>.          Применить сорбенты, очистительную клизму.          В легких случаях возможно применение <b>антигистаминных препаратов (димедрол, супрастин, тавегил)</b></p>
<p><b>Анафилактический шок</b></p>	<p>Красная сыпь, сопровождающаяся сильным зудом; отечность глаз, губ и конечностей; нарушение дыхания; ощущение комка в горле, тошнота и рвота; страх, тревога; резкое снижение артериального давления, головокружение, слабость и потеря сознания</p>	<p>Прекратить поступление аллергена.  <b>NB!</b> При наличии венозного доступа (венфлон) выполнить введение <b>дексаметазона &gt;8 мг (2 ампулы) в/в на разведении;</b>          Уложить человека на бок, исключить западание языка и заглатывание рвотных масс.          Промыть желудок, применить сорбенты, очистительную клизму</p>
<p><b>Крапивница</b></p>	<p>Волдыри ярко-розового цвета, сильное чувство жжения и зуда там, где появились волдыри, головная боль, лихорадка; симптомы могут быть постоянными или волнообразными в течение нескольких дней/месяцев</p>	<p>Промыть желудок, применить сорбенты, очистительную клизму.          При контактной аллергии убрать раздражитель с поверхности кожи.          Назначаются <b>антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил)</b></p>



<p><b>Передозировка опиатами</b></p>	<p>Угнетение сознания, ослабление дыхания, синюшность кожных покровов, сужение зрачков и нарушение моторики кишечника</p>	<p><b>NB!</b> При наличии венозного доступа (венфлон) заполнить введение препарата <b>налоксон 1–2 мг в/м. Иметь налоксон при себе легально!</b> <b>Если налоксона нет,</b> не давать пациенту заснуть; промыть желудок, сделать очистительную клизму</p>
<p><b>Острая задержка мочи</b></p>	<p>Невозможность помочиться, частые позывы к мочеиспусканию, при мочеиспускании могут появляться сгустки крови, болевые ощущения в лобковой области, ощущение распирания внизу живота, видимое увеличение мочевого пузыря, боль в этой области</p>	<p>Показана экстренная катетеризация. Для этого в уретру вставляется силиконовый или резиновый катетер. Диаметр катетера должен соответствовать диаметру мочеиспускательного канала пациента. <b>Категорически запрещено самостоятельное применение мочегонных препаратов!</b> <i>Допустимо применение спазмолитиков (Дротаверин = Но-шпа)</i></p>
<p><b>Запор (констипация)</b></p>	<p>Отсутствие дефекации в течение нескольких суток, обычно более трех, принято считать запором. Характерны малое количество кала, повышенная его твердость и сухость, присутствие в стуле каловых камней, отсутствие чувства полного опорожнения кишечника после дефекации</p>	<p>Можно выполнить очистительную клизму несколько раз. Самостоятельное применение слабительных средств без консультации врача не рекомендуется! Слабительные средства: вазелиновое масло, касторовое масло, Бисакодил, Лактулоза (Дюфалак), Гуталакс.</p>

<p><b>Диарея</b></p>	<p>Учащенная (более 3 раз в сутки) дефекация. Стул становится водянистым, часто сопровождается болевыми ощущениями в области живота, экстренными позывами и анальным недержанием</p>	<p>Диарея может быть вызвана как инфекцией, так и функциональными расстройствами, поэтому рекомендуем принять препарат Лоперамид, 2 капсулы (4 мг) сразу и по 1 капсуле (2 мг) после каждой дефекации (не более 8 капсул/16 мг в сутки!) и обратиться за консультацией врача</p>
<p><b>Прорыв болевого синдрома</b></p>	<p>«Прорыв боли» на фоне проводимого обезболивания требует срочной адекватной коррекции терапии!, Самостоятельно возможно введение <b>дексамета-зона 4–12 мг (1–3 амп.) в/м</b> и применение любых <b>нестероидных анальгетиков</b> при отсутствии риска желудочно-кишечного кровотечения. Коррекция может быть достигнута: Увеличением дозы препарата (см. раздел «Обезболивание»); Назначением «более сильных» или наркотических препаратов. Последние должны быть получены согласно рецептурному бланку. Дозировки всех обезболивающих препаратов должны быть заранее оговорены врачом, в том числе на случай прорыва болевого синдрома. При отсутствии препаратов и времени — вызвать бригаду скорой помощи! Бригада может провести обезболивание наркотическими препаратами по показаниям</p>	
<p><b>Повышение артериального давления</b></p>	<p>Изменение показателей артериального давления выше или ниже нормы (см. табл. 1), которое сопровождается изменением самочувствия (головная боль, головокружение, слабость, тошнота; боль за грудиной и т. д.)</p>	<p>Вызывать скорую помощь! Высокое давление <b>не должно</b> быть снижено очень <b>быстро</b> большим количеством препаратов! <b>NB!</b> При наличии венозного доступа (венфлон) выполнить введение препарата <b>магния сульфата (магnezия), 5–10 мл (1–2 амп.) в/в на разведении медленно!</b></p>

		<p>Можно воспользоваться таблетированными препаратами, например, <b>Каптопрес, 50/25 мг — 1 табл. под язык.</b></p> <p>Допустимо принять <b>Дибазол + Папаверин по 1 табл.</b></p>
<b>Снижение артериального давления</b>		<p>Перестать принимать любые снижающие давление, успокаивающие препараты!</p> <p>Вызвать скорую помощь, связаться с врачом.</p> <p>Самостоятельно возможно введение <b>Дексаметазона 4–8 мг (1–2 ампл.), в/м</b> и применение таблетированных препаратов <b>кофеина-бензоата натрия (разовая доза для взрослых составляет 100–200 мг)</b></p>
<b>Тахикардия</b>	<p>Повышение частоты сердечного ритма/пульса <b>выше 90 уд/мин</b>, которое может сопровождаться изменением самочувствия.</p> <p>Допустимо применение <b>седативных препаратов</b>, которые предварительно оговорены с врачом</p>	<p>Вызывать скорую помощь!</p> <p>Тахикардия, которая возникла впервые, может быть симптомом <b>сердечной патологии!</b></p> <p>Также любая <b>коррекция уже назначенной терапии проводится строго врачом!</b></p> <p>Тахикардия может иметь место при разных показателях давления, универсального средства купирования нет!</p>
<b>Брадикардия</b>	<p>Снижение частоты сердечного ритма/пульса <b>ниже 60 уд/мин</b>, которое может сопровождаться изменением самочувствия</p>	<p>Перестать принимать любые препараты, которые снижают частоту сердечных сокращений, успокаивающие препараты!</p> <p>Вызвать скорую помощь, связаться с врачом</p>

<b>Отеки</b>	Отеки могут быть вызваны сердечной (чаще развиваются, начиная с нижних конечностей, преимущественно вечером) или почечной (чаще начинаются с лица) патологией, могут являться следствием приема некоторых лекарственных препаратов	<b>Лечение отеков требует консультации специалиста!</b> Для лечения чаще применяются диуретики, но <b>выбор препарата и дозировки осуществляется и корректируется только врачом!</b> Лечение отеков включает коррекцию электролитов и белка крови путем введения препаратов в/в капельно
<b>Повышение температуры тела</b>	Стойкое повышение температуры тела выше 37,0 °С — повод получить консультацию врача. Снижение температуры чаще имеет смысл, когда цифры превышают 37,5–38,0 °С.	Снижают температуру антипиретиками. Например, <b>парацетамол, по 200 мг (1 табл) внутрь</b> , чаще достаточно 1–2 таблеток. Допустимо самостоятельно введение смеси препаратов <b>анальгин+димедрол, по 1 амп., в/м.</b> Резкое снижение температуры с высоких цифр (39–40 °С) может привести к резкому падению давления и обморочному состоянию, поэтому рекомендовано соблюдать постельный режим
<b>Тошнота, рвота</b>	Субъективное чувство тошноты, которое вызвано не в ответ на раздражители; может возникать как после еды, так и не быть связанным с едой. Рвота различается относительно приема пищи, по содержанию (вчерашней едой); обязательно обращайтесь внимание, нет ли в рвоте прожилок крови!	Купируется тошнота/ рвота препаратами антиэметиками. Например, <b>Метоклопрамид (Церукал), 10 мг (1 таблетка) внутрь после очередной рвоты</b> , не более 6 таблеток сутки! При неэффективности возможно в/в введение <b>Осетрона/Ондансетрона, 1 амп. на разведении</b>

Таблица 1: Нормы ЧСС, АД

Возраст	Пuls min-max	Среднее значение	Нормы артериального давления (систол./диастол)	
			Женщины	мужчины
до 50 лет	60–80	70	116–137/70–85	123–135/76–83
50–60	65–65	75	140/80	142/85
60–80	70–90	80	144–159/85	142/80–85

Таблица 2: Нормы ЧДД

Возраст	ЧДД, в минуту
Новорожденный	40–60
1 год	30–35
5–6 лет	20–25
10 лет	18–20
Взрослый	16–18

Таблица 3: Визуально-аналоговая шкала (ВАШ), для измерения интенсивности боли.



## ПСИХОЛОГИЯ

Каждая семья, в которой появляется паллиативный пациент, переживает сильный стресс. Начало ухода за паллиативным пациентом сопровождается, как правило, большими изменениями. В зависимости от длительности периода ухода, возраста паллиативного пациента, перспектив исхода паллиативного периода, наличия как материальных, так и психологических ресурсов, семьи по-разному переживают процесс адаптации к новым условиям жизни. И кроме медицинской, социальной поддержки члены семьи, помощники и сами пациенты нуждаются в качественном профессиональном психологическом сопровождении.

Если потребность в уходе возникла внезапно, то это само по себе является кризисной ситуацией и требует много сил и вложений от ухаживающих.

Если потребность возникает в уходе за родителями, то члены семьи вынуждены брать на себя их обязанности и перераспределять между собой. Например, если заболели отец или мать, то дети часто берут на себя родительские обязанности, или если тяжело заболела мать, то отцу приходится покупать продукты, готовить еду, водить детей в школу, стирать, убирать и при этом продолжать выполнять также и свои обязанности. В ситуации, когда заболевает отец, матери приходится брать на себя функции «добытчика» и основного кормильца семьи. Если в семье появляется паллиативный ребенок, такие семьи часто распадаются, и матери продолжают ухаживать за детьми в одиночку.

Если семья решает ухаживать за паллиативным пациентом, то обычно задействуются ближайшие родственники и дополнительная нагрузка неподъемным грузом ложится на всех дополнительно к обязанностям, которые они выполняли ранее.

Уход за паллиативным пациентом обычно требует много времени. Уход за пациентом на терминальной стадии часто требует постоянного присутствия помогающего, такого пациента невозможно оставить одного, и тогда почти невозможно выделить время для себя, для близких, например, для мужа и детей. И чем дольше по времени потребность в уходе, тем сложнее это переживает ухаживающий.

Процесс ухода сопровождается недосыпанием, физическими нагрузками (трудно перевернуть, помыть пациента), неприятными запахами, отторжением пищи в виде рвоты, уборкой, туалетом и другими специфическими действиями. Все это требует особенных навыков и психоэмоциональной стойкости ухаживающего родственника.

Кроме физической нагрузки, эмоциональное напряжение, которое атакует как ухаживающих, так и самих пациентов, может выглядеть как переживание гнева, стыда, злости, вины, печали по поводу поведения пациента или в целом из-за сложившейся ситуации. Часто ни ухаживающие, ни сами пациенты не обладают навыками выражения эмоций, опасаются за свое будущее, испытывают жалость к себе/пациенту и много других сложных чувств. У них отсутствуют навыки саморегуляции.

Обращаясь к психологу-специалисту в области оказания паллиативной помощи, как сами пациенты, так и ухаживающие за ними могут получить эмоциональную поддержку, существенно снять эмоциональное напряжение, возникающее в процессе ухода за пациентом, научиться быстро восстанавливаться и найти дополнительные силы для самоподдержки. Для человека, который входит в паллиатив, также важно справиться со страхами смерти, боли и другими эмоциональными состояниями. И эту помощь чаще всего не могут оказать близкие, которых пугают такие темы. Поэтому важно, чтобы рядом был специалист.

К сожалению, на данном этапе развития потребность в услугах психолога сформирована недостаточно.

Уже семь лет подряд харьковские клоуны наведываются в медицинское учреждение, чтобы радовать и веселить детей, рассказывать им сказки, отвлекать от проблем и скрашивать их больничные будни. Это — необходимая психологическая поддержка, которая помогает пройти через все этапы принятия болезни и ее лечения. Больничный клоун — это, в первую очередь, друг для ребенка. Его образ максимально приятный, опрятный и нейтральный. На нем не увидишь никакого искажающего грима, который может напугать самых маленьких. Максимум — подрисованные ресницы и подрумяненные щеки. Одеваются они немного иначе, чем это делают другие взрослые. Яркие футболки с нашитыми пуговицами, забавные шапочки — вот типичные детали гардероба самого милого клоуна.



Каждый выход больничных клоунов — это сплошная импровизация. Ведь они не знают, в каком состоянии находится ребенок, какое у него настроение. Они подстраиваются под маленького пациента, стараются найти с ним контакт, подобрать игру, которая придется ему по вкусу.

## МАНИПУЛЯЦИИ ПО УХОДУ

### УХОД ЗА ВЕНФЛОНОМ (ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ КАТЕТЕРОМ)

Основой любой инфузионной терапии является венозный доступ. Периферический внутривенный катетер BD Venflon с инъекционным портом и клапаном предназначен для катетеризации периферических вен. При должном уходе такой катетер даст возможность длительно проводить терапию без повышения риска возникновения флебита.



Периферический катетер требует аккуратного обращения!

В период между его использованиями он должен быть промыт 0,9 % раствором натрия хлорида или специально подготовленным медсестрой гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл 0,9 % раствора натрия хлорида — т. е. 50 ЕД/1 мл).

### УХОД ЗА ЦЕНТРАЛЬНЫМ КАТЕТЕРОМ

Используемый для катетеризации центральных вен (внутренняя яремная вена, подключичная вена, бедренная вена), ЦВК применяется для более быстрого, по сравнению с иглой, введения инфузионных растворов и лекарственных средств, парентерального питания, забора крови, а также инвазивного изменения центрального венозного давления.



Центральный катетер требует аккуратного обращения!

После каждого введения катетер, каждый задействованный порт должны быть промыты 0,9 % раствором натрия хлорида или специально подготовленным медсестрой гепаринизированным раствором (0,01 мл гепарина на 1 мл 0,9 % раствора натрия хлорида — т. е. 50 ЕД/1 мл).



## УХОД ЗА ПОРТ-СИСТЕМОЙ

Порт-система — устройство, предназначенное для введения препаратов, дренирования, забора крови и т. д. Состоит из катетера, помещенного в сосуд или полость, и соединенного с ним резервуара. Вся система располагается подкожно и обеспечивает постоянный венозный, артериальный, перитонеальный, спинальный или плевральный доступ. Для инъекций используется исключительно игла Губера с особой формой острия, которая не повреждает порт.

### Показания:

- Длительные курсы терапии, предусматривающие многократные инфузии (химиотерапия, системная антибиотикотерапия, лечение ВИЧ). Порт-система может использоваться до 5 лет.
- Введение растворов лекарственных препаратов в течение длительного времени (до 46 часов).
- Инфузионная терапия у пациентов с затрудненным венозным доступом.
- Частые заборы крови (инфузионные порты позволяют сделать процедуру более быстрой и безболезненной).
- Частое введение крови и кровезаменителей.
- Парентеральное питание.



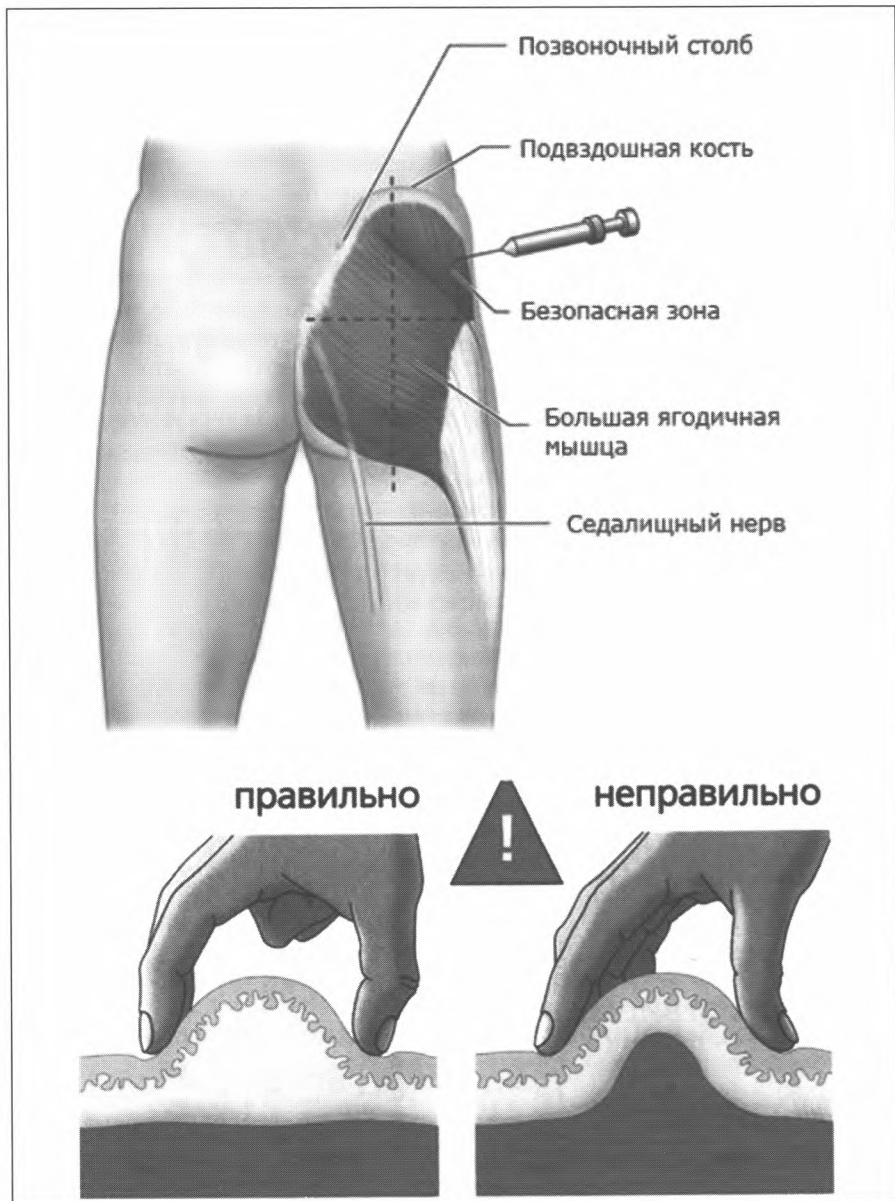
Поскольку порт-система устанавливается на весь период лечения, то она может простоять несколько лет. При регулярном использовании она не нуждается в специальном уходе. Если в лечении наметился перерыв, то нужно промывать порт каждые 4–6 месяцев.

## ИНЪЕКЦИИ

Один из способов введения лекарственных веществ в организм. Для некоторых препаратов — единственный. Почти всегда имеет преимущества в скорости действия и выраженности эффекта вводимого препарата (в сравнении с пероральным приемом, например).

**П/к инъекции** выполняются в области кожи плеча или живота. Для удобства кожу можно взять «в складку».

**В/м инъекции** выполняются в верхнюю наружную четверть ягодицы или в переднюю поверхность бедра.

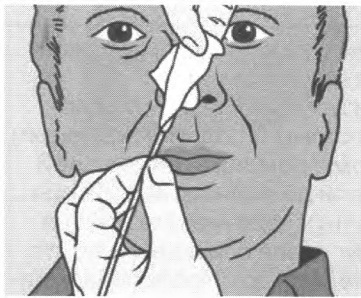


## УХОД ЗА НАЗОГАСТРАЛЬНЫМ ЗОНДОМ

Это трубка, которая вводится через носовой ход в пищевод и далее погружается в желудок. Современные зонды выпускаются различной длины и диаметра, для взрослых и детей. Благодаря современным материалам, которые устойчивы к соляной кислоте, вырабатываемой в желудке, зонд питательный назогастральный при правильном использовании можно применять в течение 3 недель.

Чаще всего такие зонды предназначены для энтерального питания, т. е. для тех случаев, когда пациент не может принимать пищу обычным способом. Иногда зонд используется и для других целей:

- декомпрессия желудка при затрудненном выводе его содержимого в кишечник;
- аспирация содержимого желудка;
- введение лекарств.



Мойте руки каждый раз перед работой с зондом.

Перед подачей питания проверьте, правильно ли установлен зонд.

Промывайте зонд до и после подачи питания и медикаментов, делайте это три раза в день, используя 20–40 мл воды.

Каждые 24 часа используйте новый набор для питания.

Ухаживайте за кожей носа: ежедневно меняйте гипоаллергенную накладку, тщательно очищайте кожу.

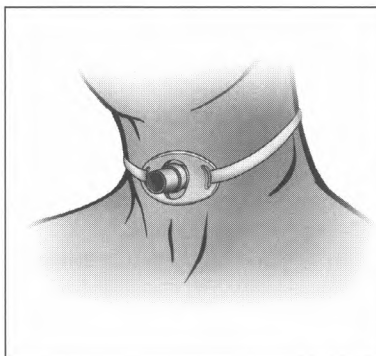
Необходимо раз в день чистить зубы, несколько раз в день полоскать рот, мазать губы кремом.

Зонд может находиться в подвешенном состоянии ограниченное время, следуйте указаниям на упаковке.

Каждые 6–8 недель зонд необходимо менять.

## УХОД ЗА ТРАХЕОСТОМОЙ

Это имитация искусственного дыхательного отверстия, которое расположено в горле человека, оно формируется для восстановления дыхания, механизм которого с ее появлением меняется.



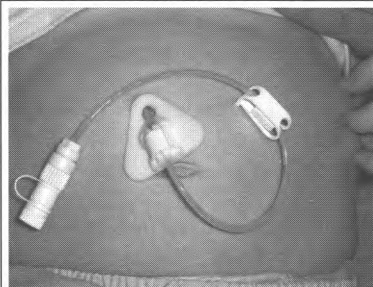
До и после использования трахеостомы обязательно мойте руки с мылом проточной водой не менее 30 секунд. 1–2 раза в день (и по необходимости) меняйте стерильные салфетки вокруг трахеостомического отверстия под ушками трубки.

При смене салфетки очищайте кожу вокруг трахеостомы антисептиками на водной основе.

Наносите на кожу увлажняющий крем без отдушки (детский).

### УХОД ЗА ГАСТРОСТОМОЙ

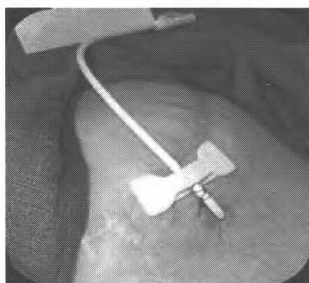
Это искусственное отверстие, соединяющее переднюю брюшную стенку с желудком. Питание или лекарства вводятся непосредственно в желудок через гастростомическую трубку, которую устанавливают в канал гастростомы.



Предохранительный зажим должен оставаться на своем месте. Один раз в день очищайте кожу вокруг гастростомы и под фиксирующим устройством с помощью стерильной воды и марли до полного высыхания. Каждый день поворачивайте зонд на 180 °С вокруг своей оси и двигайте его. Промывайте зонд до и после подачи питания и медикаментов, делайте это три раза в день, используя 20–40 мл воды.

### УХОД ЗА ХОЛАНГИОСТОМОЙ

Чрескожная чреспеченочная холангиостомия — это мини-инвазивная операция, заключающаяся во введении специальной трубки (дренажа) в просвет желчного протока. По дренажу осуществляется забор желчи.



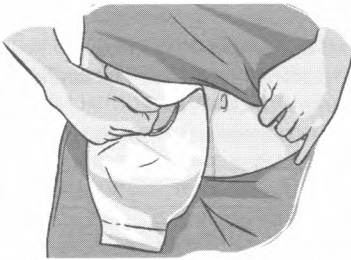
Необходимо следить, чтобы дренаж не перегнулся и желчь беспрепятственно проходила по нему.

Подсчитывают суточное количество отделяемой желчи и проводят ее визуальную оценку.

При необходимости возвращать желчь в естественному (это не одна и та же трубка!) все расчеты и назначения делает врач.

## УХОД ЗА КАЛОПРИЕМНИКОМ

Резервуар для приема каловых масс у людей, у которых по разным причинам временно или постоянно невозможен нормальный акт дефекации. Представляет собой емкость из запахонепроницаемой пленки, снабженную липким фланцем для крепления на теле пациента, кольцом из специального гидроактивного и ранозаживляющего материала, обеспечивающими герметичность и запахонепроницаемость в месте крепления к телу и комфортные условия для кожи вокруг стомы. Емкость снабжена запорным устройством, позволяющим удалять содержимое и промывать калоприемник.



Не рекомендуется менять калоприемник сразу после еды, лучше делать это утром до завтрака и/или вечером перед сном.

Для обработки кожи вокруг стомы не рекомендуется пользоваться ватой; нельзя использовать алкоголь, спирт.

Сушить кожу промакивая мягким полотенцем. Если есть возможность, позвольте коже вокруг стомы высохнуть естественным путем на воздухе.

## УХОД ЗА НЕФРОСТОМОЙ

Полая трубка, которая устанавливается одним концом в почечную лоханку для сбора и отведения мочи, а вторым концом присоединяется к мешку-мочеприемнику для сбора мочи.



Нефростома требует промывания физиологическим раствором и антисептиками (хлоргексидин, фурацилин), наложения стерильной повязки на место, где была проведена операция, причем первые 2 недели ее меняют ежедневно — это делают медперсонал или родственники, а после заживления раны повязку нужно менять по необходимости — когда намочла или стала грязной.

*Своевременное и регулярное опустошение мочеприемника очень важно!*

## ОЧИСТИТЕЛЬНАЯ КЛИЗМА

Проводят с целью очищения и промывания толстой кишки, ликвидации запора или калового завала, лечения какого-либо отравления или интоксикации, перед некоторыми хирургическими операциями, родами.

В отличие от лечебных (лекарственных) и питательных (капельных) клизм, при очистительных клизмах вводимый раствор изначально предназначен для извержения, и его всасывание нежелательно.

1. Заполните клизму водой. Повесьте емкость на вешалку для полотенец, полку или шкаф над собой. Обильно смажьте наконечник клизмы вазелином.
2. Положите полотенце на пол. Лягте на левый бок на полотенце и подтяните колени к животу и груди.
3. Вставьте смазанный наконечник на 5–8 см в прямую кишку.
4. *Если при вводе вы почувствовали сопротивление, **не пытайтесь применять силу** и дальше проталкивать наконечник!*
5. Откройте краник, произойдет наполнение кишки жидкостью.
6. Как только вы почувствовали сильные позывы, аккуратно извлеките наконечник и идите опорожнять кишку.

## ПРОФИЛАКТИКА ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

Пролежни — это повреждение кожи или ткани, которое возникает из-за снижения кровообращения, вызванного давлением в определенной области. Первоначально можно заметить небольшое покраснение на пораженном участке (первый признак повреждения ткани). Из-за плохого кровоснабжения ткань в этом месте погибает. Могут быть затронуты различные слои кожи, мышцы и кости. Области, которые особенно подвержены риску, являются крестцовый отдел позвоночника, пятки, локти и лопатки.

### **Постарайтесь исключить факторы риска:**

Регулярно **меняйте положение тела пациента** (каждые 2–3 часа).

**Ограничьте сдавливание кожи;** если появились пролежневые изменения, больной не должен сидеть или лежать, сдавливая воспаленную часть тела.

Укладывая больного на бок, **не забывайте от паховой области до стопы помещать подушку под слегка согнутую верхнюю ногу пациента.**

**Откажитесь от резиновых и клеенчатых подкладок,** они скатываются и пережимают кожу, не пропуская к ней воздух.

**Постельное белье не должно быть влажным или мокрым,** если больной обмочится в постели, следует снять ее и постелить свежую.

**Избегайте травм,** в том числе из-за царапин, — коротко постригите ногти пациенту и подпилите их, чтобы он не мог причинить себе вреда.



**Пользуйтесь специальными противопролежневыми средствами:**

- Матрас с ортопедическим эффектом (противопролежневый);
- Противопролежневая подушка;
- Специальные подкладки и наматрасники;
- Коврики и приспособления для плавного перемещения больного.

**Активизируйте пациента, насколько это возможно:**

- Побуждайте подопечного к выполнению разнообразных действий;
- Постепенно увеличивайте разнообразие движений;
- Не выполняйте вместо пациента действия, которые ему самому под силу.

**Обеспечьте тщательный уход за кожей пациента**

Очищайте кожу деликатно, используя специальные средства для ухода за кожей.

Избегайте сильнодействующих косметических препаратов и не используйте пудру вместе с питательными средствами (например, маслом или жирным кремом).

Не забывайте о гигиене интимных зон — очищайте их деликатными средствами и защищайте при каждой смене изделий с впитывающей способностью.

Каждый день проверяйте состояние кожи и быстро принимайте меры, если заметили что-то неладное.

Стимулируйте кожу массажем, желательно с использованием активизирующего геля, и никогда не пользуйтесь спиртом, поскольку это может привести к пересушиванию кожи.

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ СПРИНЦЕВАНИЯ (ОРОШЕНИЯ)

Одним из видов лечения некоторых гинекологических заболеваний является спринцевание влагалища. Основная задача спринцевания — промывание влагалища от накопившихся в нем выделений: белей, сгустков крови и пр. Его также назначают в профилактических целях и как вспомогательное средство при других видах лечения (например, перед тампонированием лекарственными препаратами или хирургическим вмешательством).

Зачастую при лечении воспалений, а также при образовании налета патологического характера на слизистой оболочке влагалища требуется специальная медицинская манипуляция — орошение влагалища лекарственными препаратами. При этом препарат напрямую контактирует с областью поражения. Осуществлять промывание влагалища можно как дома, так и в медицинском заведении.

Дома промывание влагалища растворами лекарственных средств производится так: для выполнения используется резиновая клизма-спринцовка, в которую набирается лекарство.

Влагалищные спринцевания удобно выполнять, лежа в ванне (закинув ноги по разные стороны от бортов) или сидя на унитазе. Наконечник спринцовки полностью вводится во влагалище и нажатием опорожняется внутрь. Доставание спринцовки происходит в неразжатом положении, а мышцы влагалища должны быть напряжены. Через определенное время мышцы расслабляются, и раствор вытекает наружу. Орошение назначается при лечении кольпита, вульвовагинита, воспалений и т. д.

Данная процедура производится только после назначения врачом, а перед ее выполнением в домашних условиях важно прокипятить спринцовку в водном 2% растворе соды.

Выполнение орошения запрещается при беременности, повышенном риске инфицирования венерическими заболеваниями.

### ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Классический метод измерения давления — по Короткову: для этого используют тонометр, манжета которого накладывается на 1,5 см выше локтевой ямки на плечо, затем грушей в нее нагнетается воздух, при аускультативном контроле воздух стравливают до появления тонов, которые соответствуют показателю давления на манометре; при тонометрии аускультативно определяется первый тон (появление звука пульсации сосуда соответствует систолическому давлению) и второй тон (исчезновение звука после периода его нарастания и убывания соответствует диастолическому давлению).

Очень удобны в использовании современные автоматические тонометры на плечо (лучше) или запястье, которые самостоятельно измеряют давление несколько раз, выбирают средний результат и сохраняют значения для мониторинга.

### ИЗМЕРЕНИЕ ПУЛЬСА

Измерение частоты сердечных сокращений, или пульса, провести достаточно просто: самые удобные для этого места — пульсирующие сосуды, артерии (на запястье, в локтевой ямке, на шее). Для максимально точного определения количества ударов необходимо проводить подсчет в течение всей минуты.

### ИЗМЕРЕНИЕ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ

Измерение уровня глюкозы в домашних условиях возможно и сегодня не представляет особых трудностей благодаря современным глюкометрам. Устройство и использование такого прибора достаточно просты: на одноразовую тест-полоску наносится капля крови из пальца (самостоятельный забор крови с использованием ланцета), затем тест-полоска вставляется в анализатор, который покажет значение уровня глюкозы в крови и сохранит текущее значение в памяти аппарата.



**Пользуйтесь специальными противопролежневыми средствами:**

- Матрас с ортопедическим эффектом (противопролежневый);
- Противопролежневая подушка;
- Специальные подкладки и наматрасники;
- Коврики и приспособления для плавного перемещения больного.

**Активизируйте пациента, насколько это возможно:**

- Побуждайте подопечного к выполнению разнообразных действий;
- Постепенно увеличивайте разнообразие движений;
- Не выполняйте вместо пациента действия, которые ему самому под силу.

**Обеспечьте тщательный уход за кожей пациента**

Очищайте кожу деликатно, используя специальные средства для ухода за кожей.

Избегайте сильнодействующих косметических препаратов и не используйте пудру вместе с питательными средствами (например, маслом или жирным кремом).

Не забывайте о гигиене интимных зон — очищайте их деликатными средствами и защищайте при каждой смене изделий с впитывающей способностью.

Каждый день проверяйте состояние кожи и быстро принимайте меры, если заметили что-то неладное.

Стимулируйте кожу массажем, желательно с использованием активизирующего геля, и никогда не пользуйтесь спиртом, поскольку это может привести к пересушиванию кожи.

## ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЕ СПРИНЦЕВАНИЯ (ОРОШЕНИЯ)

Одним из видов лечения некоторых гинекологических заболеваний является спринцевание влагалища. Основная задача спринцевания — промывание влагалища от накопившихся в нем выделений: белей, сгустков крови и пр. Его также назначают в профилактических целях и как вспомогательное средство при других видах лечения (например, перед тампонированием лекарственными препаратами или хирургическим вмешательством).

Зачастую при лечении воспалений, а также при образовании налета патологического характера на слизистой оболочке влагалища требуется специальная медицинская манипуляция — орошение влагалища лекарственными препаратами. При этом препарат напрямую контактирует с областью поражения. Осуществлять промывание влагалища можно как дома, так и в медицинском заведении.

Дома промывание влагалища растворами лекарственных средств производится так: для выполнения используется резиновая клизма-спринцовка, в которую набирается лекарство.

Забор крови для определения происходит утром натощак, а также в зависимости от необходимости текущего контроля и коррекции дозы инсулина.

## АППЛИКАЦИЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ (ТТС)

«Пластырь» следует наносить на плоскую поверхность неповрежденной и необлученной кожи туловища или плеча. Для аппликации рекомендуется выбрать место с минимальным волосяным покровом (предпочтительно без волосяного покрова). Перед нанесением волосы на месте аппликации следует состричь (не сбривать!). Если перед нанесением пластыря место аппликации необходимо вымыть, то это нужно сделать с помощью чистой воды. Не следует использовать мыло, лосьоны, масла, спирт или другие средства, т. к. они могут вызывать раздражение кожи или изменять ее свойства. Перед аппликацией кожа должна быть абсолютно сухой.

Так как трансдермальный пластырь покрыт водонепроницаемой наружной защитной пленкой, его можно не снимать при кратковременном пребывании под душем.

Трансдермальный пластырь следует наносить сразу после извлечения из термосвариваемого пакета. После удаления защитной пленки трансдермальный пластырь необходимо плотно прижать ладонью к месту аппликации примерно на 30 секунд. Следует убедиться, что пластырь плотно прилегает к коже, особенно по краям. Может потребоваться дополнительная фиксация пластыря.

Новый трансдермальный пластырь всегда следует накладывать на другой участок кожи, не захватывая место предыдущей аппликации. На то же место аппликации пластырь можно накладывать повторно не ранее чем через 7 дней.

Трансдермальный пластырь не следует делить или разрезать.

## ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ КОЛЛАГЕНОВОЙ ГУБКИ

Применяется местно, ею тампонируют рану, через 3–5 мин губка, пропитавшись кровью, плотно прилегает к кровотокающей поверхности; в случае продолжения кровотечения накладывают второй слой губки.

После остановки кровотечения губку лучше фиксировать П-образным швом, эту процедуру выполняет исключительно врач!

Для усиления гемостатического эффекта губку можно смочить раствором тромбина.

Губку не удаляют, т. к. она впоследствии полностью рассасывается.

Забор крови для определения происходит утром натощак, а также в зависимости от необходимости текущего контроля и коррекции дозы инсулина.

## АППЛИКАЦИЯ ТРАНСДЕРМАЛЬНОЙ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ (ТТС)

«Пластырь» следует наносить на плоскую поверхность неповрежденной и необлученной кожи туловища или плеча. Для аппликации рекомендуется выбрать место с минимальным волосяным покровом (предпочтительно без волосяного покрова). Перед нанесением волосы на месте аппликации следует состричь (не сбривать!). Если перед нанесением пластыря место аппликации необходимо вымыть, то это нужно сделать с помощью чистой воды. Не следует использовать мыло, лосьоны, масла, спирт или другие средства, т. к. они могут вызывать раздражение кожи или изменять ее свойства. Перед аппликацией кожа должна быть абсолютно сухой.

Так как трансдермальный пластырь покрыт водонепроницаемой наружной защитной пленкой, его можно не снимать при кратковременном пребывании под душем.

Трансдермальный пластырь следует наносить сразу после извлечения из термосвариваемого пакета. После удаления защитной пленки трансдермальный пластырь необходимо плотно прижать ладонью к месту аппликации примерно на 30 секунд. Следует убедиться, что пластырь плотно прилегает к коже, особенно по краям. Может потребоваться дополнительная фиксация пластыря.

Новый трансдермальный пластырь всегда следует накладывать на другой участок кожи, не захватывая место предыдущей аппликации. На то же место аппликации пластырь можно накладывать повторно не ранее чем через 7 дней.

Трансдермальный пластырь не следует делить или разрезать.

## ПРИМЕНЕНИЕ ГЕМОСТАТИЧЕСКОЙ КОЛЛАГЕНОВОЙ ГУБКИ

Применяется местно, ею тампонируют рану, через 3–5 мин губка, пропитавшись кровью, плотно прилегает к кровотокающей поверхности; в случае продолжения кровотечения накладывают второй слой губки.

После остановки кровотечения губку лучше фиксировать П-образным швом, эту процедуру выполняет исключительно врач!

Для усиления гемостатического эффекта губку можно смочить раствором тромбина.

Губку не удаляют, т. к. она впоследствии полностью рассасывается.

## ПРИМЕНЕНИЕ УРОПРЕЗЕРВАТИВА

Уропрезерватив — это гигиеническое средство, которое используется вместо судна, подгузников и одноразовых простыней. Их используют при недержании мочи у мужчин.

Уропрезерватив состоит из гладкой детали, которая фиксируется на половом члене, гофрированного элемента для оттока мочи и порта, который герметично крепится к сливному мешку. Сливной мешок, в свою очередь, специальными ремнями надежно фиксируется на ноге больного.

Как пользоваться. Извлеките изделие из упаковки, наденьте на половой член и закрепите пластырем. Затем с помощью дренажной трубки прикрепите к нему мешок для сбора мочи.

Уропрезерватив нельзя использовать больше 24 часов. Для замены его следует отсоединить от сборного мешка и снять, скатывая вниз. Утилизируют уропрезервативы и их элементы в мусорное ведро.

## ОБЕЗБОЛИВАНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ НАРКОТИЧЕСКИХ АНАЛЬГЕТИКОВ

Торговое наименование	Способ применения и дозы
<b>Наркотические анальгетики, II ст.</b>	
<b>Трамадол</b>	<i>Капсулы</i> Трамадол 50 мг внутрь, через рот; максимальная суточная доза — 8 капсул/сут. <i>Ампулы</i> Трамадол 50 мг/мл по 2 мл в ампуле для в/м и п/к введения; максимальная суточная доза — до 4 ампул/сут
<b>Промедол</b>	<i>Промедол в ампулах</i> по 1 мл (20 мг/мл) для в/м и п/к введения; максимальная суточная доза до 8 ампул/сут
<b>Кодеин</b>	<i>Таблетированная форма.</i> Внутрь, через рот по 15–60 мг каждые 3–6 ч, <b>дозировку рассчитывает врач!</b> Максимальная суточная доза — 120 мг
<b>Наркотические анальгетики, III ст.</b>	
<b>Морфин</b>	<i>Таблетированная форма.</i> Морфин, 5 мг/10 мг внутрь, через рот. <i>Ампулы.</i> Морфин 1% — 1,0 для п/к и в/м введения. <i>Максимальная доза не описана.</i> Принимать каждые 4 часа

<b>Фентанил ТТС</b>	<i>Фентаниловый пластырь 25 мкг/час, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч, прикрепить к коже, сменить через 72 часа. Максимальная доза 300 мкг/ч</i>
<b>Оmnopон</b>	<i>Ампулы. Омнопон 1% — 1,0 для п/к введения. Максимальная суточная доза — до 10 ампул/сут</i>
<b>Бупренорфин (Бупрен)</b>	<i>Таблетированная форма. Бупрен 0,4 мг; 2 мг; 8 мг под язык. Максимальная суточная доза — 30 мг/сут. Рекомендованная суточная доза для лечения ХБС — 1,6 мг/сут. Существует в форме ТТС, в Украине не зарегистрирован</i>
<b>Метадон</b>	<i>Таблетированная форма. Метадон 5 мг; 10 мг; 25 мг; 40 мг для применения внутрь, через рот. Максимальная суточная доза — 120 мг</i>
<b>Оксикодон (Долоника)</b>	<i>Таблетированная форма. Долоника 10 мг; 20 мг; 40 мг; 80 мг внутрь, через рот. Максимальная суточная доза — 80 мг.</i>

**Бисфосфонаты.** Эта группа медикаментов может эффективно уменьшать потерю костной ткани, которая возникает вследствие метастатических поражений, **уменьшать риск переломов и уменьшать боль.** Бифосфонаты действуют, подавляя резорбцию или разрушение кости. Данные более 30 клинических исследований свидетельствуют, что у пациентов с костными метастазами, которые получали лечение бифосфонатами, меньше вероятность переломов, меньше потребность в лучевой терапии, меньше вероятность гиперкальцемии. В клинических исследованиях доказано, что бисфосфонаты предотвращают или замедляют изменения в кости и связанные с этим боли у пациентов.

В рамках паллиативной терапии введение бисфосфонатов при отсутствии абсолютных противопоказаний и наличии положительной динамики (снижение болевого синдрома) показано неопределенно долгое время.

**Препараты группы:** золедроновая кислота, ибандроновая кислота, алендроновая кислота, клодроновая кислота.

## КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ В ОНКОЛОГИИ

Главной проблемой химиотерапии злокачественных новообразований является токсичность цитостатической терапии и, как следствие, миелотоксичность. Для профилактики и купирования костномозговой недостаточности применяются следующие

колониестимулирующие факторы: гранулоцитарный колони-естимулирующий фактор (Г-КСФ) — Ленограстим (Граноцит) и Филграстим (Нейпоген); гранулоцитарно-макрофагальный колониестимулирующий фактор (ГМ-КСФ) — Молграмостин (Лейкомакс).

**Ленограстим** стимулирует дифференцирование клеток-предшественников нейтрофилов, усиливает способность нейтрофилов к миграции и фагоцитозу. Нейтрофилы, произведенные под действием Ленограстима, обладают нормальными хемотаксическими свойствами и фагоцитарной активностью. При первичной профилактике не снижает частоту фебрильной нейтропении, но реже возникают тяжелые инфекции. При развившейся нейтропении использование Ленограстима в 2 раза сокращает ее продолжительность.

**Филграстим** регулирует ген образования функционально активных нейтрофилов с небольшим увеличением числа моноцитов. Усиливает фагоцитарную активность нейтрофилов у онкологических больных. Сокращает время созревания нейтрофилов с 5 дней до 1 дня и повышает их способность к хемотаксису, вероятность смерти от агранулоцитоза снижается на 20%. В стандартных дозах действует на предшественники гранулоцитов, эозинофилы, мегакариоциты, способствует дифференцированию и активизирует зрелые моноциты. При инфекции циркулирует в крови, стимулируя нейтропоз, тогда как ГМ-КСФ — только в очаге.

**Молграмостин** воздействует не только на нейтрофилы, но и на моноциты/макрофаги и Т-лимфоциты, усиливает экспрессию антигенов II класса МНС на моноцитах и увеличивает продукцию антител. Он оказывает выраженное влияние на функционально активные зрелые нейтрофилы, что усиливает фагоцитоз бактерий, повышает цитотоксичность в отношении злокачественных клеток и активизирует клеточный метаболизм.

#### **Дозы КСФ и длительность назначения:**

- Рекомендуется применять Г-КСФ подкожно в дозе 5 мкг/кг/сут ежедневно через 24–72 часа после последнего дня химиотерапии;
- Введение Г-КСФ показано до необходимого стабильного показателя абсолютного числа нейтрофилов (АЧН), при этом нет необходимости добиваться увеличения АЧН более  $10 \times 10^9/L$ .



## ПОРТ-СИСТЕМЫ

Современные имплантируемые порт-системы дают возможность обеспечить длительное и эффективное обезболивание. Такой метод подходит пациентам с выраженным болевым синдромом различного происхождения. Использование систем возможно как в условиях стационара, так и в домашних условиях.

Подбор дозировки, скорости введения назначенных врачом препаратов посредством порт-системы (с использованием эластомерной помпы и/или чередуемыми болюсными введениями препарата) строго индивидуален и происходит эмпирически.

При соблюдении всех правил ухода за порт-системой и рекомендованных дозировок назначенных препаратов метод является полностью безопасным для пациента.

### ***Показания для установки эпидуральных порт-систем:***

1. Наличие у больного выраженного болевого синдрома, связанного с раздражением корешков спинного мозга, плохо купируемого лекарственными средствами; неэффективность выполненных блокад и радиочастотной абляции.
2. Дегенеративный стеноз позвоночного канала с неврологической клиникой.
3. Постгерпетическая и диабетическая нейропатия, которая не купируется другими методами.
4. Облитерирующие заболевания нижних конечностей.

### ***Показания для установки спинальных порт-систем:***

1. Наличие у онкологического больного выраженного болевого синдрома при неэффективности другой терапии, включающей наркотические анальгетики.
2. Отказ пациента от проведения консервативной терапии.
3. Опиоид-индуцированная гипералгезия.

### ***Порт-системы также имеют следующие противопоказания:***

1. Агональное и преагональное состояние пациента.
2. Невозможность правильного ухода за устройством.
3. Отказ пациента от постановки порт-системы.
4. Воспаление в месте предполагаемой имплантации.

## АДЪЮВАНТНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ И СРЕДСТВА ДЛЯ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Торговое наименование	Лекарственная форма, дозы	Дозы разовые и суточные
<p><b>Глюкокортикоиды.</b> Применяются в следующих ситуациях: повышенное внутричерепное давление, компрессия спинного мозга, компрессия или инфильтрация нерва, метастазы в кости, перерастяжение капсул паренхиматозных органов, инфильтрация мягких тканей при опухолях головы, шеи и др. Дополнительные преимущества гормонов: повышают аппетит и снижают тошноту.</p>		
<b>Дексаметазон</b>	Таблетки 0,5 мг; раствор для инъекций (ампулы) 4 мг — 1 мл	Разовые дозы таблетированных форм — 0,5–1,0 мг, максимальная пероральная суточная доза — 15 мг. Разовые дозы инъекционных форм — 4–8 мг, суточные дозы инъекционно — 8–16 мг (по специальным показаниям до 24–32 мг/сут). Высокую суточную дозу можно распределить на 2–4 приема
<b>Преднизолон</b>	Таблетки 1 мг, 5 мг; раствор для инъекций 30 мг/мл, 30 мг/2 мл; лиофилизат для приготовления раствора (ампулы) 0,025 г	Разовые дозы не регламентированы и зависят от показаний и тяжести заболевания. Суточная доза таблетированных форм 5–60 мг. Суточная доза инъекционных форм 30–45 мг
<b>Метил-преднизолон (Солу-Медрол)</b>	Лиофилизат для приготовления р-ра для в/в и в/м введения по 250, 500 и 1000 мг	Разовые дозы не регламентированы, они зависят от показаний и тяжести заболевания!
<p><b>Психоаналептики/антидепрессанты.</b> Анальгетический эффект антидепрессантов может проявляться при назначении низких доз и обычно развивается через 3–7 дней после начала лечения. Препаратами первого ряда среди антидепрессантов для терапии нейропатической боли являются Амитриптилин, Дулоксетин. Дополнительное преимущество: снижают уровень депрессии, тревожности и бессонницы больных.</p>		



<b>Амитриптилин</b>	Таблетки 10 мг, 25 мг; раствор для инъекций (ампулы) 10 мг/мл	Разовая доза таблетированных форм — 10–25 мг, суточная — 10–50 мг (до 200 мг). Разовая доза инъекционных форм — 20–40 мг, суточная — 160 мг. Стартовая доза 10 мг на ночь увеличивается постепенно каждые 5–7 дней до 75 мг. Более высокие дозы (до 150 мг/день) могут быть использованы после консультации специалиста
<p><b>Противоэпилептические препараты</b> применяются для контроля симптомов нейропатической боли, возникающей в результате прямого повреждения центральных или периферических структур нервной системы или других патологических процессов в нервной системе, последствий повреждения нервных волокон в результате лучевой и химиотерапии, хирургического лечения. Препаратами первого ряда являются габапентин и прегабалин в связи с меньшим количеством побочных эффектов и межлекарственных взаимодействий.</p>		
<b>Прегабалин (Лирика)</b>	Капсулы 25 мг, 75 мг, 150 мг, 300 мг	Разовая доза — 25–300 мг, суточная — 50–600 мг, стартовая доза составляет 50–75 мг на ночь, постепенно дозировка увеличивается до максимальной дозы — 300 мг 2 раза в день (по переносимости)
<b>Карбамазепин (Финлепсин)</b>	Таблетки 200 мг, 100 мг; таблетки ретард 200 мг, 400 мг	Разовая доза — 200 мг, суточная — 400–600 мг, максимально — 1200 мг
<b>Габапентин</b>	Капсулы 300 мг; таблетки 400 мг	Разовая доза — 150–300 мг, суточная — 900–1800 мг, максимальная суточная доза — 3600 мг. Габапентин назначается в начальной дозе 150–300 мг на ночь с постепенным увеличением (на 300 мг в день) до максимальной дозы 600 мг 3 раза в день

<b>Миорелаксанты и противосудорожные препараты</b> назначают при болезненных судорогах (кramпи) и миофасциальных болях, эти препараты оказывают воздействие на уровне спинного мозга, не на уровне мышц.		
<b>Толперизон (Мидокалм)</b>	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 150 мг; раствор для в/м введения 10% (ампулы) 1,0 мл	Разовая доза таблетированных форм — 50–150 мг, суточная — 150–450 мг. Разовая доза инъекционных форм — 100 мг, суточная доза — 100–200 мг
<b>Тизанидин (Сирдалуд, Тизалуд)</b>	Таблетки 2 мг, 4 мг	Разовая доза — 2–4 мг, суточная — 4–12 мг
<b>Баклофен</b>	Таблетки 10 мг, 25 мг	Внутрь начальная доза — 5 мг 3 раза в сутки. Средняя доза — 10–25 мг 3 раза в день. Максимально — до 100 мг в сутки. Пожилые люди: начальная доза — 5–10 мг в день
<b>Бензодиазепины/анксиолитики</b> применяют при миоклонусе, спазме гладкой и скелетной мускулатуры.		
<b>Диазепам (Седуксен, Релиум, Сибазон)</b>	Таблетки 5 мг; раствор для инъекций (ампулы) 5 мг/мл, 2 мл	Разовая доза таблетированных форм — 5–10 мг, суточная — 5–20 мг (максимальная суточная доза — 60 мг). Разовая доза инъекционных форм — 10–20 мг, суточная — 60 мг, максимальная — 100 мг
<b>Бромдигидрохлорфенилбензодиазепин (Феназепам)</b>	Раствор для инъекций (ампулы) 3% и 0,1% — 1 мл; таблетки 0,5 мг, 1,0 мг, 2,5 мг	Разовая доза таблетированных форм — 0,5–1 мг, суточная — 1,5–5 мг (максимальная суточная доза — 10 мг). Разовая доза инъекционных форм — 0,5–1 мг, суточная — 3–5 мг (максимальная суточная доза — 7–9 мг)
<b>Антигистаминные препараты</b> для системного применения усиливают обезболивающий эффект опиоидов.		
<b>Дифенгидрамин (Димедрол)</b>	Таблетки 30 мг, 50 мг, 100 мг; раствор для инъекций (ампулы) 1% 1 мл	Разовая доза таблетированных форм — 50–100 мг, суточная — 200–250 мг. Разовая доза инъекционных форм — 10–50 мг, суточная — 30–150 мг (максимальная суточная доза — 200 мг)

<p><b>Хлоропирамин (Супрастин)</b></p>	<p>Таблетки 25 мг; раствор для инъекций (ампулы) 20 мг/мл 1 мл</p>	<p>Разовая доза таблетированных форм 25 мг, суточная 75–100 мг. Разовая доза инъекционных форм 20–40 мг, суточная 20–40 мг (макс. суточная доза 2 мг/кг массы тела)</p>
<p><b>Тавегил</b></p>	<p>Таблетки/ампулы</p>	<p>Взрослым и детям старше 12 лет назначают по 1 таблетке (1 мг) утром и вечером</p>
<p><b>Препараты, применяемые при состояниях, связанных с нарушениями кислотности</b>, — сопроводительная терапия при длительном назначении нивелирует побочные эффекты НПВС при обострении язвенной болезни. Это <i>препараты ИПП</i> и <i>блокаторы H<sub>2</sub>-гистаминовых рецепторов</i>.</p>		
<p><b>Ранитидин</b></p>	<p>Таблетки 150 мг, 300 мг; таблетки шипучие 150 мг, 300 мг; раствор для инъекций (ампулы) 25 мг/мл, 2 мл</p>	<p>Разовая доза таблетированных форм — 150 мг, суточная — 300 мг. Разовая доза инъекционных форм — 50 мг, суточная — 150–200 мг, максимальная суточная доза — 200 мг</p>
<p><b>Омепразол (Омес)</b>                  - эзомепразол                  - пантопразол                  - лансопразол                  - рабепразол                  - декслансопразол</p>	<p>Капсулы 20 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, 20 мг</p>	<p>Разовая доза омепразола 20 мг 1 раз в сутки. При тяжелом течении процесса или резистентности — 40 мг 1 раз в сутки.  <i>Другие препараты группы назначаются в других дозировках! Смотри инструкцию!</i></p>
<p><b>Слабительные препараты</b> — профилактика нарушения перистальтики кишечника при приеме опиоидов (<i>опиат-индуцированные запоры</i>).</p>		
<p><b>Парафин жидкий (вазелиновое масло)</b></p>	<p>Масло для приема внутрь, флаконы по 25 мл, 50 мл, 100 мл</p>	<p>Разовая доза — 2 ч. л. При необходимости можно увеличить до 2 ст. л. За 2 часа до или через 2 часа после приема пищи</p>

<b>Масло семян клещевины обыкновенной (касторовое масло)</b>	Масло для приема внутрь, флаконы по 25 мл, 50 мл, 100 мл; мягкие капсулы для приема внутрь 0,5 и 1,0 г	Разовая доза 15–30 г
<b>Бисакодил</b>	Таблетки 5 мг; драже 5 мг; свечи ректальные 10 мг	Разовая доза таблетированных форм — 5–15 мг, суточная — 5–20 мг. Разовая доза ректальных форм — 10–20 мг, суточная — 10–20 мг
<b>Лактулоза (Дюфалак)</b>	Сироп (лактозулы в 15 мл, 10 г) во флаконе 15 мл или в бутылке объемом от 200 до 1000 мл; сироп (лактозулы в 5 мл, 3,325 г) во флаконе 200 или 240 мл	Разовая доза сиропа — 15–45 мл, суточная — 15–60 мл
<b>Пикосульфат натрия (Гуталакс)</b>	Капли для приема внутрь 7,5 мг/мл, 15 и 30 мл	Разовая доза — 5–10 мг (10–20 капель), суточная — 5–15 мг (10–30 капель)
<b>Препараты против тошноты и рвоты</b> (препараты разных фармакологических групп) — антагонисты дофамина, нейролептики, избирательные антагонисты серотониновых рецепторов 5HT <sub>3</sub> .		
<b>Метоклопрамид (Церукал)</b>	Таблетки, 10 мг; раствор для инъекций (ампулы) 10 мг, 2 мл	Разовая доза таблетированных форм — 5–10 мг, суточная — 40–60 мг. Разовая доза инъекционных форм — 10 мг, суточная — 10–30 мг (максимальная суточная доза — 30 мг)
<b>Домперидон (Мотилиум)</b>	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг	Разовая доза — 10–20 мг 3–4 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 80 мг
<b>Ондансетрон (Осетрон, Зофран)</b>	Раствор для в/в и в/м введения 2 мг/1 мл в ампулах по 4 мл	Рекомендованная разовая доза составляет 8 мг в виде медленной в/в инъекции. Максимальная разовая не должна превышать 16 мг. <b>NB!</b> Для пациентов с печеночной недостаточностью суточная доза не может превышать 8 мг!

<p><b>Местные анестетики</b> — для локальной анестезии в месте введения (аппликации), для проводниковой анестезии, расслабляют поперечно-полосатую мускулатуру, устраняют патологическое напряжение мышц, которое является дополнительным источником боли. В отдельных тяжелых случаях применяются внутривенно при рефрактерной нейропатической боли.</p>		
<p><b>Лидокаин</b></p>	<p>Пластыри с лидокаином.</p> <p><i>Лидокаин спрей, 10% для местного применения</i></p>	<p>При аллодинии наружно не более 3 пластырей 1 раз в сутки на период до 12 часов. После использования необходимо делать перерыв не менее 12 часов.</p>
<p><b>Нейролептики, альфа 2-адреномиметики</b> — антипсихотическое действие. Применяются для седации, при галлюцинациях, для купирования тошноты и рвоты на фоне опиоидной терапии.</p>		
<p><b>Хлорпротиксен (Труксал)</b></p>	<p>Таблетки 15 мг, 50 мг</p>	<p>Разовая доза — 15 мг, суточная — 15–300 мг</p>
<p><b>Нестероидные противовоспалительные средства</b> — лекарственные препараты, обладающие обезболивающим, жаропонижающим и противовоспалительным эффектами. <i>Побочные эффекты при длительном/регулярном приеме НПВС:</i> тошнота, диспепсия, язва желудка и двенадцатиперстной кишки, желудочно-кишечное кровотечение, диарея и др. Для профилактики назначаются ИПП (омепразол, эзомепразол, пантопразол, лансопразол и др.)</p>		
<p><b>Парацетамол -Панадол</b></p>	<p>Таблетированный препарат, 200 мг</p>	<p>Максимальные дозы: разовая — 1000 мг (до 5 таблеток), суточная — 4000мг (до 20 таблеток)</p>
<p><b>Кеторолак</b>                      - Ваторлак                      - Долак                      - Доломин                      - Кетадроп                      - Кеталгин                      - Кетанов                      - Кетокам                      - Кетолак                      - Кеторол</p>	<p>Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг</p>	<p>Однократная доза — 10 мг, при повторном приеме рекомендуется принимать по 10 мг до 4 раз/сут. в зависимости от выраженности боли. Максимальная суточная доза не должна превышать 40 мг. При приеме внутрь продолжительность курса не должна превышать 5 дней</p>

<p><b>Кетопрофен</b> - Артрозилен - Артрум - Быструм - Кетонал - Фламакс - Флексен</p>	<p>Таблетки, 100 мг</p>	<p>Внутрь, во время или после еды, по 1 таблетке (100 мг) 2 раза в день. Следует использовать минимальную эффективную дозу минимально возможным коротким курсом</p>
<p><b>Диклофенак натрия</b> - Вольтарен - Диклак - Диклоберл - Наклофен - Олфен - Ортофен</p>	<p>Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 25 мг</p>	<p>Взрослым и подросткам с 15 лет — по 25–50 мг 2–3 раза/сут. Максимальная суточная доза — 150 мг. Для детей (старше 6 лет) суточная доза до 2 мг/кг массы тела, разделенная на 2–3 приема</p>
<p><b>Индометацин</b> - Индовазин - Эфтиметацин</p>	<p>Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг</p>	<p>Начальная доза — 25–50 мг (1–2 таблетки) 2–4 раза в день. При недостаточном терапевтическом эффекте дозу увеличивать до 150 мг (6 таблеток) в день, разделяя ее на 3 приема. Максимальная суточная доза составляет 200 мг (8 таблеток)</p>
<p><b>Ибупрофен</b> - Бонифен - Долгит - Ибалгин - Ибунорм - Ибуфен</p>	<p>Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 200 мг</p>	<p>По 200 мг 3–4 раза в сутки. Суточная доза составляет 1200 мг (не принимать больше 6 таблеток по 200 мг в течение 24 ч)</p>
<p><b>Спазмолитики</b> — препараты, ослабляющие или полностью устраняющие спазмы гладкой мускулатуры внутренних органов и кровеносных сосудов.</p>		
<p><b>Дротаверин</b> - Веро-Дротаверин - Дроверин - Дротаверин - Но-шпа</p>	<p>Таблетки 40 мг, существуют разные дозировки! Существуют формы для в/м и в/в введения</p>	<p>При приеме внутрь взрослым назначают по 40–80 мг, 2–3 раза/сут. Максимальная суточная доза для взрослых составляет 240 мг. Дозу для детей определяют в зависимости от возраста</p>

<p><b>Папаверин</b></p>	<p>Таблетки 40 мг, существуют разные дозировки!                  Существуют формы для в/м и в/в введения</p>	<p>Внутрь — по 40–60 мг 3–5 раз/сут.                  При в/м, п/к или в/в введении разовая доза для взрослых составляет 10–20 мг; интервал между введениями не менее 4 ч.                  Для пациентов пожилого возраста начальная разовая доза не более 10 мг.                  Для детей в возрасте от 1 года до 12 лет максимальная разовая доза составляет 200–300 мкг/кг</p>
<p><b>Баралгин</b></p>	<p>Таблетки 500 мг</p>	<p>Разовая доза для взрослых и подростков старше 15 лет составляет 500 мг (1 таблетка). Максимальная разовая доза может достигать 1000 мг (2 таблетки). Если не предписано иначе, разовая доза может быть принята до 2–3 раз/сут. Максимальная суточная доза — 2000 мг (4 таблетки)</p>
<p><b>Платифиллин</b></p>	<p>Блокатор м-холинорецепторов.                  Таблетки 5 мг</p>	<p>Способ применения и режим дозирования препарата зависит от его формы выпуска и других факторов. <i>Оптимальный режим дозирования определяет врач.</i>                  Внутрь по 1 таблетке 2–3 раза/сут</p>
<p><b>Гемостатические средства</b></p> <p><b>Губка гемостатическая коллагеновая</b>  <i>Состав и форма выпуска</i>                  Пластины размером 100 x 100 или 50 x 50 мм, приготовленные из раствора коллагена, в стерильной упаковке. 1 г сухой губки содержит борной кислоты 0,0125 г и фурацилина 0,0075 г.</p>		



<p><i>Способ применения и дозы</i></p> <p>Местно, тампонируют рану, через 3–5 мин губка, пропитавшись кровью, плотно прилегает к кровоточащей поверхности; в случае продолжения кровотечения накладывают второй слой губки. После остановки кровотечения губку фиксируют П-образным швом. Для усиления гемостатического эффекта губку можно смочить раствором тромбина. Губку не удаляют, т. к. она впоследствии полностью рассасывается.</p>	
<p><i>Фармакологическая группа: ингибиторы фибринолиза.</i></p> <p>Ингибируют фибринолиз путем конкурентного торможения плазминогенактивирующего фермента и угнетения образования плазмина или за счет комплексообразования с плазмином.</p> <p>Независимо от механизма ингибирования фибринолиза оказывают специфическое кровоостанавливающее действие при различных патологических состояниях, при которых повышена фибринолитическая активность крови и тканей, а также при хирургических операциях.</p> <p>Препараты <i>аминокапроновой, транексамовой кислоты.</i></p>	
<p><b>Транексамовая кислота</b> (таблетки, раствор для инъекций)</p>	<p><i>Внутрь</i>, независимо от приема пищи.</p> <p>Краткосрочное лечение кровотечений, обусловленных повышенным фибринолизом: рекомендуемая стандартная доза транексамовой кислоты составляет 15–25 мг/кг, в среднем — 1000–1500 мг 2–3 раза в сутки.</p> <p><i>В/в (капельно, струйно медленно)</i>, скорость введения 1 мл/мин (50 мг/мин). Следует избегать быстрого в/в введения</p>
<p><i>Фармакологическая группа: ангиопротекторы, коагулянты</i></p>	
<p><b>Этамзилат - Дицинон</b> (таблетки, раствор для инъекций)</p>	<p><i>Внутрь.</i></p> <p>Оптимальная суточная доза этамзилата для взрослых составляет 10–20 мг/кг/сут, разделенные на 3–4 приема. В большинстве случаев разовая доза составляет 250–500 мг (1–2 табл.), при необходимости разовая доза может быть увеличена до 750 мг (3 табл.).</p> <p>Для остановки кровотечения — по 500 мг (2 табл.) каждые 8–12 ч (1000–1500 мг/сут) с едой или небольшим количеством воды.</p> <p>Детям от 3 до 12 лет — половина дозы для взрослых.</p>

# ИНТЕРВЕНЦИОНАЛЬНАЯ ХИРУРГИЯ

## ИМПЛАНТАЦИЯ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ВЕНОЗНОЙ ПОРТ-СИСТЕМЫ

Многократные пункции вен для введения химиопрепаратов и иных лекарственных средств являются болезненными. Кроме того, они могут привести к развитию химического тромбоза, закрытию просвета вен, попаданию препаратов в окружающие вену ткани. Порт-система обеспечивает постоянный надежный центральный венозный доступ и улучшит качество жизни пациента. Она представляет собой небольшое устройство, состоящее из камеры и катетера, которые имплантируются подкожно. Конец катетера помещается в просвет крупной вены.

Через порт-систему можно:

- внутривенно вводить химиопрепараты и другие лекарственные средства;
- проводить длительное капельное введение лекарств;
- забирать кровь на анализы;
- переливать кровь и ее компоненты;
- вводить парентеральные питательные смеси.

Имплантация порт-системы происходит амбулаторно, под местной анестезией. Венозный порт используется до 5 лет.

## ЛЕЧЕНИЕ ГИДРОНЕФРОЗА

Опухоли, рубцы мочеточников, осложнения после предыдущих хирургических вмешательств могут нарушать отток мочи из почки. Это приводит к накоплению мочи в чашечно-лоханочной системе (гидронефроз) и сдавлению почечной ткани, в результате чего орган погибает. Для того чтобы спасти почку, необходимо искусственно наладить отток мочи из нее — наложить нефростому либо установить стент в мочеточник.

**Пункционная чрескожная нефростомия** — это установка в почку дренажной трубки, которая отводит скапливающуюся мочу наружу. Под контролем УЗИ и местным обезболиванием в почку через кожу в области поясницы вводят катетер, который снаружи соединяется с мочеприемником. Нефростома позволяет эффективно справиться с гидронефрозом, однако дренажный катетер требует постоянного ухода, есть риск его смещения или инфицирования. Играет роль также психологический

фактор: нефростома постоянно напоминает человеку о его болезни.

**Стентирование мочеточников** — установка в мочеточник каркаса из медицинского пластика. Стент доставляется в область сужения и за счет большой радиальной жесткости выполняет каркасную функцию, тем самым не давая стенкам мочеточников спадаться под давлением опухоли или рубцов. В результате этого сохраняется возможность оттока мочи. Стент можно установить как через нефростомическое отверстие, так и ретроградно, через уретру и мочевого пузыря с помощью эндоскопа (в последнем случае в нет необходимости создавать проколы в теле пациента).

Операции по нефростомии и стентированию мочеточников проводятся амбулаторно и не требуют госпитализации пациента в стационар

## ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ

Опухоли панкреатодуоденальной зоны часто осложняются развитием механической желтухи. Длительная механическая желтуха приводит к нарастанию концентрации билирубина в крови, что ведет к развитию печеночной недостаточности и гибели пациента. Кроме того, при наличии механической желтухи невозможно ни хирургическое, ни химиотерапевтическое лечение основного заболевания.

**Чрескожное чреспеченочное дренирование желчных протоков** производится под контролем УЗИ путем прокола кожи иглой и последующего проведения через ткань печени дренажного катетера. Он устанавливается в просвет желчных протоков под контролем цифрового рентгеновского аппарата. Дренажный катетер требует постоянного ухода, есть риск его смещения или инфицирования.

**Стентирование желчных протоков** позволяет возобновить физиологический отток желчи по сдавленным протокам. Для этого в непроходимый участок желчевыводящей системы устанавливается тонкий металлический (нитиоловый) каркас. Установленный ранее дренажный катетер можно удалить совсем, а отток желчи будет осуществляться в нормальном физиологическом направлении по желчным протокам, просвет которых поддерживается при помощи стента, в кишечник. При этом снаружи у пациента нет никаких катетеров и человек может вести привычный образ жизни.

## РАДИОЧАСТОТНАЯ И МИКРОВОЛНОВАЯ АБЛЯЦИЯ ОПУХОЛЕЙ И ИХ МЕТАСТАЗОВ

Данные вмешательства являются альтернативой хирургическому лечению. Основные их преимущества — малая инвазивность, отсутствие хирургической травмы как таковой, возможность минимизировать повреждение здоровой ткани органов. Благодаря этому абляцию можно применять у тяжелых и ослабленных пациентов.

Абляция не заменяет и не исключает применения других методов лечения в онкологии и часто выполняется наряду с химиотерапией и лучевой терапией. Так же, как хирургическая операция, она может быть как промежуточным (подготовительным), так и единственным этапом лечения злокачественных опухолей.

Радиочастотная и микроволновая абляция проводятся в условиях регионарной анестезии, реже — под наркозом. Под контролем УЗИ или КТ электрод или антенна через прокол в коже доставляются в опухолевое образование. Под воздействием радиочастотных волн или микроволн происходит локальный нагрев ткани до температуры разрушения клеток, в результате чего опухоль гибнет.

Реабилитационный период после проведения абляции отсутствует. Как правило, пациент покидает стационар на следующий день после процедуры.

В центре интервенционной онкологии выполняются абляции опухолей и их метастазов любой локализации, за исключением органов центральной нервной системы

## ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИЯ ОПУХОЛЕЙ И ИХ МЕТАСТАЗОВ

Методика химиоэмболизации заключается в избирательном закрытии просвета артерий, питающих опухоль, взвесью микросфер (эмболов), которые содержат на своей поверхности противоопухолевый препарат. Вмешательство проводится под регионарной или местной анестезией и контролем ангиографа. Через прокол кожи вводится специальный катетер через лучевую или бедренную артерию. Кончик катетера помещается селективно в артерию, питающие опухолевые клетки, после чего медленно вводится взвесь микросфер, нагруженных химиопрепаратом.

Химиоэмболизация позволяет атаковать раковые клетки двумя способами:

- обеспечивается очень высокая концентрация химиопрепарата непосредственно в опухоли, не подвергая токсическому воздействию весь организм, при этом химиопрепарат выделяется из нагруженных эмболов постепенно, что позволяет достичь пролонгированного местного воздействия на раковые клетки;
- при закрытии просвета сосудов прекращается кровоснабжение опухоли, тем самым лишая злокачественные клетки кислорода и питательных веществ, необходимых для их роста.

Химиоэмболизация может применяться как самостоятельный метод лечения, так и в комбинации с другими методами лечения опухолей, такими как хирургическая операция, системная химиотерапия, лучевая терапия, радиочастотная абляция.

## ЭМБОЛИЗАЦИЯ ПРИ КРОВОТЕЧЕНИЯХ

Злокачественные опухоли в стадии распада нередко вызывают кровотечения, которые не поддаются консервативной гемостатической терапии. Альтернативой «открытой» операции по остановке геморрагии является эмболизация — избирательная закупорка поврежденных сосудов специальными веществами.

Процедура проводится под регионарной или местной анестезией. Через прокол в коже осуществляется доступ в сосудистое русло. Под контролем ангиографа специальный катетер доставляется в разрушенные сосуды, которые перекрываются эмболизационным материалом. Контроль остановки кровотечения проводится путем введения рентгенконтрастного вещества.

Эмболизация хорошо переносится пациентами и может применяться даже в случаях с кровотечениями, которые развились в раннем послеоперационном периоде.

## ЧРЕСКОЖНАЯ ГАСТРОСТОМИЯ

При опухолях пищевода и средостения, трахеопищеводных свищах, рубцовых стриктурах пищевода становится невозможным физиологическое питание. Гастростомия — это операция по установке питательной трубки (гастростомы) в желудок через переднюю брюшную стенку. С ее помощью человек сможет получать пищу в обход полости рта и пищевода.

Процедура выполняется амбулаторно, под местной анестезией. Питательная трубка устанавливается через небольшой прокол кожи и стенки желудка. При помощи рентгеноскопии осуществляется контроль положения гастростомы. Пищу по ней можно вводить уже через несколько часов после имплантации. Для питания можно использовать как специальные смеси, так и готовить еду самостоятельно, измельчая продукты блендером до состояния пюре.

## ВЕРТЕБРОПЛАСТИКА

Метастазы в позвоночник часто осложняются патологическими переломами пораженных позвонков. Данное состояние сопровождается сильными болями спине, которые могут не проходить после приема обезболивающих средств.

Вертебропластика проводится под местной анестезией. Под контролем рентгеноскопии в разрушенный позвонок вводятся специальные костные иглы. По ним производится инъекция специального медицинского цемента.

Последний быстро твердеет в пространстве кости и формирует внутренний слепок позвонка, заполняя его.

После инъекции цемента пациенту необходимо лежать около двух часов. По истечении этого времени он может отправиться домой и вести обычный образ жизни.

## ХИМИЧЕСКИЙ НЕВРОЛИЗ СПЛАНХНИЧЕСКИХ НЕРВОВ

Боль является одним из основных симптомов злокачественных опухолей. Она возникает в результате сдавления нервов, перерастяжения капсулы паренхиматозных органов, поражения сосудов. Применение неопиоидных и опиоидных анальгетиков не всегда снимает болевой синдром. Кроме того, имеют место тахифилаксия, побочные эффекты препаратов, наркотическая зависимость от опиоидных анальгетиков.

Химический невролиз является методом выбора для лечения пациентов, которые страдают от связанной с онкологическим заболеванием боли. Процедура проводится амбулаторно. Под КТ-наведением и местным обезболиванием в область нервного сплетения вводится тонкая игла. По игле вводятся препараты, которые разрушают нервное волокно, и пациента перестает беспокоить боль.



## ДРЕНИРОВАНИЕ ПЛЕВРАЛЬНОЙ И БРЮШНОЙ ПОЛОСТЕЙ

Симптомом онкологических заболеваний нередко является асцит (скопление жидкости в брюшной полости) и гидроторакс (скопление жидкости в плевральной полости). Это затрудняет расширение легких при вдохе и может вызывать одышку. Лишнюю жидкость можно эвакуировать путем пункции (лапароцентез, торакоцентез). Однако она может вновь скапливаться за считанные дни. Поездки в клинику с частотой 2–3 раза в неделю неудобны и тяжело переносятся ослабленными пациентами.

Дренажный катетер — это гибкая трубка, которая вводится в плевральную или брюшную полость для создания оттока лишней жидкости из них на длительный период времени. В катетере есть множество отверстий, обеспечивающих отток жидкости. Он также оснащен односторонним клапаном, который позволяет экссудату вытекать, но не пропускает воздух. К наружному концу катетера подсоединяется емкость для сбора жидкости.

Установка катетера происходит амбулаторно, под местной анестезией и ультразвуковым наведением. Через несколько часов после имплантации катетера пациент отправляется домой.

## ПРИМЕНЕНИЕ МЕДИЦИНСКОГО КАННАБИСА В ЛЕЧЕНИИ ТЯЖЕЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

Писать на тему применения медицинского каннабиса гораздо труднее, чем на тему лечения хронического болевого синдрома (ХБС). С ХБС все понятно: есть рекомендации NCCN, созданы локальные протоколы, инструкции к лекарственным средствам, в том числе и к опиоидам, которые имеют огромное значение для лечения хронической боли.

С медицинским каннабисом все гораздо сложнее. Государство контролирует оборот наркотических и психотропных препаратов (морфина, трамадола, бупренорфина, оксикодона, кодеина, фентанила и других), но вот относительно медицинского каннабиса никакой подобной работы не проводится. Чаще подобное бездействие мотивируется возможностью роста наркозависимых пациентов, да и в Украине запрещено медицинское и научное применение каннабиса.



Как следствие, нет медицинских инструкций по применению этих лекарств, нет рекомендаций, эти лекарства не включены в национальные протоколы.

Украинский врач имеет возможность знакомиться с опытом зарубежных коллег, работающих в государствах, где отношение к пациентам с тяжелыми болезнями более серьезное, более профессиональное и человеческое.

Благодаря опыту коллег из других стран мы знаем, что лекарства на основе каннабиса помогают бороться с нейропатической болью, являются мощным противосудорожным препаратом, который помогает бороться с такими случаями эпилепсии, когда другие противоэпилептические лекарства не работают. Эти лекарства помогают бороться с симптомами болезни Альцгеймера и Паркинсона, посттравматического стрессового расстройства.

Есть даже официальные рекомендации NCCN (National Comprehensive Cancer Network, США) по применению каннабиноидов для лечения тошноты и рвоты, связанных с химиотерапией.

Единственным альтернативным вариантом для таких пациентов сегодня является лечение за пределами Украины. Там, где к лечению пациентов относятся серьезно, где назначается все, что имеет шансы помочь пациенту.

Возможно ли это изменить? На наш взгляд, государство должно получать обратную связь в первую очередь от людей. Если достаточное количество пациентов написали бы Президенту, Премьер-министру и председателю Верховной Рады Украины требование изучить опыт цивилизованных стран и срочно позволить лечить пациентов в Украине не хуже пациентов в других странах, возможно, это повлияло бы на ход событий.

Очень надеемся, что у нашей медицины есть шанс на развитие, не без помощи и поддержки пациентов, в первую очередь своим мнением.

## ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Лучевая терапия — это лечебный метод, предполагающий воздействие на злокачественные клетки с помощью ионизирующего излучения с целью замедления их роста либо полного уничтожения.

В зависимости от состояния пациента лучевую терапию проводят в условиях стационара или амбулаторно, когда больной приезжает из дома или другого лечебного учреждения. В большинстве радиологических учреждений Европы и США в настоящее время предпочтение отдается амбулаторному варианту лечения не только по экономическим причинам, но и отчасти из-за удобства обеспечения наилучшего комфорта, который проще создать больным во вне больничной обстановки.

Для получения лечебного эффекта необходимо, чтобы патологическая зона была охвачена определенной дозой излучения, которая подводится частями («фракциями»), обычно 1 день = 1 фракция в течение рабочей недели (с понедельника по пятницу). Поэтому при планировании очень важно провести разъяснительную беседу с пациентом, его родственниками об основных этапах предлучевой подготовки, самого облучения. Круг вопросов во время беседы должен касаться особенностей поведения пациента, в том числе и во время процедуры, питания, обработки участков кожи, которые подвергаются воздействию ионизирующего излучения, сроках наступления лечебного эффекта, приема дополнительных лекарственных средств и т.д. Одной из важнейших целей этих собеседований является преодоление радиофобических настроений как у пациента, так и у его родственников. Необходимо объяснить, что проведение лучевой терапии не делает самого пациента радиоактивным и он не представляет опасности для окружающих.

Целью проведения паллиативной лучевой терапии является не столько усиление контроля над опухолью, как это бывает при радикальных программах облучения высокими дозами, а прежде всего облегчение некоторых симптомов обусловленных компрессионным действием опухоли или метастазов (например, боли). Проведение паллиативной лучевой терапии позволяет улучшить качество жизни и снизить дозы болеутоляющих средств.

По данным различных международных исследований, болеутоляющий эффект при первичном облучении в 30 % случаев является полным и в 50–80 % случаев частичным. При повторном облучении одного и того же участка болеутоляющий эффект облучения сохраняется у половины больных.

Как правило, паллиативная программа назначается больным, когда их общесоматическое состояние приближается к среднетяжелому, даже тяжелому состоянию. Поэтому

в практике чаще всех используются укороченные, так называемые, гипофракционные схемы облучения, когда однократная доза лучевой терапии больше, чем при обычном ежедневном фракционировании. Такая модель позволяет уменьшить количество сеансов облучения в неделю и продолжительность всего курса лечения с сохранением биологической эффективности. Выбор дозы облучения зависит от прогноза заболевания, расположения облучаемых тканей, общего состояния пациента, сопутствующих заболеваний, предшествующего лечения, одновременного проведения системной терапии, пожеланий пациента и прочих факторов.

Учитывая отрицательную динамику тяжести состояния пациента, планирование лучевого лечения по паллиативной программе проводится без задержек, а само начало облучения допустимо в тот же день либо в ближайшее время после его назначения.

Показаниями к проведению паллиативной лучевой терапии являются следующие ситуации:

- метастатическое поражение костной системы с болевым синдромом;
- метастазы в головной мозг;
- компрессия спинного мозга;
- компрессия верхней полой вены;
- сужение просвета пищевода и дыхательных путей;
- для остановки кровотечения.

Метастазы в костях: часто сопровождается болевым синдромом, компрессией спинного мозга, патологическими переломами и гиперкальциемией. Лучевая терапия остается наиболее действенным болеутоляющим средством при костных метастазах, однако, при патологических переломах эффективность облучения вызывает сомнения. В зависимости от локализации и количества очагов применяют разные схемы лечения общей продолжительностью до 2-х недель. Чаще всего клинический эффект наступает через 2–4 недели после окончания курса. Хорошо зарекомендована схема облучения по 3 Гр×10 фракций в течении 2 недель, 4 Гр×6 фракций в течении 2 недель. Во многих протоколах указывают схему 8 Гр×1 фракция, которая редко применяется и требует более тщательной топометрической подготовки. Во всех случаях отмечается более стойкий противоболевой эффект при длительном облучении.

При наличии метастазов в головной мозг облучается весь объем или только метастаз, если он единичный. Наиболее часто в головной мозг метастазирует рак легких, рак молочной железы и меланома.

Наиболее распространенный способ облучения общепринятый в большинстве радиологических центрах, является 30 Гр×10 фракций в течении 2-х недель. После облучения выпадают волосы, рост которых возобновится через 4–6 недель после окончания лечения.

Компрессия спинного мозга отмечается у 5 % пациентов с метастазами в костях. Это состояние обычно наблюдается при опухолях предстательной железы, молочной железы, легких и почек, а также при миеломе. Симптомы зависят от расположения и распространенности опухоли и могут проявляться в виде болей, слабости в конечностях, нарушении чувствительности, запора и изменения рефлексов. Компрессия спинного мозга — это острое состояние, которое требует быстрой реакции (лучевая терапия должна быть начата в течение 24 часов). При этом важнейшим прогностическим фактором является возможность самостоятельной ходьбы. Наиболее часто применяемой схемой является 3 Гр×10 фракций за 2 недели, а также схемы предполагающие более короткие или более длительные курсы. Как и в случае с метастазами в кости, более стойкий эффект дают удлиненные схемы облучения от 2–3-х до 3–4-х недель.

При расположении опухоли в средостении достаточно часто возникает так называемый синдром компрессии верхней полой вены. Полая вена — это крупная вена, которая доставляет кровь после обогащения кислородом различных органов в правое предсердие сердца. Синдром компрессии верхней полой вены проявляется отдышкой, удушьем, развитием подкожной венозной сетки в верхней части тела, утолщением шеи и головной болью. В 75 % случаев проявление этого состояния является первичная опухоль бронхов, увеличение лимфоузлов в средостении (при раке молочной железы, семиноме) или лимфома. При компрессии полой вены паллиативная лучевая терапия комбинируется с гормональной терапией, а при семиноме — также с химиотерапией. Предлагаются различные схемы облучения, но во всех случаях разовая доза варьирует от 4–3 Гр, а РОД 20–30 Гр.

Паллиативная лучевая терапия используется также для остановки кровотечения. Примерно у 20 % пациентов с раком

отмечаются кровотечения — кашель с кровью, кровотечения из носа, из влагалища при гинекологической опухоли, при опухоли мочевого пузыря или кровотечение желудочно-кишечного тракта при опухолях желудка, пищевода или прямой кишки. Излучение вызывает образование рубцовой ткани в облучаемой области, что останавливает кровотечение.

Повторная паллиативная лучевая терапия возможна и часто проводится при наличии метастазов в костях. При повторных курсах терапии важно следить, чтобы не было превышено количество излучения, которое могут нормально перенести здоровые ткани. Для этого врач, проводящий лучевую терапию, контролирует план предшествующего лечения и сравнивает его с возможным планом.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Blitzer P.H. Reanalysis of the RTOG Study of the Palliation of Symptomatic Osseous Metastases // *Cancer*. — 1985. — Vol. 55. — P. 1468–1472.
2. Bone Pain Trial Working Party. 8 Gy Single Fraction Radiotherapy for the treatment of Metastatic Skeletal Pain: Randomised Comparison with a Multifraction Schedule over 12 Months of Patient Follow-Up // *Radiother. Oncol.* — 1999. — Vol. 52. — P. 111–121.
3. Borgelt B., Gelber R., Kramer S. et al. The Palliation of Brain Metastases: Final Results of the First Two Studies by the Radiation Therapy Oncology Group // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 1980. — Vol. 6. — P. 1–9.
4. Chow E., Harris K. et al. Palliative Radiotherapy Trials for Bone Metastases: A Systematic Review // *J. Clin. Oncol.* — 2007. — Vol. 25. — P. 1423–1436.
5. Hartsell W.F., Scott C.B., Bruner D.W. et al. Randomize Trial of Short-versus Long-Course Radiotherapy for Palliation of Painful Bone Metastases // *J. Natl. Cancer Inst.* — 2005. — Vol. 97. — P. 798–804.
6. Mueller R.P., Soffiatti R., Abacioglu M.U. et al. Adjuvant Whole-Brain Radiotherapy versus Observation after Radiosurgery or Surgical Resection of 1–3 Cerebral Metastases: Results of the EORTC 22952–26001 Study // *J. Clin. Oncol.* — 2009. — Vol. 27. — P. 15. — ASCO 2009, abstract.
7. Rades D., Lange M., Veninga T. et al. Final Results of the Study Comparing Short-Course and Long-Course Radiotherapy (RT) for Local Control of Metastatic Spinal Cord Compression (MSCC) // *J. Clin. Oncol.* — 2009. — Vol. 27. — P. 7. — ASCO 2009, abstract.
8. Rades D., Rudat V., Veninga T. et al. Prognostic Factors for Functional Outcome and Survival after Reirradiation for In-Field Recurrences of Metastatic Spinal Cord Compression // *Cancer*. — 2008. — Vol. 113. — P. 1090–1096.
9. Sperduto P.W., Berkey B., Gaspar L.E. et al. A New Prognostic Index and Comparison to Three Other Indices for Patients with Brain Metastases: An Analysis of 1.960 Patients in the RTOG Database // *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.* — 2008. — Vol. 70. — P. 510–514.

## ГЕМОКОРРЕКЦИЯ

Современная медицина не использует для лечения больных цельную кровь. Каждую дозу крови разделяют на компоненты. Для специализированного лечения применяются компоненты крови и препараты на основе донорской плазмы.

Обеспечение кровью и ее компонентами является одним из важных факторов национальной безопасности и независимости государства и должно основываться на принципе безоплатного добровольного и регулярного донорства крови.

Достаточное количество постоянных бесплатных добровольных доноров дает возможность обеспечить равноправный и своевременный доступ каждого пациента к качественным и безопасным компонентам донорской крови в случае необходимости и обеспечить предоставление трансфузионной помощи в том числе путем формирования базы постоянных доноров крови и ее компонентов с помощью системного подхода к планированию заготовки крови и управления запасами ее компонентов.

Донорская кровь часто необходима беременным во время родов; пострадавшим в катастрофах; пациентам во время операций; онкобольным людям; раненым бойцам Украинской армии.

### КАК СТАТЬ ДОНОРОМ?

Донором может быть физически здоровое лицо, гражданин Украины в возрасте от 18 лет и весом более 50 кг.

Для донации с собой необходимо иметь документы, удостоверяющие личность.

В день донации завтрак должен состоять из каши на воде без масла, 2–3 стаканов сладкого чая, сока, компота, морса, хлеба или батона с медом или вареньем.

**Накануне донации стоит соблюдать следующие рекомендации:**

- за сутки не употреблять жирную, жареную, острую, копченую, соленую пищу, молочные продукты, яйца, шоколад, орехи, семена подсолнечника;
- не курить за 2 часа до донации;
- не употреблять алкоголь за 48 часов до донации;
- не принимать аспирин и анальгетики за 10 дней, антибиотики за 14 суток до донации;



- удостовериться в отсутствии временных или абсолютных противопоказаний.

**Коммунальное учреждение здравоохранения Харьковской областной центр службы крови (КУЗ ХОЦСК)** единственное в Харьковской области оказывает консультативную помощь учреждениям здравоохранения по вопросам клинической трансфузиологии, клинической иммунологии, иммуногематологии, гемостазиологии, кислородного бюджета организма, трофического статуса.

КУЗ ХОЦСК в соответствии со своими задачами и в аспекте специальности «Трансфузиология» проводит работу по следующим направлениям:

- коррекция иммуногематологических расстройств и реакций (тромбоцитопении, анемии, аутоиммунных заболеваний системы крови и др.);
- коррекция показателей крови и системы гемостаза у пациентов перед оперативным и инвазивными лечебными и диагностическими вмешательствами;
- оценка и коррекция показателей системы иммунитета, красной крови и системы гемостаза перед проведением химиотерапии и после;
- оценка и коррекция кислородного состояния организма по концепции «Глубокая картина крови»;
- коррекция и диагностика нарушений водно-электролитного баланса и кислотно-щелочного равновесия;
- диагностика и лечение острых и хронических (приобретенных, аутоиммунных, генетически детерминированных) нарушений гемостаза;
- сопровождение и лечение острых и хронических коагулопатий различного генеза на основании оценки рутинных и глобальных тестов гемостаза (тромбоэластометрия, тромбоэластография, агрегатометрия, коагулограмма и др.);
- проведение методов эфферентной терапии (лечебного плазмафереза, лечебного эритроцитозфереза, лечебного тромбоцитозфереза, лечебного лейкоцитозфереза, лечение парапротеинемий, эндо и экзотосикозов, генетически детерминированных нарушений обмена веществ);
- лечение и диагностика аутоиммунных заболеваний любой витальной системы;
- подбор рациональной антикоагулянтной терапии
- гемостатическая терапия (подбор лечения, контроль надежности гемостаза);



- профилактика тромботических осложнений;
- диагностика и лечение эндо- и экзотоксикозов;
- диагностика и купирование конфликтов по системе ABO, Rh, Keel, Dafi, HLA;
- лечение и диагностика аутоиммунных заболеваний;
- диагностика и лечение иммунологического бесплодия у женщин и мужчин с контролем системы гемостаза и иммуностатуса;
- сопровождение беременности при ЭКО с контролем системы гемостаза при антикоагулянтной терапии;
- подбор рациональной антикоагулянтной терапии;
- гемостатическая терапия (подбор лечения, контроль надежности гемостаза);
- профилактика тромботических осложнений;
- аутодонорство (плазма, эритроциты, тромбоциты);
- коррекция трофического состояния пациентов с определением показателей основного обмена;
- диагностика и лечение тезауризмозы (болезни накопления, обменно-дистрофические процессы);
- восстановление и снижение резистентности к фармакотерапии хронических состояний.

Лабораторные возможности КУЗ ХОЦСК позволяют проводить факторный анализ нарушений систем гемостаза и заместительное лечение компонентами и факторами плазмы крови при большинстве патологий. Такой подход обеспечивает максимальную клиническую эффективность использования препаратов и компонентов крови, иммунологическую и инфекционную безопасность трансфузиологической помощи, снижает уровень осложнений с расчетом достаточности и адекватности терапии при решении клинических задач.

Диагностические возможности КУЗ ХОЦСК — это использование методов лабораторно-клинического и инструментального контроля рутинного и глобального гемостаза (ТЭГ, ROTEM), иммуногематологических исследований (технологии «Diamed» с возможностью селективной оценки субклассов главных иммуноглобулинов, состояния системы комплемента и ее реактоспособности — анафилаксия, комплемент-зависимый лизис), оценка кислородного бюджета организма с использованием концепции «Глубокая картина крови» и прицельная коррекция нарушений кислородного режима организма на этапах легочной утилизации, транспорта и потребления кислорода тканями.

## МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА

Важно обеспечить наблюдение за состоянием реципиента во время и после трансфузии компонента крови. Следует наблюдать за состоянием пациента во время трансфузии каждой единицы компонента крови. Перед началом ввода, а также через определенные промежутки времени во время и после трансфузии компонента крови необходимо определять основные показатели жизненно важных функций, таких как артериальное давление, пульс и температура тела.

Минимальный объем мониторинга пациента должен включать:

- регулярное визуальное наблюдение в течение процесса трансфузии;
- предтрансфузионное изменение пульса (P), АТ, температуры (Т) и частоты дыхания (ЧД). Эти данные фиксируются не более чем за 60 минут до начала трансфузии;
- пульс, артериальное давление и температуру тела следует измерять через 15 минут после начала трансфузии каждого компонента для как можно более раннего распознавания признаков тяжелой трансфузионной реакции. Если по результатам измерений указанные показатели изменились по сравнению с базовыми значениями, нужно также определить частоту дыхания; может понадобиться более частое наблюдение, например, в случае быстрой трансфузии или у пациентов, которые не могут выразить жалобы на симптомы, которые могли бы вызвать подозрение на развитие трансфузионной реакции;
- если пациент имеет признаки или симптомы возможной трансфузионной реакции, следует контролировать и записывать данные пульса, артериального давления, температуры, частоты дыхания и принять соответствующие меры;
- посттрансфузионные данные пульса, артериального давления, температуры следует измерить и зарегистрировать не более чем через 60 минут после окончания трансфузии компонента крови
- пациентов следует наблюдать в течение следующих 24 часов (или, если пациент выписывается, необходимо проинформировать его) об отсроченных трансфузионных реакциях.

***Следует всегда помнить, что правильно проведенная трансфузия — это спасенная жизнь!***

## ПАЛЛИАТИВНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ

Лучевая терапия — это лечебный метод, предполагающий воздействие на злокачественные клетки с помощью ионизирующего излучения с целью замедления их роста либо полного уничтожения.

В зависимости от состояния пациента лучевую терапию проводят в условиях стационара или амбулаторно, когда больной приезжает из дома или другого лечебного учреждения. В большинстве радиологических учреждений Европы и США в настоящее время предпочтение отдается амбулаторному варианту лечения не только по экономическим причинам, но и отчасти для обеспечения наилучшего комфорта, который удобнее создать больным во внебольничной обстановке.

Для получения лечебного эффекта необходимо, чтобы патологическая зона была охвачена определенной дозой излучения, которая подводится частями («фракциями»), обычно 1 день = 1 фракция в течение рабочей недели (с понедельника по пятницу). Поэтому при планировании очень важно провести разъяснительную беседу с пациентом, его родственниками об основных этапах предлучевой подготовки, самого облучения. Круг вопросов во время беседы должен касаться особенностей поведения пациента, в том числе и во время процедуры, питания, обработки участков кожи, которые подвергаются воздействию ионизирующего излучения, сроков наступления лечебного эффекта, приема дополнительных лекарственных средств и т. д. Одной из важнейших целей этих собеседований является преодоление радиофобических настроений как у пациента, так и у его родственников. Необходимо объяснить, что проведение лучевой терапии не делает самого пациента радиоактивным, он не представляет опасности для окружающих.

Целью проведения паллиативной лучевой терапии является не столько усиление контроля над опухолью, как это бывает при радикальных программах облучения высокими дозами, а прежде всего облегчение некоторых симптомов, обусловленных компрессионным воздействием опухоли или метастазов (например, боли). Проведение паллиативной лучевой терапии позволяет улучшить качество жизни и снизить дозы болеутоляющих средств.

По данным различных международных исследований, болеутоляющий эффект при первичном облучении в 30 % случаев

является полным и в 50–80 % случаев частичным. При повторном облучении одного и того же участка болеутоляющий эффект облучения сохраняется у половины больных.

Как правило, паллиативная программа назначается больным, когда их общесоматическое состояние приближается к среднетяжелому, даже тяжелому. Поэтому в практике чаще всего используются укороченные, так называемые гипофракционные, схемы облучения, когда однократная доза лучевой терапии больше, чем при обычном ежедневном фракционировании. Такая модель позволяет уменьшить количество сеансов облучения в неделю и продолжительность всего курса лечения с сохранением биологической эффективности. Выбор дозы облучения зависит от прогноза заболевания, расположения облучаемых тканей, общего состояния пациента, сопутствующих заболеваний, предшествующего лечения, одновременного проведения системной терапии, пожеланий пациента и прочих факторов.

Учитывая отрицательную динамику тяжести состояния пациента, планирование лучевого лечения по паллиативной программе проводится без задержек, а само начало облучения допустимо в тот же день либо в ближайшее время после его назначения.

Показаниями к проведению паллиативной лучевой терапии являются следующие ситуации:

- метастатическое поражение костной системы с болевым синдромом;
- метастазы в головной мозг;
- компрессия спинного мозга;
- компрессия верхней полой вены;
- сужение просвета пищевода и дыхательных путей;
- для остановки кровотечения.

Метастазы в костях часто сопровождаются болевым синдромом, компрессией спинного мозга, патологическими переломами и гиперкальциемией. Лучевая терапия остается наиболее действенным болеутоляющим средством при костных метастазах, однако при патологических переломах эффективность облучения вызывает сомнения. В зависимости от локализации и количества очагов применяют разные схемы лечения общей продолжительностью до 2-х недель. Чаще всего клинический эффект наступает через 2–4 недели после окончания курса. Хорошо зарекомендовала себя схема облучения

по 3 Гр × 10 фракций в течение 2 недель, 4 Гр × 6 фракций в течение 2 недель. Во многих протоколах указывают схему 8 Гр × 1 фракция, которая редко применяется и требует более тщательной топометрической подготовки. Во всех случаях при длительном облучении отмечается более стойкий противоболевой эффект.

При наличии метастазов в головной мозг облучается весь объем или только метастаз, если он единичный. Наиболее часто в головной мозг метастазирует рак легких, рак молочной железы и меланома.

Наиболее распространенным способом облучения, общепринятым в большинстве радиологических центров, является 30 Гр × 10 фракций в течение 2-х недель. После облучения выпадают волосы, рост которых возобновится через 4–6 недель после окончания лечения.

Компрессия спинного мозга отмечается у 5% пациентов с метастазами в костях. Это состояние обычно наблюдается при опухолях предстательной железы, молочной железы, легких и почек, а также при миеломе. Симптомы зависят от расположения и распространенности опухоли и могут проявляться в виде болей, слабости в конечностях, нарушения чувствительности, запора и изменения рефлексов. Компрессия спинного мозга — это острое состояние, которое требует быстрой реакции (лучевая терапия должна быть начата в течение 24 часов). При этом важнейшим прогностическим фактором является возможность больного самостоятельно ходить. Наиболее часто применяемой схемой является 3 Гр × 10 фракций за 2 недели, а также схемы, предполагающие более короткие или более длительные курсы. Как и в случае с метастазами в кости, более стойкий эффект дают удлиненные схемы облучения от 2–3-х до 3–4-х недель.

При расположении опухоли в средостении достаточно часто возникает так называемый синдром компрессии верхней полой вены. Полая вена — это крупная вена, которая доставляет кровь после обогащения кислородом различных органов в правое предсердие сердца. Синдром компрессии верхней полой вены проявляется одышкой, удушьем, развитием подкожной венозной сетки в верхней части тела, утолщением шеи и головной болью. В 75% случаев причинами проявления этого состояния являются первичная опухоль бронхов, увеличение лимфоузлов в средостении (при раке молочной железы, саркоме) или лимфома. При компрессии полой вены паллиативная лучевая

терапия комбинируется с гормональной терапией, а при саркоме — также с химиотерапией. Предлагаются различные схемы облучения, но во всех случаях разовая доза варьирует от 4–3 Гр, а РОД 20–30 Гр.

Паллиативная лучевая терапия используется также для остановки кровотечения. Примерно у 20 % пациентов с раком отмечаются кровотечения — кашель с кровью, кровотечения из носа, из влагалища при гинекологической опухоли, при опухоли мочевого пузыря или кровотечение желудочно-кишечного тракта при опухолях желудка, пищевода или прямой кишки. Излучение вызывает образование рубцовой ткани в облучаемой области, что останавливает кровотечение.

Повторная паллиативная лучевая терапия возможна и часто проводится при наличии метастазов в костях. При повторных курсах терапии важно следить, чтобы не была превышена доза излучения, которую могут нормально перенести здоровые ткани. Для этого врач, проводящий лучевую терапию, контролирует план предшествующего лечения и сравнивает его с возможным планом.

## ОКСИГЕНАЦИЯ

**Заболевания, при которых наиболее часто возникает потребность в респираторной терапии:**

- Новообразования и/или метастатические поражения легких.
- Хронические обструктивные заболевания легких.
- Врожденная патология легких или грудной клетки.
- Синдром диспноэ/апноэ (ночные, дневные).
- Патология сердечно-сосудистой системы.
- Нейромышечные заболевания (спинальная мышечная амиотрофия, боковой амиотрофический склероз, миодистрофия Дюшена).

Дыхательная недостаточность — это невозможность системы внешнего дыхания обеспечить нормальный газовый состав крови:

1. Гипоксическая дыхательная недостаточность — низкое содержание кислорода в артериальной крови; встречается при остром респираторном дистресс-синдроме, пневмониях, в том числе вирусных.
2. Гиперкапническая дыхательная недостаточность — высокое содержание углекислого газа в артериальной крови;



встречается при хронических обструктивных заболеваниях легких, нейромышечных заболеваниях, ожирении с метаболическим синдромом, крайней степени сколиотической деформации грудной клетки.

Основные клинические проявления — изменение частоты дыхания, одышка. При прогрессировании дефицита кислорода в организме возникает тревога, страх, депрессия, нарушения сна.

Тактика помощи:

1. Фармакологическое обезболивание.
2. Респираторная поддержка: откашливатель, электрический аспиратор, кислородный концентратор, назальные/лицевые маски, канюли, мешок Амбу, НИВЛ/ИВЛ.

### **Как определить необходимость в респираторной поддержке**

*Для врачей:*

- Оцените анамнез жизни и болезни, текущие жалобы пациента и/или членов семьи.
- Проведите общий осмотр: оцените цвет и влажность слизистых, частоту дыхания и сердечных сокращений, АД, наличие одышки, периферический цианоз.
- Проведите пульсоксиметрию и капнометрию.
- Оцените данные инструментальных методов исследования (рентгенография, КТ, функция внешнего дыхания, ночная пульсоксиметрия, газовый состав артериальной крови).

*Для пациентов:*

- Уточните у членов семьи, как вы спите.
- Оцените, как вы себя чувствуете с утра, есть ли слабость, сонливость, плохое настроение, тревожность, бледность кожи, сухость слизистых, жажда.
- Можете ли обслуживать себя самостоятельно?
- На какой этаж можете подняться без одышки?
- Проведите пульсоксиметрию, оцените сатурацию.

## ПУЛЬСОКСИМЕТРИЯ

Сатурация — это процентное насыщение гемоглобина кислородом в артериальной крови. Прибор, который ее измеряет, называется пульсоксиметром, а метод — пульсоксиметрией.

Суть метода основана на способности гемоглобина поглощать свет. На палец пациента надевается датчик с источником



инфракрасного излучения и детектором. Каждое сердечное сокращение генерирует пульсовую волну, которая фиксируется датчиком, и на экране аппарата отображается насыщение гемоглобина кислородом в процентах. Нормальные показатели сатурации в покое у здорового человека > 95%.

Норма в покое для взрослого человека	> 95%
I степень дыхательной недостаточности	90–94%
II степень дыхательной недостаточности	75–89%
III степень дыхательной недостаточности	< 75%

Чаще всего данных пульсоксиметрии будет достаточно для назначения оксигенотерапии дома. Исключение составляют хронические обструктивные заболевания легких (ХОЗЛ). Для пациентов с ХОЗЛ нормальным уровнем сатурации считается 88–89%, а показанием для назначения кислорода будет более низкий уровень сатурации.

### Показания для оксигенотерапии с учетом нозологии

Показатели респираторной системы	SpO <sub>2</sub> в покое SpO <sub>2</sub> при нагрузке SpO <sub>2</sub> при ингаляции O <sub>2</sub> + поток ЧДД	
	SpO <sub>2</sub> , % в покое	SpO <sub>2</sub> % <i>Целевые показатели</i>
Норма	> 95%	
ХОЗЛ	< 88%	92%
Хроническая сердечная недостаточность	< 94%	> 95%
Онкология	< 94%	> 95%

British Thoracic Society Guideline for oxygen use, 2017

### Алгоритм проведения пульсоксиметрии:

1. Проверьте, есть ли батарейки в приборе или включите его в розетку.
2. Включите прибор, дайте возможность ему провести автоматическую калибровку, индикатор начнет светиться красным цветом.

3. Включите сигналы тревоги, это будет важно при изменении клинического состояния.
4. Выберите место расположения датчика пульсоксиметра (палец кисти или стопы, мочка уха).
5. Проверьте температуру пациента, местоположение датчика должно быть теплым для получения правильного сигнала. Если палец или мочка уха холодные, согрейте их легким растиранием.
6. Подождите несколько секунд, пока пульсоксиметр ищет пульс и рассчитывает сатурацию.
7. Когда прибор получит четкий пульсовой сигнал, на экране отобразятся частота сердечных сокращений (цифра), цветовой индикатор пульсовой волны (столбик) и сатурация (цифра).
8. Как и любой прибор, пульсоксиметр может иногда показывать неверные данные. При любых сомнениях оцените клиническое состояние, а не полагайтесь всецело на аппарат.
9. Правильность работы датчика пульсоксиметра можно проверить, надев его на палец здорового человека.
10. На точность измерений могут оказывать отрицательное влияние ряд факторов:
  - Активные движения конечностью.
  - Уровень гемоглобина ниже 50 г/л.
  - Красители, включая лак для ногтей.
  - Сердечные аритмии.Чаще всего данных пульсоксиметрии достаточно для назначения кислородного концентратора.

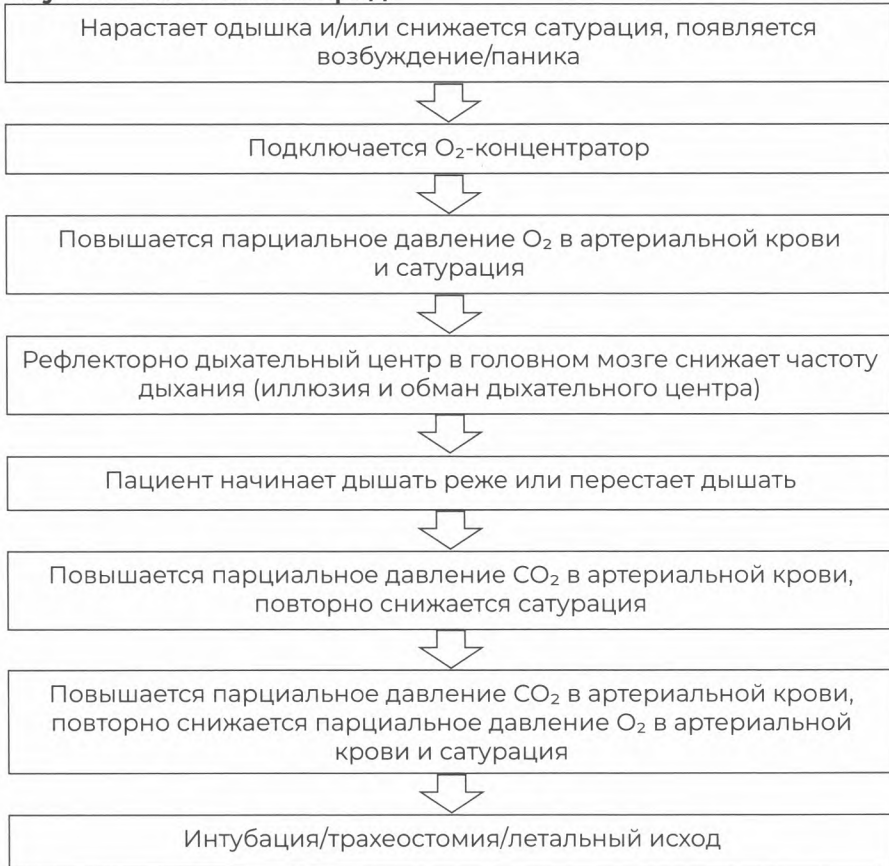
#### **Цели оксигенотерапии:**

1. Повышение уровня кислорода в крови (достижение сатурации 94% и выше).
2. Поддержание стабильного уровня кислорода в крови.

**NB! Кислородотерапия (без неинвазивной респираторной поддержки) не всегда может помочь, она может навредить при нейромышечных заболеваниях:**

- Спинальная мышечная атрофия (СМА).
- Болезнь Дюшенна.
- Боковой амиотрофический склероз (БАС).
- Другие миопатии.

### Механизм ухудшения состояния пациента со СМА, когда ему назначается кислород:



Оксигенотерапия проводится с помощью кислородного концентратора.

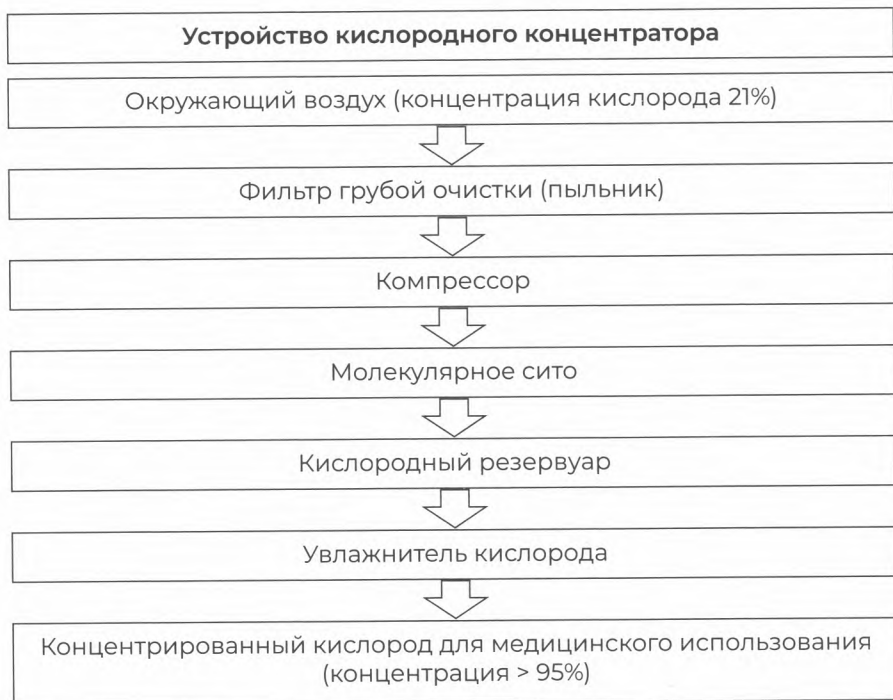
Принцип работы концентратора: сгущает кислород, забор которого проводится из окружающего воздуха (до концентрации 85–95%) и непрерывно доставляет его больному.

Дома можно использовать:

- Стационарные концентраторы с постоянным потоком 5 л/мин, 10 л/мин, 15 л/мин; 20 л/мин.



- Портативные концентраторы (поток 5 л/мин) для мобильных пациентов, некоторые модели оснащены 12-вольтовой зарядкой, которая работает от автомобильного прикуривателя, что позволяет пациентам передвигаться на машине. Время пользования ограничено емкостью батареи. При использовании потока 1 л/мин время работы составит 5 часов, 5 л/мин — около 40 минут.



#### Комплектация кислородного концентратора:

- Концентратор.
- Фильтр грубой очистки.
- Маска или канюли.
- Линия для подачи кислорода, при использовании стационарных концентраторов на дому допускается длина до 12 м.
- Резервуар для увлажнения дыхательной смеси.
- Сетевой кабель.

В резервуар (стакан) для увлажнения дыхательной смеси заливается только дистиллированная вода, на стакане есть

насечки: минимальный и максимальный уровень наполнения. Воду следует наливать, ориентируясь на середину между этими двумя уровнями.

Через молекулярное сито проникает только кислород, и на выходе из аппарата создается высокая концентрация кислорода: около 95% при потоке 1 л/мин и до 90% при потоке 5 л/мин.

Фильтры — один из основных расходных материалов для кислородного концентратора.

*Фильтр грубой очистки* (пыльник) задерживает крупную пыль. Требуется очистки каждые 30 дней. В комплекте к концентратору идут два фильтра, чтобы можно было поставить новый фильтр, а старый удалить для очистки.

Очистка:

- Прополоскать под струей теплой воды.
- Промыть с жидким мылом.
- Смыть мыльный раствор, тщательно прополоскав фильтр.
- Аккуратно отжать.
- Высушить при комнатной температуре в горизонтальном положении, вдали от источников тепла (обогреватели, батареи).

*Фильтр тонкой очистки* задерживает мелкую пыль. Не подлежит обработке, требует только замены каждые 6 месяцев.

#### **Алгоритм установки кислородного концентратора:**

- Включите в сеть.
- Соберите резервуар для воды, налейте в него дистиллированную воду до отметки.
- Подсоедините кислородную линию к порту кислорода (O<sub>2</sub>).
- Включите аппарат.
- Проверьте наличие потока, целостность и проходимость линии, исправность зеленого индикатора на панели прибора.
- Наденьте носовые канюли/маску на пациента.
- Подберите оптимальную скорость потока. Для этого установите стартовый поток 2 л/мин, через 5 минут оцените состояние пациента. Если пациент может отвечать на вопросы, спросите его об ощущениях. Если нет, оцените сатурацию — идеально, если сатурация повысилась до 95% (92% для пациентов с ХОЗЛ), в этом случае поток достаточный.

Если сатурация остается низкой, титруйте скорость потока, прибавляя по 1 л/мин каждые 5 минут, до достижения нужного показателя сатурации (94–98% и 88–92% у пациентов с ХОЗЛ).

### **Рекомендации пациентам:**

- Контролируйте сатурацию минимум 3–4 раза в сутки, рекомендовано вести специальный дневник.
- В период сна или во время физической нагрузки необходимо повышать поток на 1 л/мин.

### **Маски и носовые канюли:**

**Стандартные носовые канюли** размещаются в обеих ноздрях, поток кислорода 1 л/мин обеспечивает его концентрацию в дыхательной смеси 24%, повышение потока на каждый следующий 1 л/мин (в диапазоне 2–8 л/мин) увеличивает концентрацию на следующие 4%.

**Простые маски** обеспечивают концентрацию кислорода в дыхательной смеси 40–60% при потоке 5–8 л/мин (5–6 л/мин — 40%, 6–7 л/мин — 50%, 7–8 л/мин — 60%). Не используйте поток <5 л/мин, учитывая риск повторного вдыхания выдыхаемого CO<sub>2</sub> и возрастающего сопротивления во время вдоха.

**Маски без обратного потока** оснащены резервуарным мешком и клапаном, предотвращающим смешивание воздуха с чистым кислородом; позволяют получить высокую концентрацию кислорода (7 л/мин — 70%, 8 л/мин — 80%, 9–15 л/мин — 90–95%).

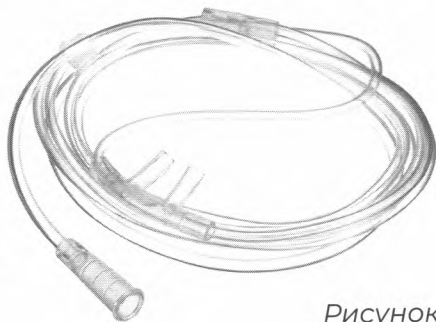


Рисунок 1

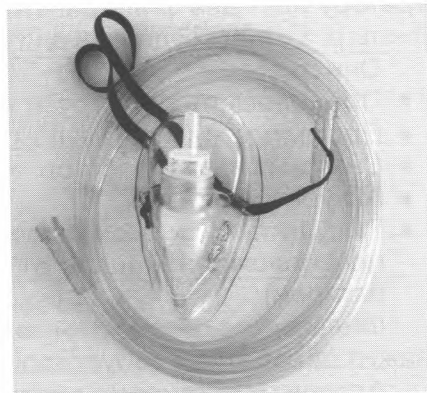


Рисунок 2



Рисунок 2

Приборы для увлажнения и подогрева дыхательной смеси полезны при дыхании смесью с высокой концентрацией кислорода через маску; наиболее эффективными являются активные системы увлажнения. Отсутствие соответствующей гигиены при увлажнении может стать причиной инфицирования дыхательных путей. Не используйте приборы, в которых кислород увлажняется путем прохождения через слой жидкости с помощью катетера, который находится на дне сосуда с жидкостью (эффективность не доказана, высокий риск инфицирования).

## ЗПТ

### Заместительная поддерживающая терапия

Употребление опиоидов со сложившимся синдромом зависимости влечет за собой тот факт, что больные нуждаются в полноценном медицинском и социальном сопровождении. По причине распространения особо опасных инфекционных заболеваний, таких как вирусные гепатиты, ВИЧ-инфекция, туберкулез существует острая необходимость в комплексном обследовании потребителей психоактивных веществ, в том числе опиоидов, большинство из которых употребляются инъекционно. Ведущим терапевтическим, социальным и профилактическим средством внедрения такой практики является заместительная поддерживающая терапия (ЗПТ).

ЗПТ — метод лечения психических и поведенческих расстройств вследствие употребления опиоидов с модификационной контролируемой моделью терапии антагонистами опиоидных рецепторов, такой метод лечения используют медицинские центры «Альтернатива» и Медицинский центр «Инновация» в Харькове.

Обычно для ЗПТ используют препараты метадона гидрохлорид (methadone hydrochloride) и бупренорфина гидрохлорид (buprenorphine hydrochloride). Однако в отдельных странах могут применять медицинский героин или комбинацию бупренорфина с налоксоном.

В 2005 г. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) добавила оба препарата к своему базовому Перечню основных лекарственных средств, а в 2009 выпустила установки, в которых



всем странам рекомендовано использовать ЗПТ в качестве основного направления лечения людей, имеющих зависимость от опиоидов.

Включение метадона и бупренорфина в Перечень основных лекарственных средств свидетельствует о доказанной эффективности и безопасности этих препаратов.

Метадон — синтетический препарат опиоидной группы, является агонистом  $\mu$ -опиатах рецепторов длительного действия, который принимают внутрь, и он постепенно попадает в мозг, вызывая минимальный эффект эйфории, возникающий после введения другими путями, и одновременно предотвращая симптомы абстиненции.

Бупренорфин является полусинтетическим опиоидом, полученным из алкалоида морфина. Бупренорфин является частичным агонистом и характеризуется как агонистической (подобной опиатам), так и антагонистической (блокирует действие опиоидов) активностью в отношении опиоидных рецепторов. Использование бупренорфина для ЗПТ позволяет пациентам, которые находятся на стадии отмены опиоидов, минимизировать симптомы отмены. Кроме того, если его регулярно принимать как поддерживающий препарат, бупренорфин обычно снижает тягу к незаконным опиоидам у людей, которые физически зависят от опиоидов.

Лечение лиц, имеющих зависимость от опиоидов, с использованием препаратов ЗПТ имеет долгую историю. Так, метадон используют в мире с 1960 года, бупренорфин — с 1976. За долгое время использования осуществлено немало исследований с целью оценить эффективность такого вида лечения.

Доказано, что участие в программе ЗПТ имеет значительные преимущества как для самого больного, так и для общества в целом, поскольку позволяет:

- уменьшить употребление запрещенных опиоидов;
- снизить уровень преступности, связанной в том числе с необходимостью получения средств на приобретение нелегальных наркотиков;
- уменьшить смертность в результате передозировки и преждевременную смертность, связанную с употреблением наркотиков (сердечно-сосудистые заболевания, сепсис и т. д.);
- улучшить социальное функционирование (трудоустройство, восстановление связей, родительских обязанностей и т. п.);

- уменьшить рискованное поведение, связанное с распространением ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С среди людей, употребляющих наркотики инъекционно, улучшить профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку;
- создать условия для эффективного лечения СПИДа, ТВ и сопутствующих заболеваний (сепсис, гнойные инфекции, гепатиты В и С, трофические язвы, флебиты);
- улучшить соматическое здоровье пациентов.

В странах, где эпидемия ВИЧ/СПИДа распространяется прежде всего из-за инъекционного употребления наркотиков, главным фактором, который может повлиять на ситуацию, является лечение наркозависимости с использованием препаратов ЗПТ.

## УСЛОВИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЗПТ

ЗПТ является одним из наиболее эффективных методов лечения лиц с психическими и поведенческими расстройствами вследствие употребления опиоидов. При этом на эффективность программы влияют определенные факторы:

- правильность назначения препарата (диагноз (МКБ-10) «синдром зависимости от опиоидов»);
- правильность назначенной дозы (учет индивидуальных потребностей, соблюдение принципа назначения низких начальных доз и высоких поддерживающих, соблюдение рекомендаций по терапевтически эффективным дозам);
- непрерывное и длительное лечение (отсутствие ограничений по срокам лечения, включая возможность пожизненного лечения с учетом понимания зависимости не как острого состояния, а как хронической болезни);
- сочетание фармакологического лечения с мерами психосоциального сопровождения.

Кроме своей эффективности в предупреждении ВИЧ-инфекции, ЗПТ также снижает риски инфицирования гепатитом С, повышает приверженность к лечению ВИЧ и уменьшает риски передозировки. Многие потребители инъекционных наркотиков впервые вступают в контакт с медицинскими работниками с помощью программ ЗПТ, а потом уже получают доступ к другим медицинским услугам.

## СТАТИСТИКА

В Украине программу ЗПТ внедряют с 2004 года, а в 2017-м, по оценочным данным биоповеденческого исследования, в стране насчитывается 317 000 людей, употребляющих наркотики инъекционно. Из них 200 661 — потребители опиоидов (63,3% от общего количества ЛВНИ), 38 674 (12,2%) — потребители стимуляторов и 77 665 (24,5%) — потребители одновременно нескольких видов наркотических веществ.

Согласно международным рекомендациям (ВООЗ, ЮНЭЙДС), ЗПТ должно охватывать не менее 35% больных, особенно для стран с высоким коэффициентом ВИЧ/СПИДа, тогда как в Украине программа ЗПТ охватывает 5,8% от оценочной численности потребителей опиоидов.

## НУТРИТИВНАЯ ПОДДЕРЖКА

Очень важной составляющей жизни не только пациента, но и любого абсолютно здорового человека является адекватное питание. Настолько важной, что при несоблюдении правильного режима питания любой здоровый человек со временем обязательно приобретет проблемы со здоровьем, и речь идет не только о проблемах с весом.

Важно понимать, что при отсутствии ограничений (оперативном наложении гастростомы и т. д.; структурных и функциональных изменениях органов системы пищеварения; стенозе или непроходимости) человек может и должен питаться самостоятельно 4–5 раз в день, имея в рационе по большей части горячую пищу, которую еще принято называть «домашней».

Пациенты, которые находятся в стационаре, и те, кто помимо парентерального питания может получать и энтеральное, могут и должны принимать привычную здоровую пищу в объеме, достаточном для их энергозатрат, для адекватного и скорейшего выздоровления, заживления ран и восстановления после операции.

Исключение составляют больные, которые нуждаются в специальной диете, и те, кто имеет проблемы с приемом пищи в твердом виде.

**Специальные диеты.** Чаще такие диеты предписаны больным, которые наблюдаются у гастроэнтеролога или тем, которые

имеют непереносимость каких-либо продуктов, пищевую аллергию. Для таких пациентов врач-диетолог в индивидуальном порядке расписывает схему или план приема пищи с рекомендованными продуктами и теми, которые стоит вовсе исключить.

Отдельную категорию составляют больные, которые временно или постоянно лишены возможности самостоятельно питаться (например, при стенозе пищевода прием твердой пищи может быть значительно затруднен). Решение такой проблемы также состоит в индивидуальном подходе. Измельчение пищи, преимущественное использование продуктов в жидком виде помогут сохранить рацион полноценным.

## НУТРИТИВНАЯ И НУТРИЦЕВТИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЛЛИАТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

Исследования доказывают, что правильно подобранный режим нутритивной поддержки (питания) способен увеличить продолжительность жизни пациента и улучшить ее качество.

### ***Лечебное питание назначается пациентам для:***

- Улучшения самочувствия.
- Снижения воспаления в организме.
- насыщения/восполнения витаминами и минералами.
- Поддержания водного баланса.
- Качественной работы кишечника.
- Поддержания/увеличения мышечной массы.

Цель — обеспечить важные составляющие:

- Водный баланс.
- Ежедневный стул.
- Качественный сон.
- Усвоение питательных веществ (концентрация желудочного сока — лимон, яблочный уксус, бетаин и ферменты).

Преобладание простых углеводов (пустой еды), отсутствие высоконутритивных продуктов (содержащих большое количество витаминов и др. полезных веществ), отсутствие легкоусвояемого белка и полезных жиров, несбалансированное питание, нарушение пищеварения и усвоения, дефицит массы тела могут значительно ухудшать состояние пациента, поэтому для поддержания состояния и нормального функционирования организма необходимо полноценное сбалансированное питание.

## ЧТО, КАК, КОГДА И ЗАЧЕМ ЕСТЬ

Выбор продуктов и режим питания имеют весомое значение. Соблюдая эти правила, можно значительно улучшить самочувствие и качество жизни.

### ПРАВИЛА ПИТАНИЯ

- Питайтесь регулярно, соблюдая трехразовый режим. При необходимости добавьте 1–2 перекуса.
- Выпивайте минимум 1,5 литра чистой питьевой воды в день.
- Завтракайте в течение часа после пробуждения, обедайте и ужинайте в одно и то же время.
- Соблюдайте чистые промежутки между приемами пищи 2,5–4 часа, в которых пейте только воду.
- Добавьте как можно больше разнообразных овощей. Овощи способствуют пищеварению, а также содержат различные витамины и минералы.
- Используйте принцип ротации продуктов: разные продукты каждый день для получения различных полезных веществ.
- Ешьте блюда, содержащие белок животного происхождения 1–3 раза в день.
- Выбирайте натуральные цельные продукты.
- Используйте цельные злаки и псевдозлаки, семена, вместо перемолотых и очищенных круп.
- Исключите пустую еду, быстрые углеводы и сахара (см. список ниже).
- Исключите трансжиры, жареное, острое, маринованное.
- Ешьте медленно, тщательно пережевывайте пищу. Расщепление пищи начинается уже в ротовой полости.
- При недостаточной мышечной массе возможно употребление протеиновых коктейлей и смузи.

### ОБРАЗ ЖИЗНИ

- Жизненно важно обеспечить адекватное пищеварение на всех уровнях, иначе интоксикация будет нарастать за счет процессов брожения и гниения в кишечнике.
- Пить воду с лимоном или принимать пищеварительные ферменты, можно брать комплексные (с бетаином, желчью, панкреатином), закрывающие все потребности.

- Обеспечить ежедневный стул (раз в три дня НЕ норма!). Клетчатка (растворимая и нерастворимая, в том числе из пищи), магний цитрат. Наладить работу желчного, так как с желчью из печени эвакуируются токсины (артишок, аллохол и т. д.).
- При возможности — любое движение (гимнастика, лимфодренажная зарядки и массажи, пешие прогулки).
- Обеспечить качественный сон.

## РЕКОМЕНДОВАННЫЕ ПРОДУКТЫ В ПОРЯДКЕ ПРИОРИТЕТА

### ОВОЩИ

- Капуста (все виды, включая брокколи, цветную, романеско, белокочанную, фиолетовую, савойскую, пекинскую, брюссельскую, кольраби).
- Кабачки.
- Цукини.
- Листовые салаты (все виды, включая латук, рукколу, мангольд, маш, кресс, романо, лолло rosso и лолло бянко, фризе).
- Шпинат.
- Зелень петрушки, укропа, кинзы, базилика, тимьяна и т. д.
- Огурцы, лук, имбирь (корень), спаржа, сельдерей (корень и стебли).
- Спаржевая фасоль.
- Чеснок.
- Редька.
- Репа.
- Морковь.
- Пастернак (корень).
- Свекла.
- Картофель,

*\*При любых воспалительных процессах, обострениях, рекомендуется исключить помидоры, баклажаны, перец.*

### ФРУКТЫ

- Авокадо.
- Лимон.
- Грейпфрут.
- Папайя.
- Ягоды (все виды).

- Яблоки.
- Абрикосы (в сезон).
- Сливы (в сезон).
- Груши (в сезон).
- Гранат (по желанию).
- Ананас (по желанию).

#### БОБОВЫЕ

- Чечевица.
- Нут.
- Горох.
- Фасоль.
- Бобы и т.д.

#### ЦЕЛЬНЫЕ ЗЛАКИ И СЕМЕНА

- Гречка.
- Киноа.
- Пшено.
- Рис бурый, красный, дикий (кроме белого).
- Лен.
- Кукурузная крупа (если усваивается).
- Амарант.

#### МЯСО И РЫБА.

- Мясо индейки.
- Домашние цыплята.
- Морская рыба жирных сортов.
- Морепродукты.
- Кролик.
- Нутрия.
- Перепела.
- Сало 2–3 кусочка в день.
- Субпродукты.
- Редко: говядина, баранина, свинина.

#### МОЛОЧНЫЕ ПРОДУКТЫ

- Молоко растительное (миндальное, кокосовое).
- Сыр натуральный, твердый (типа пармезан).
- Топленое масло.

*При отсутствии обострения можно использовать кисломолочные продукты собственного приготовления из домашнего коровьего и козьего молока.*

#### ПОЛЕЗНЫЕ ЖИРЫ

- Авокадо.
- Оливковое масло холодного отжима.



- Топленое масло или масло ГХИ.
- Кокосовое масло.
- Сало (1–2 кусочка).
- ОРЕХИ
- Все виды орехов, кроме арахиса  
*\*Порция — до 10–12 орешков в день.*
- НАПИТКИ
- Вода без газа с лимоном.
- Минеральные воды (типа донат, эссендуки, «Поляна Квасова» и т. д.).
- Компоты из ягод (без сахара).
- Компот из сухофруктов (без сахара).
- Вода с лимоном, мятой, ягодами.
- Чай травяной.
- Чай зеленый (в первой половине дня).
- Горячий лимонад (кипяток, лимон, имбирь, мед, яблоко, корица).

## СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ СУХИЕ СМЕСИ

Специализированная сухая смесь для удовлетворения потребностей пациентов в белке и энергии в период лечения и реабилитации.

## ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ

Для питания при подготовке к операции и в послеоперационный период. Для питания при критических состояниях: ожоги, сепсис, множественная травма. Для питания при заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ): лучевые энтериты, химиотерапия, холецистит, панкреатит, фистулы. Для питания пациентов с муковисцидозом. Для питания при частичных механических препятствиях прохождению пищи: опухоли и травмы головы и шеи, нарушение глотания и жевания, стриктуры и частичные обструкции различных отделов ЖКТ. Для питания при состояниях, связанных с потерей аппетита и/или отказом от приема пищи: онкологические заболевания, неврологические заболевания, психические расстройства, болезни печени, сердечно-легочная недостаточность, СПИД, стресс, артериальная гипотензивность, Недостаточность питания. Для пациентов с нарушением толерантности к глюкозе, есть формы, которые удовлетворяют потребность и этой группы пациентов.

## ВАЖНО

Только для энтерального применения. Не использовать парентерально. Принимать под наблюдением врача. Может являться единственным источником питания. Применять с осторожностью у детей в возрасте от 1 года до 6 лет. о коагуляция в желудочно-кишечном тракте, например, при взаимодействии с лекарствами. Требуется тщательное наблюдение.

## ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ

Противопоказано детям до 12 месяцев и пациентам с галактоземией. Полная механическая непроходимость кишки. Непереносимость отдельных компонентов смеси.

## ИНСТРУКЦИЯ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Сухую смесь храните в сухом месте при температуре 5–25 °С. Не храните сухую смесь в холодильнике. Вымойте руки, для приготовления смеси используйте чистую или простерилизованную посуду. Убедитесь, что крышка упаковки чистая. Отмерьте необходимое количество кипяченой воды в емкость и добавьте необходимое количество сухой смеси. Используйте только вложенную мерную ложечку. Размешайте до полного растворения порошка. Не добавляйте к смеси лекарства и другие вещества. Перед применением рекомендуется согреть до комнатной температуры. Готовьте питание на одно применение. Время кормления приготовленным питанием не должно превышать 4 часов при комнатной температуре. Всегда утилизируйте неиспользованное питание. Вскрытую упаковку храните плотно закрытой в прохладном сухом месте, но не в холодильнике. Используйте содержимое вскрытой упаковки в течение одного месяца.

## СКРИНИНГИ

Каждый пациент проходит определенные жизненные ситуации:

1. Диагностика с постановкой диагноза.
2. Лечение.
3. Реабилитация.

Чем тяжелее диагноз, тем сложнее и дороже обходится преодоление этих ситуаций. Но есть путь, который позволяет свести к минимуму физические, психологические и денежные затраты — это скрининг и, как следствие, ранняя диагностика.

Скрининг — это периодические обследования здорового населения для исключения (или ранней диагностики) какого-либо заболевания. В наше непростое время каждый человек должен сам для себя составить свою скрининговую карту с учетом рекомендаций врачей, наследственности и семейного анамнеза. Кардиологические заболевания, рак, сахарный диабет — это одни из многих распространенных патологий, которые можно диагностировать на ранних стадиях. Это в разы улучшит качество жизни пациента и уменьшит стоимость лечения.

Врачи с большим желанием проводят скрининговые кампании, которые помогают организовывать спонсоры и волонтеры.

Например, на территории Харьковского областного центра онкологии семь лет подряд реализуется проект «Онко-Дозор». В его рамках проходили Дни скрининга рака молочной железы, меланомы, рака шейки матки. Помощь врачам в организации этих мероприятий оказывают Украинская федерация борьбы против рака с поддержкой ГО «Центр «Равное право на жизнь». За эти годы в рамках проекта было осмотрено более 15 тысяч человек. А самое главное — при четкой периодичности проведения скрининговых дней (раз в год), люди привыкают и ждут этих дней, самостоятельно интересуясь о времени приема. Об Украинской федерации борьбы против рака и проекте «Онко-Дозор» вы можете прочесть на сайте организации [www.rakustop.com.ua](http://www.rakustop.com.ua)

Подведя итог вышесказанному, рекомендуем составить карту своих ежегодных скрининговых кампаний. *Пример: раз в год — консультация маммолога и гинеколога с УЗИ молочных желез и органов малого таза (внутривагинально), консультация эндокринолога и анализ на содержание гормонов, раз в полгода — клинический анализ мочи и крови с показателями содержания сахара.*

Если у вас обнаружено какое-либо заболевание, то врач и профильные общественные организации или фонды — это ваши первые помощники в построении стратегии лечения.

## СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА УХОДА

Затрагивая тему специального ухода за больными, мы хотим выразить **огромную благодарность благотворительной группе Tim под руководством Елены Ермоленко.**

Сегодня есть лишь единицы специальных приспособлений, цель которых — облегчить повседневный уход за тяжелыми больными, паллиативными пациентами, а те, что представлены на рынке, нередко имеют сложную конструкцию, недолговечны, дороги.

Группой Tim были разработаны, производятся и, самое главное, бесплатно поставляются всем нуждающимся уникальные современные средства ухода, которые значительно облегчают жизнь как пациента, так и родственников и медицинских работников.

### СКОЛЬЗЯЩИЙ РУКАВ ДЛЯ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ И УХОДА

Применять его стоит для того, чтобы переместить пациента во время переключивания. Делать это очень легко благодаря скольжению внутренней поверхности рукава. Главный плюс — облегчение нагрузки на спину для того, кто выполняет уход. Наличие такого простого в устройстве рукава обеспечивает возможность более частой смены положения тела. **Tim дарит скользящий рукав семьям, где кто-то болен.**

### ПРОН-НАБОР ДЛЯ РЕАНИМАЦИИ

Подушка под голову U-образная и полувалик под плечи для положения на животе у пациентов с тяжелыми пневмониями. Такой набор обеспечит пациенту гораздо более комфортное положение в постели, позволит занимать удобное положение на животе, а персоналу даст возможность легкого и длительного доступа к задней поверхности тела больного для ухода и медицинских манипуляций.

## U-ПОДУШКА ДЛЯ ПОДРОСТКОВ «УШКА ТИМ».

«Ушка» или U-подушка для жизни и занятий детей с нарушениями координации и подвижности. Форма «Ушки» дает возможность самостоятельно сидеть. Руки ребенка свободны для занятий. Значительно облегчает жизнь ребенка и родителей.

## МАЙКА-ФИКСАТОР

Это текстильный фиксатор для людей, которые сами не могут удержаться в положении сидя. Для фиксации в коляске, на стуле и в автомобиле. Эта одежда спереди выглядит как обычная майка. По бокам, над плечами и снизу она имеет пять ремней, застегивающихся в одной точке за спинкой коляски (стула или кресла). Для каждого пациента нужно индивидуально подбирать длину каждого ремня. Ремни регулируются по длине. Начинать стоит с ремней на талии, далее регулируют плечевые ремни, и после этого — нижний ремень, который проходит между ног пациента и вокруг сиденья. Правильно зафиксированная майка обеспечивает стабильное вертикальное положение при тряске на неровной дороге, при спастичности, при мышечной слабости, когда пациент клонится вперед или в стороны даже в состоянии покоя.

## МЕШОК ДЛЯ ЗИМНИХ ПРОГУЛОК ЛЮДЕЙ НА КОЛЯСКАХ

Зимние мешки, чтобы согреть людей на колясках, благодаря которым стали возможными прогулки в холодное время года — прекрасный проект «Зимник Тим» или «Мешок Тим».

## НАБОР «КЛИНЬЯ РАЗНЫЕ»

Набор для ухода за взрослыми. Применим для фиксации на боку, в положении полулежа и полусидя, в том числе для сна вертикально, для подъема коленей над кроватью, упора ступней и выполнения разнообразных упражнений для реабилитации. В набор входят семь предметов — клинья и полувалики они имеют мягкую и четкую геометрическую форму, непромокаемое покрытие. Не парят и легко моются.

## **Основные предметы ухода за тяжелыми больными, лежащими пациентами**

**Подгузники.** По форме подгузники для взрослых делятся на три категории: открытые (представляют собой вкладыши без боковых крыльев и застежек, фиксируются с помощью сетчатых трусиков); полуоткрытые (без крыльев, с боковыми ремешками для фиксации, оставляют бедра открытыми); закрытые, или классические (с боковыми крыльями и застежками на клейкой основе).

**Противопролежневый матрас.** Для больных с высоким риском образования пролежней рекомендуется использование специальных противопролежневых матрасов. Назначение противопролежневых матрасов — равномерное распределение давления на разные участки тела. Гораздо лучше они справляются со своей задачей, если их использовать до начала образования пролежней, чем когда они уже возникли. Сами по себе матрасы пролежни не лечат и могут понадобиться не всем: важно оценить риск образования пролежней и только потом подумать о приобретении матраса. Часто встречаются ситуации, когда родственники покупают противопролежневый матрас «на всякий случай», и он так и остается нераспакованным.

Наиболее распространенные и бюджетные по стоимости — ячеистые или баллонные (трубчатые) матрасы с компрессором. Компрессор попеременно нагнетает воздух в разные ячейки (баллоны) матраса, за счет чего создается разное давление на разные участки кожи.

**Ходунки.** Опоры-ходунки для взрослых и пожилых тяжелобольных, людей с патологией опорно-двигательного аппарата. Среди множества аналогов — трости, костыли, роллаторы, коляски — ходунки являются самым простым и надежным вариантом. Во-первых, они самые устойчивые. Во-вторых, конструкция достаточно проста и надежна. И в-третьих, их применение способствует физической активности, минимальной, но достаточной для определенной категории пациентов.

**Функциональные кровати.** Такая кровать значительно повышает качество проводимых в период реабилитации мероприятий, а также дает пациенту ощущение комфорта. Когда человек лишен возможности самостоятельно двигаться, ухаживать за ним на обычной койке очень трудно. Ситуацию

спасают специально сконструированные кровати с разделенным на секции ложем, электрической системой управления, многими другими важными функциями.

**Средства гигиены. Сухие шампуни.** Наносите сухой шампунь только на сухие волосы (он взаимодействует с жиром, но не с водой). **Не используйте** сухой шампунь повторно в течение дня или нескольких дней подряд. **Салфетки.** Сегодня на рынке можно найти большое разнообразие сухих и влажных гигиенических салфеток, особенно советуем обратить внимание на те, что не содержат спирта, они подойдут даже для обработки стомы. **Подгузники.** Актуальны как объемные для лежачих больных, так и тонкие, которые не будут видны под одеждой. **Памперсные пеленки.** Практичны, если подкладывать под лежачих больных с патологическими выделениями, во время процедур, ограничивать раневую поверхность с отделяемым под повязкой от одежды.

## СИДЕЛКИ И СОЦИАЛЬНЫЕ РАБОТНИКИ

Паллиативные пациенты могут нуждаться в помощи и уходе на протяжении всего дня или только краткосрочно, например, при приготовлении пищи или выходе из дома. Очень востребованны услуги социальных работников, которые приходят на несколько часов в день.

Деятельность сиделок и социальных работников обширна, они могут выполнять как простые поручения, например, сходить в магазин, оплатить квитанции в банке, так и быть более включенными в жизнь пациента, к примеру, проводить уборку, готовить, помогать выполнять гигиенические процедуры.

Характер работы социальных сиделок зависит от потребностей. Помощник может не иметь медицинского образования, но при необходимости можно найти социальный уход с медицинским обслуживанием, что будет более предпочтительно для паллиативного пациента.

Работа сиделок, особенно с медицинским образованием или хотя бы базовыми знаниями по уходу за больными, имеет ряд преимуществ перед альтернативами, одной из которых является самостоятельный уход за пациентом, если вы незнакомы с подобной деятельностью.



Помимо обычного ухода, питания, гигиены, соблюдения норм физической активности, общения (что очень важно!), на сиделку ложится задача по уходу после ряда медицинских процедур, например, в послеоперационном периоде, или уход за онкопациентом, который проходит курс химиотерапии, или даже самостоятельное выполнение манипуляций и назначений врача на дому, мониторинг состояния.

**Функции сиделки:**

- Полный уход за больным или пожилым, в том числе лежащим, человеком.
- Соблюдение режима в течение дня по рекомендации лечащего врача.
- Моральная поддержка больного, общение с ним.
- Прием лекарств по расписанию.
- Посещение поликлиники или вызов врача на дом.
- Прогулки, соблюдение норм физической активности для пациента.
- Приготовление вкусной здоровой пищи и кормление пациента.
- Уборка всех помещений и поддержание чистоты, проветривание.
- Стирка и глажение вещей пациента.
- Регулярная смена постельного белья.
- Медицинские процедуры: массаж, гимнастика, в/м инъекции.
- Гигиенические процедуры, замена подгузников и пеленок, обработка пролежней, подмывание.
- Покупка медикаментов, таблеток, продуктов, бытовой химии.
- Отчет по чекам за покупки.

## ВЫЕЗДНАЯ СЛУЖБА

Сегодня на рынке медицинских услуг есть возможность вызвать на дом специалиста с перечнем всех необходимых лекарственных препаратов для оказания качественной и квалифицированной медицинской помощи, обезболивания, забора крови для проведения базовых клинико-лабораторных исследований.

Например, врачи-онкологи **КОППП «БезБолю»**, которые оказывают медицинскую помощь во время выезда, успешно справляются с преодолением симптоматики онкологических заболеваний, болевого синдрома у пациентов при лечении рака на любой стадии.

### ***Возможны следующие услуги:***

- Выезд врача на дом, консультация, осмотр, заведение медицинской карточки пациента.
- Выезд врача с консультацией к пациенту, который уже проходит лечение.
- Выезд врача и медсестры на дом. Выезд на дом к пациенту, который уже проходит лечение для предоставления услуг обезболивания.
- Выезд врача и медсестры на дом, консультация, осмотр, заведение медицинской карты и предоставление медсестрой услуг обезболивания или симптоматической терапии.

Возможно организовать **выезд медицинской сестры на дом** для выполнения назначенных манипуляций, осуществления ухода за пациентом, мониторинга состояния.

### ***Возможны следующие услуги:***

- Выезд медсестры к пациенту, выполнение манипуляций или услуг по проведению симптоматической терапии.
- Внутримышечное введение препарата.
- Внутривенное введение препарата.
- Сбор, передача и получение результатов анализов.
- Клизма.
- Спринцевание.
- Установка внутривенного катетера (венфлон).
- Замена/постановка мочевого катетера.
- Дренирование установленного мочевого катетера.
- Удаление мочевого катетера.
- перевязка/хирургическая обработка раны или пролежней.
- Тонкоигольная аспирационная биопсия.
- Сопровождение больного патронажной медицинской сестрой.

## ХОСПИС

### Где найти паллиативные отделения (хоспис)

На сайте <https://nszu.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-contracts> можно узнать о заключенных договорах о медицинском обслуживании населения по программе медицинских гарантий и найти карту поставщиков медицинской помощи по Программе медицинских гарантий от **Национальной службы здоровья Украины** (НСЗУ).

По состоянию на 2020 год 17 лечебных учреждений в Харьковской области предоставляют стационарную паллиативную помощь. Эти учреждения, подписали хозяйственные договоры с Национальной службой здоровья Украины и обязаны предоставлять следующие услуги:

### СТАЦИОНАРНАЯ ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ВЗРОСЛЫМ И ДЕТЯМ

*Объем услуги (спецификация) в соответствии с потребностями пациента:*

1. Предоставление круглосуточной паллиативной медицинской помощи и лекарственного ухода пациенту, нуждающемуся в паллиативной медицинской помощи, в стационарных условиях врачом и медицинской сестрой, которые прошли подготовку по паллиативной помощи.
2. Оценка, предотвращение и лечение хронического болевого синдрома (в том числе с использованием наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров).
3. Оценка психоэмоционального состояния пациента и оказание психологической помощи.
4. Обеспечение симптоматической терапии (в том числе медикаментозной) и ухода.
5. Предоставление респираторной поддержки.
6. Обеспечение пациентов ассистивными технологиями для мобильности.
7. Предоставление услуг физической терапии и медицинской реабилитации.
8. Проведение консультаций врачами разных специальностей в соответствии с состоянием пациента.

9. Консультирование специалистами учреждения представителей других поставщиков медицинских услуг, где находятся пациенты, которые нуждаются в паллиативной помощи.
10. Обучение членов семьи пациента (законных представителей и лиц, осуществляющих уход) навыкам ухода за тяжелобольными.

Иными словами, паллиативное отделение, которое финансируется НСЗУ, должно обеспечить больного, нуждающегося в паллиативной помощи, койко-местом, оборудованным в соответствии с потребностями пациента (функциональная кровать, противопролежневый матрас, прикроватный туалет), иметь средства для перемещения и поднятия больных.

Больному и членам его семьи при необходимости должна предоставляться психологическая и духовная поддержка.

Лечебное учреждение должно учить при необходимости родственников пациента навыкам ухода за больным.

**Внимание! Нужно иметь направление от лечащего врача (на бумаге или от Медицинской информационной системы — в электронном виде). Надо заметить, что по действующему законодательству Украины не отрицается так называемое самообращение. Но наличие направления от лечащего врача все же желательно.**

Еще надо знать и помнить, что вы имеете право посещать больных родственников, находящихся на лечении в отделении интенсивной терапии, 24 часа в сутки в любой день недели согласно правилам, определенным в приказе МЗ Украины №592 от 15.06.2016 «Порядок допуска посетителей к пациентам, которые находятся на стационарном лечении в отделении интенсивной терапии».

Если лечебное учреждение не обеспечивает вышеупомянутые условия пребывания пациента или с вас требуют дополнительную плату за перечисленные услуги, а вы имеете право обратиться в Информационно-справочную службу НСЗУ 16–17 и сообщить о факте коррупции.

## ВОЛОНТЕРЫ

Позвольте представиться, мы — команда общественно-го союза «Фундация «Восток-Запад». Мы живем и работаем в Харькове и хотели бы поделиться своим опытом и знаниями с вами.

Несколько лет назад судьба сложилась таким образом, что мы были вынуждены собраться вместе в один дружный коллектив и основать нашу фондацию. Не самые приятные события предшествовали нашему объединению, но сейчас речь идет не о нас.

Благодаря тому, что мы начали оказывать помощь Харьковскому областному хоспису, мы познакомились с огромным количеством замечательных людей, за что очень благодарны судьбе. Они, эти люди, помогли нам обрести новую веру в то, что мир полон прекрасных людей, готовых безвозмездно помогать другим. Их часто называют волонтерами, но не название определяет их суть. Эти люди предпочитают действовать, а не говорить, меряться регалиями и наградами или удачным неймингом. Их призвание — оказание реальной помощи попавшим в беду людям.

Самое главное, что мы хотим донести до вас — этих людей действительно много! Они есть в любом даже самом маленьком городке Украины! И они действительно могут помочь вам, если вам пришлось столкнуться с онкологическим недугом или любой другой бедой.

Поэтому вот действенный алгоритм, если вдруг вам необходима помощь волонтеров: заходите в Интернет, набирайте в поисковой строке слова «волонтеры, помощь, онкология» и название вашего города.

Уверяю вас, поисковый сайт обязательно выдаст вам положительный результат и вы обнаружите, что помощь находится буквально рядом.

Что же все-таки могут волонтеры? Да практически все!

Во-первых, они знают все ходы/выходы в городских и областных администрациях и могут «поставить на уши» практически любого чиновника.

Во-вторых, волонтеры прекрасно ориентируются в законодательстве и совершенно точно знают, чем и в каком объеме вам законодательно обязаны помогать

власти всех уровней — от Киева до самого маленького села и ОТГ.

В-третьих, им известно, где можно бесплатно или со значительными скидками получить необходимые вам лекарства или оборудование.

В-четвертых, у волонтеров всегда есть связи за рубежом и доставка необходимых вам препаратов или оборудования займет гораздо меньше времени, чем если вы будете это делать через официальных доставщиков.

В-пятых, волонтеры — это самоорганизующиеся люди, которые знают друг друга по всей стране и легко находят контакт с другими волонтерами из более крупных городов и, следовательно, с большими возможностями. Поэтому, если в вашем городе проблемы с необходимым лекарством или оборудованием или еще с чем-либо, они помогут найти необходимое в любом другом уголке Украины или за границей.

И самое главное. волонтеры действительно работают «за спасибо». Им действительно не нужны ваши деньги — они просто нашли свое призвание в помощи другим. Это не значит, что волонтер должен быть нищим и ободренным бездомным — ни в коем случае! Иначе он бросит помогать другим и займется собой. Но поверьте нам, если человек ступил на путь помощи другому, его уже не остановить. Поэтому просто не забудьте поблагодарить волонтера за помощь, это дает нам силы продолжать заниматься нашим делом дальше.

Если вам нужна помощь в Харькове — вот наш сайт со всеми контактами [www.pufew.in.ua](http://www.pufew.in.ua). Мы сделаем все, что в наших силах.

Всем крепкого здоровья и уверенности в завтрашнем дне! Берегите себя и не теряйте веру в лучшее! Никогда!

Искренне ваши — общественный союз «Фундация «Восток-Запад».

## COVID-19. Что необходимо знать в условиях паллиативной медицины

Новая коронавирусная инфекция (SARS nCOV, COVID-19) является опасным заболеванием, способным поражать все органы и системы человеческого организма. Особенно опасен вирус для пожилых пациентов, людей, страдающих тяжелыми заболеваниями (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, тромбофилии, онкологические заболевания, иммунодефицитные состояния). Также риск тяжелого течения болезни выше у мужчин, чем у женщин. Очень тяжело заболевание может протекать у пациентов с избыточным весом и ожирением.

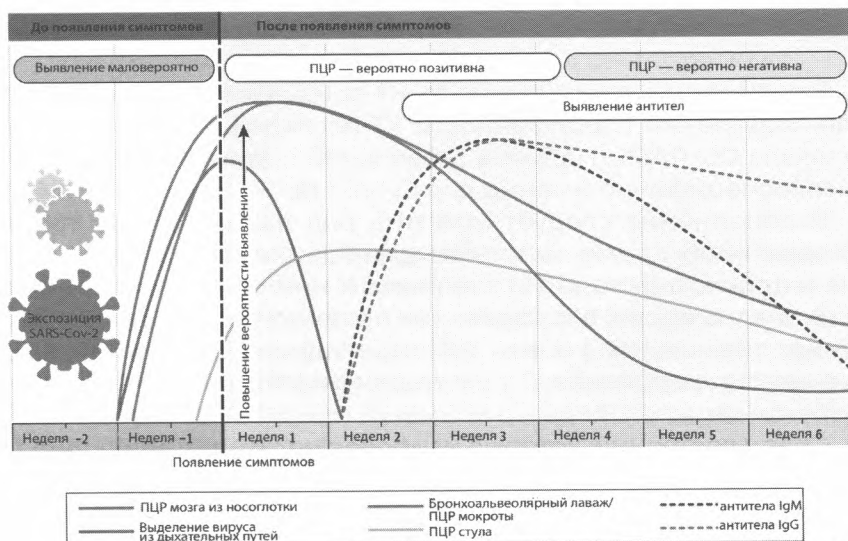
Основной путь передачи коронавирусной инфекции — воздушно-капельный, особенно во время аэрозолизации (кашель, чихание, ингаляции), менее вероятна передача вируса руками через слизистую носовых ходов и конъюнктиву глаз. Особенно опасны тесные контакты в закрытых помещениях (комнаты, палаты, лифты). Необходимо помнить, что вирус могут распространять люди, имеющие легкое течение болезни и вирусоносители, которые не имеют никаких симптомов болезни.

Симптомы коронавирусной инфекции очень разнообразны и весьма неспецифичны, что создает много «клинических масок» заболевания. Наиболее частым симптомом (90%) является повышение температуры от субфебрильной до гиперпирексии. Продолжительность лихорадки различна, но ее сохранение или повторное возобновление на второй неделе болезни указывает на более тяжелое течение и развитие поражения легких. Вторым по значимости симптомокомплексом является поражение дыхательных путей в виде боли в горле, сухого кашля, дискомфорта в груди, изредка ринита. Примерно у половины пациентов к концу первой недели болезни может возникнуть исчезновение обоняния и/или вкусового восприятия. Почти все пациенты ощущают выраженную слабость. Возможны и иные симптомы болезни, такие как диарея, полиморфные кожные высыпания, повышение уровня глюкозы, неврологические, сердечно-сосудистые эпизоды, тромбоэмболии. При тяжелом течении к концу первой — началу второй недели болезни появляются затрудненное дыхание, гипоксемия, на компьютерной томографии обнаруживают изменения в легких в виде



«матового стекла». Дальнейшее течение болезни нередко проявляется быстро прогрессирующей гипоксемией, присоединением полиорганной недостаточности, развитием инфарктов, инсультов, тромбоэмболии легочной артерии, сепсиса и шока, которые и приводят к смерти.

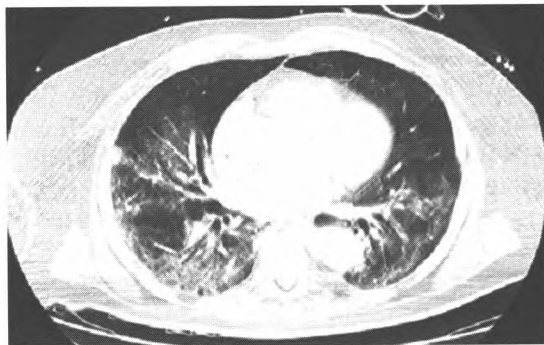
Диагностика. В условиях пандемии любое респираторное заболевание должно быть подозрительным на COVID-19 до тех пор, пока не доказано обратное. Лабораторно-инструментальная диагностика основывается на проведении теста полимеразно-цепной реакции (ПЦР) мазка из носоглотки, определения специфических антител к вирусу SARS nCov-2 IgM, IgA и IgG в крови методом иммуноферментного анализа (ИФА) и проведении компьютерной томографии грудной клетки. В течение первой недели болезни наиболее чувствительным и специфичным является выделение РНК вируса методом ПЦР. Однако важно знать, что чувствительность теста не превышает 75%. Таким образом, каждый четвертый пациент с COVID-19 будет иметь отрицательный ПЦР. В последующем, по мере развития заболевания, чувствительность ПЦР-теста снижается еще больше. Однако со второй недели приобретает диагностическое значение определение антител класса IgM вирусу SARS nCov-2. Наиболее высокую чувствительность и специфичность (более 90%) этот тест приобретает на третьей неделе болезни (рис. 1).



Динамика чувствительности ПЦР-теста

К ранним классам антител также относятся иммуноглобулины А. Появление в крови антител класса IgG, свидетельствует о начале серологического выздоровления. Со второго месяца от начала заболевания уровень IgM снижается и практически исчезает, а IgG циркулируют длительно (возможно, около 6 месяцев), свидетельствуя о перенесенном заболевании. Таким образом, подтверждающими тестами острого периода болезни являются позитивный результат теста ПЦР и/или выявление антител классов IgM и IgA в крови пациента.

Метод КТ приобретает клиническую ценность с 5–7 дня болезни, когда развивается пневмония. Обнаружение симптома «матового стекла» имеет чувствительность близкую к 100% (рис. 2).



*КТ лечения больного*

К сожалению, специфичность КТ признаков не столь высока. Для повышения специфичности КТ-исследования используется шкала CO-RADS. Наличие 5-балльной оценки по этой шкале высокоспецифично именно для COVID-19.

В дополнение следует отметить ряд лабораторных тестов, которые необходимо выполнять для оценки тяжести заболевания и прогнозирования его течения. К ним относятся: клинический анализ крови, в котором, как правило, выявляется лимфопения; повышение уровня лактатдегидрогеназы, печеночных ферментов, ферритина, С-реактивного белка, снижение уровня альбуминов.

Среди состояний, которые наиболее негативно влияют на течение и прогноз COVID-19 следует отметить пожилой и старческий возраст, избыточный вес и ожирение, сахарный диабет, сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания.

При выявлении пациента с подозрением на COVID-19 или подтвержденным заболеванием, он должен быть немедленно изолирован. Контактные лица обследованы в сроки 5–7 дней от момента контакта. Показанием для госпитализации является среднетяжелое (подтверждена пневмония + факторы риска) и тяжелое (гипоксемия — сатурация менее 93%, осложнения COVID-19) течение болезни.

## ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ при ВИЧ-инфекции/СПИДе.

Особенность воспроизведения ВИЧ-инфекции в Украине отличается тем, что практически любая эпидемия застает нас, врачей, как и техногенные аварии. Мы считали, что обладали железным занавесом, однако когда с 1987 начали появляться случаи ВИЧ-инфекции среди наших соотечественников, у многих все еще была надежда, что пострадают лишь несколько десятков «гомосексуалистов, наркоманов, людей, ведущих беспорядочные половые связи», и основную часть «добропорядочного» населения ВИЧ-инфекция не тронет.

По состоянию на 1 сентября 2020 в Украине официально зарегистрировано 1515 новых случаев ВИЧ-инфекции, у 382 пациентов диагностирован СПИД, а 175 человек умерли от СПИДа.

Пути инфицирования ВИЧ в Украине в сентябре 2020:

- гетеросексуальный — 814;
- гомосексуальный — 42;
- парентеральный — 646;
- вертикальный — 195;
- неизвестен — 2.

Следует учесть, что официальная статистика учитывает далеко не все случаи инфицирования. По оценке отечественных экспертов, реальные цифры носителей ВИЧ-инфекции превышают статистические данные в 3–5 раз. В ближайшие годы это число будет расти прежде всего за счет людей, заразившихся ВИЧ-инфекцией половым путем. На сегодня это самый распространенный путь заражения.

Переносимость ВИЧ-инфекции/СПИДа очень разнообразна и непредсказуема, с широким спектром возможных осложнений, разной скоростью прогрессирования заболевания

и продолжительностью жизни. У некоторых больных в течение длительного времени не проявляются серьезные симптомы заболевания, у других — заболевание проходит с периодами обострения и ремиссии или частыми осложнениями в ходе развития инфекции, опасными для жизни.

Таким образом, паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции/СПИДе — это баланс между интенсивным лечением и симптоматической терапией хронических симптомов и состояний. Больные также значительно отличаются по своей психологической реакции на ВИЧ-инфекцию, что затрудняет планирование и реализацию паллиативной помощи.

Создание службы паллиативной помощи является задачей, требующей объединения усилий различных ведомств, организаций и специалистов, занятых оказанием помощи и поддержки больных.

Опыт показывает, что паллиативная помощь способна облегчить тяжелые страдания людей, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Многие пациенты вынуждены жить в условиях стигматизации и дискриминации, даже в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ-инфекции. Люди неохотно сообщают о своем ВИЧ-статусе, способствуя, таким образом, усилению чувства собственной изоляции. Поэтому лица, открывающие свой ВИЧ-статус, должны быть осторожны при разглашении своего статуса окружающим. Разглашение своего ВИЧ-статуса имеет значительное влияние на семью ВИЧ-инфицированного, особенно в регионах с высокой распространенностью заболевания, где большинство ВИЧ-инфицированных — молодые и трудоспособные люди. Также бывают ситуации, когда оба партнера инфицированы. Бывает и так, что человек, чей партнер ВИЧ-инфицирован, не уверен в том, заражен ли он сам, в результате болезнь одного партнера становится причиной тревоги и недружественного отношения другого. Все это имеет большое значение для формирования отношения окружающих к лицу с ВИЧ-инфекцией, оказания ему поддержки и создания чувства защищенности.

Большинство ВИЧ-инфицированных в мыслях постоянно возвращаются к своему заболеванию, и для многих из них утешение наступит именно тогда, когда они смогут поделиться своими тревогами и страхом. Для этого может использоваться духовная поддержка, даже если раньше больные не были верующими людьми, многим из них на этом этапе жизни может

помочь общению со священнослужителями или другими духовными наставниками. Часто считают, что разговоры о приближающейся смерти являются, по меньшей мере, неуместными, и упоминание о смерти может каким-то образом ее приблизить. Однако для тех, кто желает обсудить вопрос смерти, открытый разговор желательно начать вскоре после постановки диагноза. Это поможет почувствовать, что их беспокойство не осталось без внимания, к их желаниям прислушиваются, и они не одиноки. Иногда, особенно в самом начале, пациентам легче выразить свои чувства и тревогу врачу, чем членам семьи. Часто пациенты хотят знать, что останется о них в памяти других людей.

Другой серьезный повод для беспокойства — тревога о том, что будет с людьми, находившимися на их иждивении. И хотя обсуждение этих вопросов может быть неприятным, общее построение планов способно уменьшить тревогу.

Уход за ВИЧ-инфицированными на терминальной стадии заболевания требует много времени и часто выматывает семью и/или медицинского работника. Если больной ограничен в движениях или прикован к постели, ему понадобится постоянное внимание (например, переворачивания, гигиенические процедуры; кормления; обработка и перевязка ран и язв).

Люди, осуществляющие уход, должны знать и понимать следующие положения: риск заражения ВИЧ-инфекцией в процессе ухода или совместного проживания крайне низок. Опасность заражения при бытовых контактах, как, например, при совместном использовании столовых приборов, совершенно отсутствует. Перчатки следует использовать при обработке ран или удалении крови и других физиологических жидкостей организма. В случае, если резиновых перчаток нет, альтернативой им могут служить полиэтиленовые пакеты. Удаление крови, фекалий, мочи или рвотных масс должно сопровождаться обработкой очищаемых поверхностей, хлорсодержащими растворами. Мытье столовых приборов и посуды, стирку постельного белья и других предметов следует проводить с использованием обычных моющих средств.

Таким образом, разработка и реализация программ по уходу дома обеспечивает хорошую поддержку как тем, кто осуществляет уход, так и больным. В свою очередь медицинские работники могут проводить лечение, давать рекомендации и оказывать психологическую поддержку. Кроме этого они должны помогать обществу изменить отношение к больным

с ВИЧ-инфекцией/СПИДом, способствовать рассеянию мифов о ВИЧ-инфекции/СПИДа и уменьшению стигматизации. Следует учесть, что больные могут обращаться за помощью к специалистам в области традиционной медицины. Поэтому всем специалистам нужны базовые знания об особенностях больных.

Паллиативная помощь получила значительное развитие с момента своего возникновения, когда большинство пациентов, получающих такую помощь, находились в терминальном состоянии накануне смерти. Вместе с тем многие люди, живущие с ВИЧ-инфекцией/СПИДом, избегают даже упоминания о паллиативной помощи, поскольку связывают ее со смертью и не хотят признать, что их вскоре ожидает смерть. Поэтому, окружающие ВИЧ-инфицированного, а также медицинские работники должны изменить это неправильное представление и убедить ВИЧ-инфицированных не отвергать предлагаемую им помощь.

Также, следует отметить, что для облегчения состояния ВИЧ-инфицированного лица, существуют традиционные формы лечения — стационарная и амбулаторная, а также расширенный спектр услуг, оказываемых медицинскими работниками центра профилактики и борьбы со СПИДом, и неправительственными организациями, в том числе уход и медицинская помощь на дому, забор крови на дому, дополнительными инструментальными методами исследований на дому, доставка АРТ.

В некоторых развитых странах существуют центры дневного пребывания людей, живущих с ВИЧ-инфекцией/СПИДом. Это позволяет больным оставаться в домашних условиях, а люди, которые осуществляют основной уход, получают свободное время в течение дня. В центрах дневного пребывания больные могут получить паллиативную помощь, консультирование и эмоциональную поддержку, питание, занятия для детей, а в некоторых из них — и возможность заработать.

Таким образом, в настоящее время в Украине необходима разработка серьезной программы оказания паллиативной помощи лицам, живущим с ВИЧ-инфекцией, больным СПИДом и их родственникам.



## ЧАСТЫЕ ВОПРОСЫ

### ***Почему мне назначили опиаты? Значит ли это, что я умру?***

Если вам назначили опиаты, например, морфин, это еще не значит, что Вы близки к смерти. Некоторые пациенты (чаще, онкобольные) принимают такие препараты месяцами или даже годами, тогда как другим это не нужно вообще. Благодаря опиатам пациенты лучше спят и меньше чувствуют боль, когда двигаются. Оправданное их применение значительно улучшает качество жизни пациента.

### ***Значит ли это, что я стану наркозависимым?***

Однозначно — НЕТ!

Зависимость крайне редка, если опиаты принимаются для облегчения боли, и об этом вам волноваться не нужно.

Однако, если раньше вы злоупотребляли морфиноподобными опиатсодержащими веществами (уличные формы: метамфетамин, метадон, соли), то у вас могут возникнуть сложности при подборе.

### ***Почему мне назначили налбуфин, стоит ли его принимать?***

Налбуфин категорически непригоден для длительного (более 3 суток) лечения хронического болевого синдрома.

*Механизм действия налбуфина:* обладает свойствами агониста-антагониста опиатных рецепторов. Угнетает ЦНС, оказывает анальгезирующее, снотворное, противокашлевое действие. Возбуждает мю-рецепторы и блокирует каппа-рецепторы.

Увеличение дозировки при развитии толерантности повышает риски вызвать остановку дыхания или сердечной деятельности.

### ***Как долго принимаются опиоиды?***

Вы можете принимать опиоидные анальгетики неопределенно долго: не важно, месяцы это или годы. Обычно эффект не ослабевает. Если Вам нужно увеличить дозу, то это, как правило, из-за того, что ваше заболевание стало вызывать больше боли, а не потому, что эффект опиоидов ослабевает.

### ***Когда лучше начать прием опиоидов?***

В большинстве случаев, если вам назначили морфин или другие сильные опиоидные анальгетики, то это потому, что другие обезболивающие не снимают вашу боль. Возможно, до этого вы принимали НПВС или слабые опиоиды (трамадол, например). Они не всегда обеспечивают достаточное облегчение



боли. Если у вас очень сильные боли, врач может сразу назначить сильные опиоиды, в таких ситуациях стоит начинать именно с них.

### ***Совместим ли прием опиоидов с табакокурением?***

Курение никак не связано с действием опиоидных анальгетиков. Они одинаково работают и для курильщиков, и для некурящих, так что никакой разницы в дозировке нет.

Однако всегда предпочтительно бросить курить!

### ***Какие могут возникнуть побочные эффекты при приеме опиоидов? Как их контролировать?***

**Обстипация (запор).** Причин обстипации у пациентов, страдающих неизлечимыми заболеваниями, как правило, несколько: малоподвижность, изменения в диете, лекарственные препараты. Прием морфина усугубит ситуацию, поскольку он взаимодействует с  $\mu$ -рецепторами в ЖКТ и снижает перистальтику тем же путем, что и препарат лоперамид. Поэтому, назначая опиоидный препарат, стоит назначить и слабительное.

**Сонливость.** Как правило, является временной проблемой. Обычно она длится 2–3 дня после начала приема препарата или увеличения дозы.

**Тошнота.** Часто возникает у пациентов, которые начали принимать слабые или сильные опиаты впервые. Имеет свойство проходить примерно через неделю, поэтому стоит отменить противорвотные средства по прошествии нескольких дней.

**Сухость во рту.** Часто встречается и легко устраняется постоянным увлажнением ротовой полости маленькими глотками воды.

### ***Что важно учитывать при приеме опиоидов?***

Принципы лечения боли

1. Через рот (по возможности избегать инъекционных форм анальгетиков).
2. По времени (прием анальгетика по графику, не дожидаясь появления боли).
3. По восходящей (согласно «лестнице ВОЗ», назначение анальгетиков производится от слабого к сильному, учитывая силу болевого синдрома).
4. Индивидуальный подбор дозы.
5. Внимание к деталям (назначение сопутствующих препаратов, симптоматической терапии).

### **Ступени по ВОЗ**

**1 степень — боль слабой интенсивности** — ненаркотические анальгетики: *Анальгин; Парацетамол; Ибупрофен; Диклофенак; Кетопрофен; Кеторолак.*

**2 степень — умеренная боль** — слабые опиоиды: *Трамадол.*

**3 степень — сильная боль** — сильные опиоиды: *Морфин, Омнопон, Бупренорфин, Фентанил.*

### **Почему у всех разная доза опиоидов?**

Причин может быть много, среди них:

- различия в силе боли;
- различия в том, как ваше тело реагирует на боль;
- причина боли (опиоиды не одинаково хорошо снимают разные типы боли);
- различия в том, как организм сопротивляется опиоидам;
- использование других обезболивающих и нелекарственных методов лечения;
- различия в симптоматике.

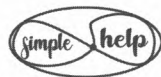
### **Исчезнет ли боль совсем при приеме опиоидов?**

Обычно да, но иногда они не могут полностью снять боль, особенно некоторые ее виды: боль в костях, невралгию или боль, вызванную пролежнями. В таком случае может понадобиться другое лечение. Например, для лечения болей в костях, вызванных онкологическим заболеванием, часто нужны НПВС вместе с сильными обезболивающими. А некоторые виды боли, такие как головная боль напряжения, мигрень, мышечные спазмы и судороги, вовсе не лечатся опиоидными анальгетиками. Ваш врач обязательно порекомендует вам подходящее лечение.

# Партнёры проекта



bezbolu.kh.ua  
095 778 84 74



fb.com/simplehelpkhua  
066 131 01 17

## Коммунальные предприятия



КНП ХОР  
"Обласний клінічний центр  
профілактики і боротьби зі СНІДом"

ул. Борьбы, 6  
057 392 29 83



КНП ХОР «ОБЛАСНИЙ ЦЕНТР  
СЛУЖБИ КРОВИ»

ул. Клочковская, 366  
057 341 48 78



Коммунальне підприємство Харківської обласної ради  
"Обласний аптечний склад"

ул. Гражданская, 25  
050 100 15 67



Кафедра онкологии и детской онкологии ХМАПО

ул. Балакирева, 1  
050 323 37 04

## Общественные организации



pufew.in.ua



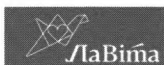
fb.com/HFPI.2002  
097 358 6505



fb.com/Tim.For.Friends



fb.com/TreningPalliative  
096 442 65 01



www.lavita.fund  
067 372 17 12



rakpobedim.com.ua



kharkiv-with-you.org  
097 630 73 76

## Аптеки



epiona-med.com  
050 859 33 43



АПТЕКА  
ОРИГІНАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ  
ул. Пушкинская, 49  
067 358 91 80



пр. Науки, 54  
050 710 59 28



Астрей Фарм  
въезд Пушкинский, 11/11А  
057 758 22 10  
099 290 50 50

## Медицинские центры



mc-innovaciya.com  
099 645 05 62



alternativa-mc.com.ua  
095 702 36 49



ул. Пушкинская 14-а  
067 570 11 11



ул. Песчаная, 11  
0800 330 010



ул. Бакулина, 31  
057 758 22 10



просп. Московский, 62  
050 270 0247



ул. Автотракторная, 8А  
067 483 98 88



ул. Пушкинская, 82  
098 339 52 42



instagram.com/  
kardamon\_food

## Юридические фирмы



plb.com.ua  
068 11 256 11



VILEON  
vileon.com.ua  
057 752 60 93



acino.ua



DANONE  
NUTRICIA  
Early Life Nutrition  
nutricia.ua

Этот сборник — наша первая попытка сдвинуть с места развитие паллиативной помощи в Украине. И не только паллиативной. Многие в отечественной медицине не нуждаются в переосмыслении, изменении к подходам диагностики, принятию новых протоколов лечения.

Это наша первая попытка собрать воедино тот массив навыков, знаний и опыта, который копился за все годы существования независимой Украины. Мы уверены, что этот сборник будет интересен и полезен для всех — и для врачей, и для пациентов, и для членов семей, в которых есть паллиативные больные.

Это не классический учебник, но уже и не популярная литература — авторы каждой статьи в этой книге настоящие профессионалы, заслуженные и уважаемые люди среди представителей своих профессий. Мы очень благодарны им за то, что они нашли время и изложили на бумаге свои мысли, свои наблюдения, свой опыт, свои знания.

Наверняка этот сборник еще будет много раз меняться, переиздаваться, дополняться новыми статьями. Но самое главное — он появился на свет, а значит мы смогли! С почином всех нас!

ISBN 978-966-2149-75-3



9 789662 149753