

ЗАТВЕРДЖЕНО
наказ МОЗ України
від 03.07.2007 № 368

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ
НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ,
СИМПТОМАТИЧНОЇ ТА ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ
ХВОРИМ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

ЗМІСТ

Список умовних скорочень	4
Вступ	5
Основні принципи надання паліативної допомоги	5
Підходи до надання паліативної допомоги.	6
Компоненти паліативної допомоги.	6
Мультидисциплінарна команда	7
Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію відповідно до наявних синдромів або симптомів	7
<i>Лікування больового синдрому</i>	7
Основні неопіоїдні аналгетики, що застосовуються для лікування хронічного болю	9
Опіоїдні аналгетики	9
Еквіаналгетичні дози опіоїдів	10
Ад'ювантні лікарські засоби	10
Медикаментозне лікування хронічного болю	12
Лікування побічних ефектів наркотичних аналгетиків	15
Фізичні методи лікування хронічного болю	16
Психологічні і соціальні аспекти лікування хронічного болю	17
Лікування основних синдромів, які можуть виникати у хворих на ВІЛ-інфекцію	19
<i>Нудота і блювання</i>	19
<i>Виразки слизової порожнини рота, біль при ковтанні</i>	19
<i>Сухість у роті</i>	20
<i>Діарея</i>	21
<i>Запор</i>	21
<i>Лихоманка</i>	22
<i>Гикавка</i>	23
<i>Тривожність і збудження</i>	24
<i>Порушення сну</i>	25
<i>М'язова скутість і контрактури</i>	25
<i>Догляд за хворим з деменцією</i>	26
<i>Депресія</i>	27
<i>Піхвові виділення, обумовлені раком шийки матки</i>	29
<i>Сверблячка</i>	29
<i>Пролежні</i>	30
<i>Нетримання сечі і калу</i>	32
<i>Кашель і задишка</i>	33
<i>Виснаження</i>	34
Навчання членів родини і соціального працівника догляду за хворим вдома	35

Особливості надання паліативної допомоги дітям, хворим на ВІЛ-інфекцію, та їх близьким	36
<i>Рекомендації з догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми</i>	36
Рекомендації з питань надання ПД споживачам ін'єкційних наркотиків, хворим на ВІЛ-інфекцію	39
<i>Медичний компонент ПД (зняття болю) для ВІЛ-інфікованих СІН</i>	39
Соціально-психологічна і духовна підтримка при ВІЛ-інфекції	41
<i>Період встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.</i>	42
<i>Період прогресування захворювання.</i>	42
<i>Термінальна стадія захворювання.</i>	43
<i>Психологічні аспекти надання паліативної допомоги хворому, що помирає.</i>	43
<i>Схема прийняття етичних рішень.</i>	44
Список використаної літератури	45

Список умовних скорочень

АЛТ	- аланінамінотрансфераза
АСТ	- аспартатамінотрансфераза
АТ	- артеріальний тиск
АРТ	- антиретровірусна терапія
ВІЛ	- вірус імунодефіциту людини
ВІЛ-інфекція	- захворювання, викликане ВІЛ
ВООЗ	- Всесвітня організація охорони здоров'я
ІХС	- ішемічна хвороба серця
ЛДГ	- лактатдегідрогеназа
ЛЖВ	- люди, які живуть з ВІЛ
МБТ	- мікобактерії туберкульозу
МДК	- мультидисциплінарна команда
НПЗЗ	- нестероїдні протизапальні засоби
ПД	- паліативна допомога
СІН	- споживачі ін'єкційних наркотиків
СНІД	- синдром набутого імунодефіциту
СНІД-центр	- центр профілактики та боротьби зі СНІДом
ЦМВ	- цитомегаловірус
ЦНС	- центральна нервова система
ЧСС	- частота серцевих скорочень
ШВЛ	- штучна вентиляція легенів
ШКТ	- шлунково-кишкова кровотеча
ЕКГ	- Електрокардіограма

Вступ

Паліативна допомога – вид медичної допомоги, котрий спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їх родин (сімей), які стикаються з проблемами невиліковної хвороби. У той час як специфічне (або етіотропне) лікування спрямоване на зміну перебігу хвороби, паліативна допомога повинна бути зосереджена на профілактиці і зменшенні страждань, які виникають на тлі прогресуючого захворювання. Раннє виявлення, визнання проблеми і ефективне лікування болю або інших фізичних, психосоціальних і духовних проблем – реквізити для забезпечення якісної паліативної допомоги.

В ідеалі, паліативна допомога і етіотропне лікування повинні бути об'єднані в єдиний курс лікування хронічного захворювання, замість того, щоб ділитися на два окремі підходи до лікування. Баланс між паліативною і етіотропною терапією повинен в кожній конкретній ситуації залежати від етіології симптомів і проявів захворювання, можливості полегшення цих симптомів через специфічні (етіотропні) і/або паліативні втручання, і наявності відповідних ресурсів

Виходячи з вищезазначеного :

- паліативна допомога є складовою частиною всесторонньої допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД
- доступ до паліативної допомоги не може бути штучно обмеженим через політичні, релігійні або соціальні обставини. Усі пацієнти, які потребують і виявляють бажання отримати такий вид допомоги, повинні отримати її
- паліативна допомога надається відповідно до потреб пацієнта і стандартів даного протоколу
- полегшення страждань і симптомів проводиться незалежно від стадії захворювання або інших чинників (наприклад, одночасне призначення протитуберкульозного лікування, ВААРТ або замісної підтримуючої терапії)
- паліативна допомога надається на кожній стадії ВІЛ-інфекції, а не лише у термінальній стадії хвороби, коли пацієнт помирає.

Основні принципи надання паліативної допомоги

Провідними принципами паліативної допомоги є:

- полегшення болю та інші симптоми захворювання для підвищення якості життя пацієнта;
- поєднання медичних, психологічних і духовних аспектів догляду за пацієнтом;
- якомога довша підтримка повноцінного активного життя пацієнтів
- навчання членів родини пацієнта правилам полегшення страждань близької людини, та надання допомоги після смерті пацієнта, щоб справитися з горем, пов'язаним з втратою
- використання досвіду та спілкування між пацієнтом та надавачем послуг (медична сестра, лікар, член сім'ї, ін) для забезпечення оптимальної комбінації втручань і медикаментів;
- утвердження життя та розцінювання смерті як природного процесу;

- неможливість прискорити або відстрочити смерть

Підходи до надання паліативної допомоги.

- Медичні послуги з ПД повинні бути доступні цілодобово. Хворий та члени його родини забезпечуються доступною та зрозумілою інформацією щодо паліативної допомоги, а послуги надаються в обсязі, прийнятному для пацієнта.
- ПД може надаватися як консультативна послуга у лікувальних закладах будь-яких форм власності за допомогою різних організаційних форм медичного обслуговування у тому числі на денному стаціонарі, у спеціалізованих закладах (хоспісах) та вдома (на дому).
- Потреби пацієнта та його родини (включаючи прояви захворювання) повинні розглядатися спеціалістами та іншими співробітниками за міждисциплінарним підходом обов'язково із залученням спеціалістів соціальних служб.
- ПД надається з урахуванням потреб і згоди конкретного пацієнта.
- ПД забезпечує право хворого бути інформованим про своє захворювання, можливі методи лікування, імовірні результати та існуючі можливості. та за його згодою повідомляти про це членам родини
- ПД передбачає право хворого на вибір методів та місця надання допомоги.

Компоненти паліативної допомоги.

ПД є цілісним підходом, що складається з медичного, соціального, психологічного та духовного компонентів.

Медична складова ПД полягає у контролі фізичного стану хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, в тому числі болю, наданні консультацій та навчанні близького оточення навичкам, корисними при догляді за хворим.

Соціальний компонент має на меті забезпечити задовільні побутові умови, підтримати соціальне життя, і в той же час допомогти хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та їх оточенню навчитися самостійно вирішувати соціальні проблеми.

Психологічний компонент в рамках ПД вирішує завдання полегшення психологічних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожності, депресії хворих, їх оточення, персоналу, залученого до надання ПД. Завданням психологічної підтримки в рамках ПД є нормалізація внутрішнього стану хворого, підтримка психологічної рівноваги між хворим і його оточенням на всіх етапах протікання захворювання, під час підготовки хворого до АРТ та супроводу лікування, обговорення та підготовка до смерті, допомога близькому оточенню хворого підчас і після важкої втрати.

Духовна підтримка надається представником релігійної конфесії, за вибором хворого. Незалежно від організаційної форми медичного

обслуговування важливим є забезпечення можливості здійснення при потребі релігійних обрядів.

Мультидисциплінарна команда

Мультидисциплінарна команда (МДК) є координуючим органом та основою надання ПД.

МДК це невелика група незалежних експертів різних дисциплінарних сфер, які об'єднані:

- спільною метою;
- спільними цінностями;
- спільним методами та підходами до виконання завдань;
- комплементарністю навичок членів групи;
- чітко визначеними ролями в середині групи;
- взаємною відповідальністю та контролем;

МДК утворюється з метою надання ПД хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД та координації цієї допомоги. До складу МДК входять: лікар, медична сестра, психолог, соціальний працівник, близьке оточення хворого, а за потреби інші спеціалісти та фахівці, у послугах яких є необхідність, в тому числі представники релігійних та громадських організацій. Роботу МДК координує лікар.

Представники неурядових та релігійних організацій, а також особи з близького оточення хворого, які залучаються до процесу надання допомоги, проходять обов'язкову спеціальну підготовку з основ паліативного догляду.

Прийняття рішень стосовно плану надання ПД повинно здійснюватись членами МДК за участю хворого та його близького оточення.

Рішення про припинення реанімаційних заходів приймають на підставі співвідношення користі та шкоди для здоров'я пацієнта. Головною умовою прийняття будь-яких рішень є відвертість та взаєморозуміння між членами МДК і родиною пацієнта.

Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію відповідно до наявних синдромів або симптомів

Встановлено, що у хворих з ВІЛ-інфекцією спостерігається висока поширеність больового та інших синдромів. Причиною виникнення цих синдромів може бути безпосередньо вірус імунодефіциту, специфічні опортуністичні інфекції або злоякісні новоутворення, а також медикаменти, які використовуються для лікування ВІЛ-інфекції або супутніх захворювань. Таким чином, ефективний підхід при призначенні терапії повинен включати лікування або усунення основної причини синдрому, лікування самої ВІЛ-інфекції, зміна етіотропної терапії для зменшення токсичності і/або безпосередньо симптоматична терапія.

Лікування больового синдрому

Загалом больовий синдром можна розділити на дві категорії: ноціцептивний та нейропатичний.

Ноціцептивний біль виникає внаслідок стимулювання непошкодженого больового рецептора і в свою чергу підрозділяється на:

- соматичний біль (внаслідок стимулювання больових рецепторів шкіри, м'яких тканин, м'язів і кісток)
- вісцеральний біль (внаслідок стимулювання больових рецепторів внутрішніх органів)

Для лікування ноціцептивного болю використовуються ненаркотичні та наркотичні анальгетики.

Нейропатичний біль виникає внаслідок пошкодження мієлінової оболонки аксонів периферичних нервів та зустрічається у 40% ВІЛ-інфікованих з просунутою стадією хвороби. Як правило він є проявом периферичної симетричної полінейропатії (ПСП), очевидно виникає внаслідок безпосередньої дії вірусу імунодефіциту людини і характеризується зниженням чутливості, відчуттям оніміння, появою дзвону у вухах, “поколювання” та больових відчуттів, переважно у нижніх кінцівках та стопах.

Для лікування нейропатичного болю необхідне використання ненаркотичних та наркотичних анальгетиків у поєднанні з ад'ювантним лікуванням із використанням антидепресантів або протисудомних засобів.

Окрім того, деякі антиретровірусні препарати, наприклад діданозин (ddI) і ставудин (d4T), можуть викликати подібні симптоми нейропатії, які пов'язані з ураженням аксонів периферичних нервів переважно нижніх кінцівок. У даному випадку, заміна вказаних антиретровірусних препаратів у схемах лікування може привести до зменшення больового синдрому, хоча це не завжди відбувається.

Лікування больового синдрому повинне початися з досконалого і систематичного дослідження, зокрема визначення можливої етіології і природи виникнення болю. Важливими характеристиками є інтенсивність болю, його тип, вплив больового синдрому на загальний стан та можливість його полегшення.

- Інтенсивність болю. Для її оцінки використовують числову стандартну шкалу для опису болю від 0 до 10 балів, де 0 описується як відсутність больового синдрому, а 10 як найбільше виражений біль. Особливо важливо використовувати цю шкалу з певними інтервалами у конкретного пацієнта для контролю змін стану.

- Тип болю. Ноціцептивний біль може бути описаний, як глибокий, пульсуючий, тупий або як болючі відчуття, які виникають після удару. Нейропатичний біль може бути описаний, як відчуття горіння, поколювання, бігання мурашок, дзвону у вухах, оніміння або інших патологічних відчуттів. Вказані характеристики можуть допомогти при виборі болезаспокійливих засобів, особливо при підозрі на нейропатичний біль.

- Вплив болю. Оцінюють вплив болю на функціональний і душевний стан пацієнта, здатність виконувати звичайну щоденну роботу, результати такої оцінки повинні бути чітко документовані у медичних документах.

- Можливість полегшення болю. Оцінюють та описують умови або втручання, які призводять до наростання або полегшення больового синдрому.

Виражений хронічний біль найчастіше зустрічається у пацієнтів із злоякісними пухлинами, хронічним панкреатитом, ураженням суглобів та вираженою нейропатією.

Розподіл за рангом використання болезаспокійливих засобів для лікування легкого, помірного та вираженого болю, разом з потенційним використанням ад'ювантних засобів на кожній стадії, а також характеристика основних засобів для зняття болю наведені нижче.

Основні неопіїдні аналгетики, що застосовуються для лікування хронічного болю

<i>Міжнародна назва</i>	<i>Разова доза, мг</i>	<i>Інтервал прийому, годин</i>	<i>Вища добова доза, мг</i>	<i>Період напіврозпаду, годин</i>
Ацетилсаліцилова кислота	500-1000	4-6	3000	0,25
Парацетамол	500-1000	4-6	4000	2-3
Ібупрофен	200-400	4-6	1200	2-2,5
Кетопрофен	25-50	6-8	300	1,5-2
Індометацин	25-50	8-12	200*	4-9
Кеторолак ***	10-30	6-8	90**	5-6
Мефенамова кислота	250-500	6-8	1500	3
Диклофенак	50	8	150	2
Метамізол натрію ***	500-1000	8-12	3000	-

* - при тривалому лікуванні 75 мг.

** - у літніх і осіб з масою менше 50 кг – не більше 60 мг.

*** - не рекомендується для тривалого лікування через мієлотоксичність.

Опіїдні аналгетики

За відсутності ефекту від застосування неопіїдних аналгетиків, призначають опіїди.

До слабких опіїдів відноситься трамадол, що є μ -агоністом.

Трамадолу гідрохлорид, добова доза до 400 мг. Трамадол звичайно приймають по 50-100 мг кожні 6 годин. Найчастіші побічні ефекти трамадолу - запаморочення, нудота, сонливість.

До сильнодіючих опіїдів відносяться промедол, бупренорфін, омнопон, морфін і фентаніл.

Промедол (вища добова доза 240 мг). При парентеральному застосуванні знеболюючий ефект більш виражений.

Бупренорфін – частковий μ -агоніст. Бупренорфін має вищий, ніж у морфіну, аналгетичний потенціал і триваліший аналгетичний ефект (6 годин). Для бупренорфіну характерний так званий «стельовий» ефект: збільшення дози

понад 3-5 мг/добу не супроводжується посиленням аналгезії, що вважається основним недоліком бупренорфіну при лікуванні хронічного болю (максимальна добова доза 3,6 мг).

Омнопон – містить приблизно 50% морфіну і приблизно 35% інших алкалоїдів опію. За силою дії приблизно в 1,5-1,8 разу слабший за морфін (вища добова доза 160 мг).

Морфін є класичним представником опіоїдних аналгетиків - агоністів μ -рецепторів. Морфін швидко всмоктується як при прийомі внутрішньо, так і при підшкірному введенні. Дія розвивається через 10-15 хвилин при підшкірному введенні і через 20-30 хвилин після перорального введення. Дія однократної дози триває 3-5 годин (максимальна добова доза 120 мг).

Еквіаналгетичні дози опіоїдів

Препарати	Форма випуску	Доза* мг/добу				
Трамадол	табл., ампули, супоз., краплі	400				
Трамадол з тривалістю дії 12 годин	табл.,	400				
Омнопон	ампули	60	60-100	100-160		
Бупренорфін	табл.,	1,6	1,6-2,8	2,8-3,6		
Бупренорфін	ампули	1,2	1,2-2,1	2,1-3,0	3,0-3,6	
Морфіну гідрохлорид	ампули	40	40-70	70-100	100-120	

* - за індивідуальними показаннями добова доза може бути збільшена.

 - терапевтичні можливості препарату вичерпані. Доцільно застосувати анальгетики з більш вираженим знеболюючим ефектом.

Ад'ювантні лікарські засоби

Наведені нижче ад'ювантні лікарські засоби можуть або розширювати діапазон дії аналгетиків, або мати самостійну аналгетичну дію.

Трициклічні антидепресанти (амітриптилін, іміпрамін) часто використовуються для лікування нейропатичного болю. Вони мають відносні протипоказання у пацієнтів з ІХС і ризиком шлуночкових аритмій. **Амітриптилін** має аналгетичну дію, проте погано переноситься через виражений холінолітичний ефект (сухість у роті, затримка сечі, запори, галюцинації). Часто відзначається седативний ефект і ортостатична гіпотензія, які можуть обмежувати його одночасне використання з наркотичними аналгетиками. Для виключення порушень серцевого ритму необхідний контроль ЕКГ, особливо у пацієнтів, що отримують протипухлинні препарати антрациклінового ряду. Призначення всієї дози амітриптиліну на ніч нормалізує сон і зменшує побічні ефекти вдень, але пацієнта потрібно попередити щодо можливості ортостатичної гіпотензії в нічний час. Аналгетичний ефект амітриптиліну проявляється в низьких дозах (25-150 мг/добу). Рекомендується починати з 10-20 мг для пацієнтів з масою тіла

більше 50 кг і 0,3 мг/кг у пацієнтів з масою тіла менш 40 кг. Доза повільно збільшується до досягнення бажаного ефекту (максимально 150 мг у дорослих і 3 мг/кг у дітей).

Антигістамінні препарати (димедрол) крім основного має анальгезивну, протиблювотну і помірно заспокійливу дію. Звичайна доза 10-20 мг перорально або в/м кожні 4-6 годин (0,5-1 мг/кг для дітей).

Бензодіазепіни (сибазон, діазепам, реланіум) ефективні для лікування раптової тривоги і м'язових судом, що супроводжуються гострим болем. Вони показані хворим, які мають протипоказання до прийому антидепресантів, а також для лікування термінальної задишки. За винятком болю, пов'язаного з м'язовими судомами, ці засоби не є ефективними анальгетиками, а їх заспокійлива дія і здатність пригнічувати дихання підсилюються при спільному застосуванні з опіоїдами. Тому в пацієнтів з симптомами тривоги і болем спочатку призначають та підбирають дози опіоїдного анальгетика, а потім застосовують бензодіазепіни.

Кофеїн у разовій дозі приблизно 65 мг досить успішно підсилює анальгетичний ефект НПЗЗ. Оптимальна добова доза кофеїну не встановлена, але 65-200 мг/добу зазвичай добре переноситься більшістю пацієнтів. Разові дози 1,0-1,5 мг/кг можуть використовуватися у дітей із хронічним онкологічним болем.

Кортикостероїди мають специфічну і неспецифічну дію при лікуванні хронічного болю. Вони можуть безпосередньо лікувати деякі пухлини (наприклад, лімфому) і знімати біль, зменшуючи набряк в ділянці здавлення пухлиною м'яких тканин, нервів або спинного мозку. Кортикостероїди призначають як метод невідкладної терапії при компресії пухлиною спинного мозку (**дексон** 16-96 мг/добу або його еквівалент). Лікування кортикостероїдами (**дексон** 16 мг/добу або його еквівалент) може бути ефективним при виникненні болю від ураження плечового або попереково-крижового сплетіння в онкологічних хворих за відсутності ефекту від великих доз опіоїдів. У хворих у термінальній стадії ВІЛ-інфекції кортикостероїди можуть підвищувати настрій і апетит, зменшуючи при цьому біль; побічні ефекти не повинні турбувати лікаря в цій ситуації. Тривале використання стероїдів викликає збільшення маси тіла, синдром Кушинга, проксимальну міопатію і психози (рідко), підвищують ризик шлунково-кишкової кровотечі, особливо при комбінації з НПЗЗ. Синдром відміни кортикостероїдів може підсилювати біль.

Антиконвульсанти (карбамазепін, баклофен) можуть знімати напади гострого тикоподібного болю при таких периферичних неврологічних синдромах, як трійчаста, постгерпетична, язикоглоткова невралгія і т.п., що виникають на фоні ураження нерва вірусною інфекцією, пухлиною або специфічного протипухлинного лікування. Подібно до трициклічних антидепресантів, при діабетичній невропатії і постгерпетичній невралгії ефективний **габапентин** у дозі 2,4-3,6 мг/добу.

Агоністи $\alpha 2$ -рецепторів (клонідин, клофелін) використовуються при лікуванні опіоїдрезистентного нейропатичного болю по 0,075–0,01 мг внутрішньо 2–3 рази на добу. Хворий має бути попереджений про необхідність

прийому достатньої кількості рідини (1,5 - 2 л на добу) на фоні прийому препарату, щоб уникнути артеріальної гіпотензії. Небезпечно безконтрольне призначення клофеліну ослабленим виснаженим хворим з гіповолемією. Не слід призначати клофелін пацієнтам із брадикардією через аготропні властивості цього препарату.

Медикаментозне лікування хронічного болю

ПРЕПАРАТИ	СТАНДАРТНІ ПОЧАТКОВІ ДОЗИ ДЛЯ ДОРОСЛИХ	ПРИМІТКА
<i>Легкий біль</i>		
Ненаркотичні аналгетики	Ацетилсаліцилова кислота 650 мг внутрішньо кожні 4 години або 1000 мг внутрішньо кожні 6 години після прийому їжі.	Відмінити з появою диспепсії або дьогтьоподібних випорожнень. Не призначати дітям до 12 років. Не призначати у III і IV стадіях ВІЛ-інфекції.
	Парацетамол 2 таблетки по 500 мг внутрішньо кожні 4-6 годин після прийому їжі.	Не більше 4 г на добу.
	Ібупрофен 400 мг кожні 6 годин, перший прийом натще, всі наступні – після прийому їжі.	
	Кетопрофен 50-100 мг внутрішньо або Кеторолак 10-30 мг внутрішньо.	Добові дози: Кетопрофен – 200 мг, Кеторолак – 60 мг.
<i>Легкий або помірний біль</i>		
Ненаркотичні аналгетики	Ацетилсаліцилова кислота 650 мг внутрішньо кожні 4 години або 1000 мг внутрішньо кожні 6 годин після прийому їжі.	Відмінити з появою диспепсії або дьогтьоподібних випорожнень. Не призначати дітям до 12 років. Не призначати у III і IV стадіях ВІЛ-інфекції.
	Парацетамол 2 таблетки по 500 мг внутрішньо кожні 4-6 годин після прийому їжі.	Не більше 4 г на добу
	Метамізол Разова доза: 0,5-1,0 г	Показання: больовий синдром при пухлинах,

	внутрішньо Максимальна добова доза: 6 г	переймиподібний або хронічний біль.
	Кетопрофен 50-100 мг внутрішньо або Кеторолак 10-30 мг внутрішньо.	Добові дози: Кетопрофен – 200 мг, Кеторолак – 60 мг.
Наркотичні аналгетики	Трамадол тривалої дії 100-200 мг внутрішньо кожні 8-12 годин, не більше 600 мг на добу.	
<i>Помірний або сильний біль</i>		
Ненаркотичні аналгетики	Ацетилсаліцилова кислота 650 мг внутрішньо кожні 4 години або 1000 мг внутрішньо кожні 6 годин після прийому їжі.	Відмінити з появою диспепсії або дьогтьоподібних випорожнень. Не призначати дітям до 12 років. Не призначати у III і IV стадіях ВІЛ-інфекції.
	Парацетамол 2 таблетки по 500 мг внутрішньо кожні 4-6 годин після їжі.	Не більше 4 г на добу.
	Кетопрофен 50-100 мг внутрішньо або Кеторолак 10-30 мг внутрішньо.	Добові дози: Кетопрофен - 200 мг, Кеторолак - 60 мг.
Наркотичні аналгетики	Трамадол тривалої дії 100-200 мг внутрішньо кожні 8-12 годин, не більше 600 мг на добу	
	Бупренорфін у сублінгвальних таблетках 0,2 мг. Максимальна добова доза 3,0 мг. Побічні ефекти менш виражені, ніж у морфіну. При добрій ефективності і переносимості може застосовуватися місяцями. Морфін (промедол, омнопон) для прийому внутрішньо, 2,5-5 мг кожні 4 години. Якщо немає форми для прийому внутрішньо, можна використати ін'єкційний розчин 5 мг в ампулах по 5 мл або 50 мг в ампулах по 5 мл: закапати в рот або ввести ректально шприцом (без голки). Якщо біль зберігається через 24 години,	Доза залежить від інтенсивності болю; обмеження щодо максимальної добової дози немає, але необхідно стежити за диханням: тимчасово відмінити препарат, якщо частота дихання менше 8 у хвилину. На період лікування опіоїдами призначити проносні.

	дозу можна збільшити в 1,5-2 рази.	
Лікування різних типів болю		
Нейрогенний біль: пекучий, стріляючий, відчуття поколювання, постгерпетична невралгія і т.п	Амітриптилін 25 мг внутрішньо на ніч або 12,5 мг внутрішньо 2 рази на добу.	При необхідності поступово підвищити дозу до 50 мг на ніч або 25 мг 2 рази за добу
М'язові спазми	Діазепам внутрішньо 5-10 мг 1-2 рази на добу	
Термінальні стадії захворювань при лікуванні вдома, а також наступних станів: • Набряк навколо пухлини • Важкий кандидозний езофагіт з виразками і порушенням ковтання • Здавлення нерва • Постійний головний біль внаслідок внутрішньочерепної гіпертензії • Постійний головний біль внаслідок внутрічерепної гіпотензії	Дексаметазон внутрішньо 2 - 6 мг/добу після їжі або Преднізолон внутрішньо 15-40 мг/добу після їжі протягом 7 доби. Клофелін у комплексі з іншими ненаркотичними і наркотичними анальгетиками, 0,075 мг внутрішньо 3-4 рази на добу після їжі. Буторфанол 4-6 мг на добу у поєднанні з ненаркотичними анальгетиками, опіоїдний агоніст-антагоніст, не сполучати з наркотичними анальгетиками і не використовувати в активних СІНів – провокація синдрому відміни (підвищення АТ у великому і особливо малому колах кровообігу).	Глюкокортикоїди полегшують стан хворих з термінальними стадіями захворювань: поліпшується апетит і самопочуття. Знижувати дозу, наскільки це можливо. Відмінити, якщо протягом 3 тижнів прийому стан хворого не поліпшується.
Оперізуючий лишай	При перших проявах висипки: Валацикловір 1 г внутрішньо кожні 8 годин протягом 5 - 7 діб Гострий біль: Метамізол, Трамадол тривалої дії 100 — 200 мг внутрішньо кожні 8-12 годин, не більше 600 мг на добу	

	Постгерпетична невралгія: Амітриптилін у низькій дозі: 12,5-25 мг внутрішньо на ніч або 12,5 мг внутрішньо 2 рази на добу або Габапентин с поступовим підвищенням дози до 2400 мг/добу внутрішньо.	
Переймиподібний біль у животі	Дротаверин (но-шпа) 40 – 80 мг внутрішньо кожні 6 – 4 рази на добу після їжі. Метамізол або Гіосцину бутилбромід 10-20 мг внутрішньо 3-5 разів на добу.	

**Не слід призначати декілька аналгетиків однієї групи відразу на один прийом; прийом аспірину кожні 4 години можна чергувати із прийомом парацетамолу кожні 4 години, таким чином, щоб вони чергувалися кожні 2 години.*

*** Після усунення больового синдрому, якщо пацієнт приймав опіоїди менше 7-ми днів, можна відмінити наркотичні аналгетики відразу або знизити дозу протягом доби. Якщо прийом опіоїдів (морфіну) тривав 7 днів і більше при добовій дозі 40 мг і більше – знижувати дозу потрібно відповідно до схеми.*

Схема зниження дози морфіну	Проміжок часу між введеннями опіоїдів (годин)							
	6	10	12	12	24 на ніч	24 на ніч	36 на ніч	36 на ніч
Разові дози, на які здійснюється зниження (мг)	5	5	5	2,5	2,5	2,5	2,5	2,5

Протягом ще 3-5 днів доцільно проводити плацебо терапію.

Лікування побічних ефектів наркотичних аналгетиків

ПОБІЧНИЙ ЕФЕКТ	РЕКОМЕНДАЦІЇ
Запор	- Збільшити в раціоні кількість рідини і клітковини. - На період прийому наркотичних аналгетиків призначити проносне, яке збільшує обсяг кишкового вмісту (наприклад, Лактулозу, 10 мл внутрішньо 3 рази на добу або Ламінарид внутрішньо 5-10 г – 1-2 чайні ложки 1-3 рази на добу після їжі, додати засіб, що стимулює перистальтику кишечника Ізафенін, внутрішньо по 10мг після їжі 2 рази на день або 20мг на ніч; Бісакодил у таблетках внутрішньо 5-15 мг за півгодини до їжі або перед сном, ректально – 1-2 свічки 10-20мг на добу, Сенозиди А+В внутрішньо 10-30мг після їжі перед сном. - Проводити профілактику запору (якщо у пацієнта немає хронічної діареї).
Нудота і блювання	Призначити протиблювотний засіб. Як правило

	нудота і блювання припиняються протягом доби.
Пригнічення дихання (при прийомі морфіну внутрішньо з поступовим підвищенням дози розвивається рідко)	• Використати методи стимуляції дихання. • Якщо пригнічення дихання виражене, відмінити наступну дозу, потім скоротити дозу наполовину. • Якщо у пацієнта сильний біль на фоні термінального стану, деяке пригнічення дихання припустиме.
Сплутаність свідомості, оглушення (якщо не викликані іншими причинами)	• Звичайно розвиваються на початку лікування або при підвищенні дози і через кілька днів проходять. Можуть також розвиватися в термінальній стадії ниркової недостатності. • Скоротити дозу наполовину або збільшити інтервал між прийомами препарату.
Сверблячка, міоклонус (виражені посмикування м'язів у період спостереження)	• Якщо пацієнт отримує більшу дозу препарату, спробувати зменшити дозу або перейти на альтернативну схему прийому, або призначити два наркотичних анальгетики. • Обстежити пацієнта повторно: при деяких станах морфін неефективний і потрібні інші засоби.
Сонливість	• Тривалий сон може свідчити про виснаження ЦНС і відображати потребу пацієнта у відпочинку. • Якщо такий стан зберігається більше 2 діб підряд, слід зменшити дозу вдвічі.

Фізичні методи лікування хронічного болю

Беручи до уваги складність і різноманітність патогенетичних механізмів виникнення хронічного болю, його терапія не може бути обмежена лише медикаментозними методами. У ряді випадків значне полегшення пацієнтові може принести застосування фізичних факторів, таких як тепло, холод, світло, вода, механічний вплив, динамічне навантаження та електричний струм. Фізичні методи впливу часто дозволяють розірвати існуюче коло «біль - м'язова напруга - порушення кровообігу - біль».

Теплолікування особливо ефективне при лікуванні м'язових спазмів, міофасціального болю і загального кістково-м'язового дискомфорту, пов'язаного з нерухомістю і слабкістю. Нагрівання послаблює біль як конкурентний подразник, а також за рахунок прямого впливу на тканини. Відчуття тепла послаблює ноцицептивну передачу в дорзальних рогах спинного мозку і може викликати гальмівний ефект на рівні стовбура мозку. Місцевий ефект теплового впливу включає м'язову релаксацію, збільшення припливу крові і піддатливості тканин. Теплолікування поверхневих тканин проводиться за допомогою водяних або електричних грілок, а також спеціальними лампами. Прогрівання глибоких тканин досягається

ультразвуком, короткохвильовою діатермією і мікрохвилями. Теплолікування може викликати ушкодження тканин і протипоказано:

- у зонах, що прилягають до металевих або синтетичних протезів, а також до ділянок, що містять кістковий цемент;
- у зонах зі зниженою чутливістю, паралізованих частинах тіла або для ішемізованих тканин;
- в інфікованих зонах;
- безпосередньо над пухлинною ділянкою.

Кріотерапія дозволяє за рахунок дії холоду знизити місцеву запальну реакцію і зменшити вивільнення медіаторів запалення. Показана при спастичному м'язовому болю. Здійснюється локальним впливом мішура з льодом, холодною водою або зрошенням охолоджуючого агента, такого як хлоретил. Кріотерапія протипоказана на ділянках з порушеннями чутливості і недостатнім кровопостачанням.

Механічні види терапії (дотик, масаж) - можуть полегшити біль, викликаний м'язовим спазмом, міофасціальними синдромами або загальним кістково-м'язовим дискомфортом, пов'язаним з нерухомістю і слабкістю. Свідомий дотик до пацієнта рукою чинить заспокійливу і зігрівальну дію і не має побічних ефектів. Застосовується в лікуванні з використанням вібраційної терапії для усунення м'язового болю, напруги, болю після ушкодження нервів і ампутацій. Масаж сприяє виробленню ендорфінів, загальному, у тому числі й м'язовому, розслабленню, є ідеальним засобом прояву турботи про хворого. Масаж повинен підготувати пацієнта до власної фізичної активності, а не замінити її.

Фізичні вправи, активні та пасивні, можуть поліпшити контроль за болем і послабити загальний кістково-м'язовий дискомфорт, пов'язаний з нерухомістю і слабкістю. Фізична активність стимулює вироблення ендорфінів, викликає позитивні емоції і підвищення настрою. У міру виконання адекватно дозованих навантажень може поліпшуватися загальна фізична форма пацієнта, що приглушує негативні прояви прогресування основного захворювання.

Мануальна терапія застосовується для лікування болю у спині неонкологічного походження. Мануальна терапія протипоказана пацієнтам з онкологічними захворюваннями при наявності або ймовірності метастатичного ураження хребта.

Ортопедичні пристрої і пристосування. Протези, шини та інші підтримуючі пристосування можуть полегшити або запобігти виникненню болю завдяки стабілізації або іммобілізації хворобливих ділянок. Допоміжні пристрої для ходьби, такі як милиці, ціпки і ходунки, відіграють важливу роль у профілактиці болю, пов'язаного з рухом.

Іммобілізація, що забезпечує використання інвалідного крісла і постільний режим, є необхідною для пацієнтів, що страждають від сильного болю на фоні оптимальної аналгетичної терапії і використання описаних вище засобів фізичної підтримки.

Психологічні і соціальні аспекти лікування хронічного болю

У процесі прогресування невиліковного захворювання у пацієнта змінюються відношення до себе та взаємини з оточуючими. Частіше ці зміни мають негативне значення та відіграють значну роль у прогресуванні і регресі больового синдрому. Експертами ВООЗ для характеристики хронічного болю, що супроводжує важкохворого, визначений термін «тотальний біль».

Психотерапія. Пацієнти, що страждають на інтенсивний больовий синдром і відчують різного роду емоційні переживання, занепокоєння, тривогу, депресію, можуть бути стабілізовані звичайною психотерапією так само добре, як при застосуванні антидепресантів та анксіолітиків. Психотерапія може допомогти пацієнтам адаптуватися до реальних проблем, які постали перед ними через хворобу, і сприяти позитивним результатам контролю больового синдрому.

Гіпноз може бути корисним методом у лікуванні хронічного болю в термінальних стадіях ВІЛ-інфекції. Доцільно застосовувати методики гіпнозу, які базуються на стимуляції галюцинаторного відчуття анестезії, що включає пряме блокування болю у свідомості, або ослаблення відчуття болю шляхом самонавіювання, що збільшує захисні можливості організму стосовно больових імпульсів того або іншого рівня інтенсивності; так званих сенсорних заміщень (коли певні характеристики больового синдрому заміщаються шляхом гіпнотичного впливу на інші сенсорні характеристики); зсувом болю (переміщення больових відчуттів в іншу ділянку тіла, яка раніше не боліла), щоб ніби «відпочила» від болю ця ділянка.

Когнітивно-поведінкове лікування. Цей метод являє собою комбінацію поведінкової терапії з пізнавальною психологією, коли основним фактором, що визначає поведінку пацієнта, є мислення. Завдання полягає в тому, щоб допомогти пацієнтам визначити і змінити думки, переконання і поведінку, які реально можуть підсилювати біль, депресію або тривогу і навчити їх особливим навичкам, що дозволяють зняти напади болю. У випадку успіху пацієнти стають здатними переборювати больові напади, тривогу, депресію і соціальний дискомфорт.

Аутотренінг. Послідовне розслаблення груп м'язів кожної ділянки тіла з концентрацією уваги на відчутті теплоти і ваги, але без попередньої напруги одержало назву аутогенна релаксація. Якщо пацієнт здатний подумки сконцентрувати увагу на топографії больових відчуттів з конкретним уявленням їх локалізації, здатний при цьому сконцентруватися на зручному положенні, при якому болючі відчуття стають менш інтенсивними, то для цього пацієнта буде прийнятнішим *метод уявних образів*. У міру поглибленого освоєння цього методу релаксації в пацієнта може розвинутися так званий внутрішній погляд, стан усунутого спостереження за своїм внутрішнім станом, за екстраполяційними характеристиками больового синдрому на роботу внутрішніх органів з оцінкою різних внутрішніх відчуттів, які при цьому відбуваються. Виникає стан, який характеризується терміном «медитація», тобто стан, близький до самогіпнозу. Релаксаційні методи лікування хронічного больового синдрому на початку проводяться під керівництвом кваліфікованих фахівців і тільки при достатньому освоєнні пацієнтом оптимального для його

стану методу релаксації лікування може тривати в амбулаторних і домашніх умовах.

Лікування основних синдромів, які можуть виникати у хворих на ВІЛ-інфекцію

Нудота і блювання

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Нудота й блювання	Метоклопрамід 10 мг внутрішньо кожні 8 г , Галоперідол 1 — 2 мг внутрішньо 1 раз на добу або Хлорпромазин 25 — 50 мг кожні 6 — 12 г, Димедрол 25 – 50 мг 2-3 рази на добу.	• Пропонувати продукти, що подобаються хворому і меншою мірою викликають нудоту. • Годувати й напувати хворого часто, маленькими порціями, повільно. • Викликати лікаря, якщо блювання триває більше доби або у хворого сухий язик, або виділяється мало сечі, або з'явився біль у животі.
Нудота і блювання, викликані порушенням пасажу кишкового умісту пухлиною	Клемастин 1 мг внутрішньо 2 рази на добу або Цетиризин внутрішньо 10 мг 1 раз на добу	

Виразки слизової порожнини рота, біль при ковтанні

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Різні виразкові ураження слизової оболонки рота (якщо збудник невідомий)	Полоскання розчином Бетадину .	М'якою зубною щіткою обережно видалити наліт із зубів, ясен, язика і піднебіння. Давати хворому полоскати рот підсоленою водою (щіпка солі на склянку води) після їжі і перед сном (3-4 рази на день).

Кандидоз порожнини рота	Міконазол, таблетки для розсмоктування: 1 таблетка на добу протягом 7 днів. Флуконазол у першу добу 200 мг внутрішньо однократно, потім 100 мг внутрішньо 1 раз на добу протягом 10 — 14 діб або до зникнення симптомів.	• Полегшити стан хворого можуть місцеві анестетики. • Розчинити 2 таблетки аспірину в склянці води і давати хворому для полоскання рота до 4 рази на день. • При необхідності дати аналгетики. • Необхідно видаляти залишки їжі марлевим тампоном, змоченим у підсоленій воді. • Дієта: - м'яка їжа заподіює менший дискомфорт; - пацієнтові легше ковтати протерту і рідку їжу; - не годувати хворого надто гарячою, холодною або гострою їжею.
Афтозний стоматит	Преднізолон: розтовкти таблетку і присипати виразки декількома крупинками. Розчин Дексаметазону для полоскання рота. Тріамцинолон, крем для змазування виразок, розчини, що містять Хлоргексидин або Тетрациклін, і місцеві аплікації з Лідокаїновим або Бензокаїновим гелем.	
Герпетичний стоматит	Ацикловір 400 мг внутрішньо, Метронідазол, полоскання для рота: 2 таблетки (розтовкти) на склянку води; полоскання розчином Бетадину.	
Неприємний запах з рота, обумовлений раком слизової рота або інших уражень ротової порожнини	Метронідазол, полоскання для рота: 2 таблетки (розтовкти) на склянку води.	

Сухість у роті

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
-------------------	-----------	--

Сухість у роті	Переглянути призначення (сухість у роті може бути побічним ефектом прийнятих препаратів).	• Давати часто пити маленькими ковтками. • Давати воду для частого змочування порожнини рота.
Серйозні порушення, викликані недостатнім слиновиділенням	Направити до стоматолога.	• Давати хворому смоктати шматочки фруктів, наприклад, апельсина, лимону.

Діарея

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Діарея	• Збільшити прийом рідини для профілактики зневоднювання. • При важкій діареї призначити розчин для пероральної регідратації (Гастроліт, Регідрон). • Призначити лікувальне харчування.	• Давати багато пити для відновлення втрати води. • Збільшити частоту прийому їжі, годувати маленькими порціями. • Догляд за шкірою періанальної ділянки після кожного акту дефекації: витирати шкіру не туалетним папером, а м'якою тканиною;
Діарея, якщо немає лихоманки, домішок крові у випорожненнях і хворий не досяг літнього віку	Протидіарейні засоби: Лоперамід початкова доза 4 мг внутрішньо, потім 2 мг внутрішньо після кожного акту дефекації. Якщо діарея - симптом синдрому відміни опіатів - Морфін 2,5-5 мг внутрішньо кожні 6-8 годин, поступово знижуючи дозу (за схемою).	- обмивати періанальну ділянку 3 рази на день водою з милом; - якщо хворий відчуває біль при дефекації, змазувати періанальну ділянку вазеліном. • Викликати лікаря, якщо у хворого: - блювання і лихоманка; - випорожнення з слідами крові;
Болючість періанальної ділянки	Мазь із анестетиком (Лідокаїн) або вазелін для змазування шкіри.	- діарея триває більше 5 доби;
Неутримання калу	Вазелін для захисту шкіри періанальної ділянки.	- наростає слабкість; - ушкодження шкіри навколо заднього проходу.

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Каловий завал	Провести пальцеве ректальне дослідження і видалити калові маси.	- Часто пропонувати пиття. - Ввести до раціону більше фруктів (у тому числі сухофрукти) і овочів, вівсяну кашу, м'яку їжу. - Давати столову ложку рослинного масла перед сніданком. - Обережно ввести в пряму кишку хворого вазелін або шматочок мила, якщо він не може зробити це сам. При цьому використати медичні рукавички.
Інші причини запору	Проносні: у перший день: проносне, що збільшує обсяг кишкового вмісту: Бісакодил, 5 — 15 мг на ніч, Сенна, початкова доза 2 таблетки (7,5 мг) 2 рази на добу, потім до 2 таблеток кожні 4 години або Ламінарид внутрішньо 5-10 г – 1-2 чайні ложки 1-3 рази на добу після їжі. У другий день проносне, що стимулює перистальтику кишечника Ізафенін, внутрішньо по 10 мг після їжі 2 рази на добу або 20 мг на ніч.	

Лихоманка

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРОСЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Лихоманка	- З'ясувати і усунути причину. Парацетамол, 500 мг внутрішньо (не більше 4 г парацетамолу на добу) або Ацетилсаліцилову кислоту: 650 мг внутрішньо, кожні 4 години. - Не допускати зневоднення. Метамізол у низькій дозі. Циметидин 400 мг на ніч	Часто давати хворому пити: воду, неміцний чай, фруктові соки. Провести невеликі зміни в побуті (зміна постільної білизни, застосування фена, обтирання).

	може попередити лихоманку у частини хворих з Ходжкинською лімфою.	
--	---	--

Гикавка

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Розтягання шлунка на пізній стадії злоякісної пухлини	Симетікон 65 — 125 мг внутрішньо, до 500 мг/добу	<i>Способи припинити гикавку</i> • швидко з'їсти 2 чайні ложки цукру з гіркою; • випити холодної води; • з'їсти подрібнений лід; • масаж піднебіння чистою носовою хусткою (у напрямку до м'якого піднебіння); • затримати дихання або подихати в паперовий пакет, зупинитися з появою почуття дискомфорту; • притиснути коліна до грудей і нахилитися вперед (здавивши грудну клітку); • пиття з «неправильної» сторони склянки; • прийом аерованої (пиття із заковтуванням повітря) або м'ятної води (яка розслаблює езофагеальний сфінктер); • масаж зовнішнього слухового проходу стимуляція чхання) або назофарингеальна (носовий тампон, назогастральний зонд) стимуляція, дихання у паперовий мішок.
Невпинна гикавка	Метоклопрамід 10 — 20 мг внутрішньо 3 рази на добу або Галоперидол 0,5 — 2 мг внутрішньо 1 — 3 рази на добу.	
Пухлина головного мозку	Може бути ефективний протиепілептичний препарат (Карбамазепін внутрішньо ½ таблетки 1-2 рази на день після їжі, Фінлепсин), Фенітоїн – у першу добу призначають «навантажувальну» дозу з розрахунку 15-20 мг/кг маси тіла в кілька прийомів, надалі підтримуюча добова доза становить 5-6 мг/кг маси тіла. Альтернативою Фенітоїну є Вальпроат натрію , Клоназепам або Фенобарбітал .	

Тривожність і збудження

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРОСЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Тривожність і збудження (невиражені)	• З'ясувати причину. Якщо ці симптоми виникли вперше, виключити когнітивні порушення. • При вираженій тривожності можна призначити транквілізатори • Запропонувати способи усунення тривожності, доречні для конкретної ситуації. • Навчити прийомам релаксації. • Уважно вислухати пацієнта і підтримати психологічно. • Переконатися, що пацієнт має добрий нагляд і психосоціальну підтримку.	Допомога при занепокоєнні: • Уважно вислухати хворого. • Обговорити питання, що його непокоять в конфіденційній обстановці. • Допомогти хворому заспокоїтися за допомогою таких засобів, як: - спокійна музика; - масаж; - спільна молитва.
Слабко виражені тривожність і збудження	• Призначити Діазепам у низькій дозі (2,5 — 5 мг на ніч або 2 рази на добу) на короткий час — необхідність у ньому виникає рідко, якщо пацієнт одержує повноцінний нагляд (намагатися не призначати діазепам на тривалий строк, оскільки він може викликати депресію). • При підозрі на маніакально-депресивний психоз направити пацієнта до психіатра на обстеження і лікування.	

Сильні тривога або збудження, делірій	Галоперидол 5 — 10 мг внутрішньо або в/в, Діазепам 5 – 10 мг (при делірії до 20мг) внутрішньо або 5 мг в/м (укол болючий, при можливості зробити внутрішньовенно повільно). Мідазолам має перевагу в тому, що його можна давати безперервною підшкірною інфузією і також можна змішувати в одному шприці з Морфіном. Звичайна початкова доза 2,5-10 мг, підшкірно, через 2 години або 10-20 мг на добу, титруючи по ефекту.	
---------------------------------------	--	--

Порушення сну

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Безсоння. Причиною безсоння можуть бути біль, тривога, депресія, синдром відміни (опіатів, діазепаму,)	Бромізовал 600-900мг внутрішньо за півгодини до сну, Діазепам 5-10 мг внутрішньо на ніч (по можливості не призначати на тривалий термін, оскільки може викликати депресію) Лоразепам 0,5-1 мг внутрішньо, на ніч (до 4 мг на добу).	• Поговорити з хворим про переживання, які заважають йому заснути, заспокоїти його. • По можливості забезпечити тишу. • Не давати хворому на ніч міцний чай і каву. • Лікувати біль, якщо потрібно.

М'язова скутість і контрактури

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
М'язова скутість і	Визначити обсяг рухів;	• Не змушуйте хворого

контрактури	якщо спостерігаються виражена контрактура або м'язові спазми, призначити: Діазепам 5-10 мг внутрішньо 2-3 рази на день (по можливості не призначати на тривалий строк, оскільки може викликати депресію, Баклофен 5-10мг внутрішньо 2-3 рази на добу під час їжі, Лоразепам 1 мг внутрішньо 2-3 рази на день або Тетразепам , 50 мг/добу внутрішньо, при необхідності підвищити дозу, але не більше 200 мг/добу (дозу знижувати поступово!).	дотримуватися постільного режиму, а, навпаки, заохочуйте рухатися. • Якщо хворий нерухомий, виконуйте простий комплекс вправ на амплітуду рухів не менше 2 разів на день: - згинайте, випрямляйте і робіть інші рухи в суглобах, які можна зробити без зусилля. Будьте обережні й виконуйте рухи повільно, не заподіюючи болю; - щоб не ушкодити суглоб, при виконанні рухів тримайте кінцівку вище і нижче суглоба; - розтягуйте суглоби, прикладаючи рівномірне зусилля і утримуючи їх, як зазначено вище; - заведіть руки хворого за голову і підніміть його ноги на 90 градусів, запропонуйте хворому спочатку самому підняти ноги, наскільки він зможе, а потім допоможіть йому. • Регулярно робіть хворому масаж.
-------------	--	---

Догляд за хворим з деменцією

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Якщо симптоми з'явилися вперше: забудькуватість, порушення концентрації уваги, мови і мислення,	Оцінити ступінь сплутаності свідомості, розлад мови і дезорієнтацію (виключити отруєння, гіпоглікемію та інші	• Якогомога довше хворий повинен жити у звичній обстановці: • необхідно тримати речі на своїх місцях, щоб хворий міг їх знайти;

перепади настрою, асоціальна поведінка, наприклад прогулянки в оголеному виді	системні захворювання, алкогольне і наркотичне сп'яніння, токсичні ефекти препаратів, синдром відміни; розглянути можливість ВІЛ-енцефалопатії). Лікування залежить від клінічних проявів. Обов'язково забезпечити консультацію психіатра.	• дотримуватися звичного розпорядку дня; • забрати небезпечні предмети; • використовувати прості фрази; стежити, щоб одночасно дві людини не говорили; • приглушувати сторонні звуки (телевізор, радіо); • хворий повинен перебувати під постійним наглядом.
Параноїдні стани або нічна активність	Галоперидол 5-10 мг, Лоразепам 0,5-1 мг внутрішньо, до 4 мг на добу.	

Депресія

КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ	ЛІКУВАННЯ І РЕКОМЕНДАЦІЇ	
Симптоми, що насторожують: зневіра, безсоння, втрата інтересу до життя. Симптоми депресії: • Сум, прігнічений настрій • Зниження інтересів • Знесилення При наявності якого-небудь із перерахованих вище симптомів запитати пацієнта, чи немає в нього: • порушень сну, • змін апетиту, • порушень концентрації уваги, • зниження статевого потягу, • загальмованості,	Оцінити ризик суїциду, уточнити діагноз: велика депресія, мала депресія, ускладнена реакція втрати, важкі переживання (втрата близьких). При підозрі на біполярний розлад забезпечити консультацію психіатра для вирішення питання про лікування літєм. Якщо немає біполярного розладу, призначити Амітриптилін 25-50мг 2 рази на добу, поступово доза підвищується до 300мг на добу.	Пацієнтові необхідна підтримка; якщо є ризик суїциду, не можна залишати його одного. Консультування: <i>Велика депресія:</i> • розповісти пацієнтові і його близьким про необхідність медикаментозного лікування; • забезпечити консультацію психіатра; • забезпечити спостереження. <i>Мала депресія або ускладнена реакція втрати:</i> • забезпечити консультування; • лікувати безсоння, якщо потрібно; • спостерігати за

• відчуття власної нікчемності, зниження самооцінки, • думок про суїцид і смерть, • почуття провини. Якщо 5 і більше з перерахованих симптомів спостерігаються протягом більше 2 тижнів, ставлять діагноз „Велика депресія”. Якщо у хворого спостерігаються менше 5 симптомів або переживання і дезадаптація після важкої втрати тривають більше 2 місяців, то ставлять діагноз „Мала депресія” або ускладненої реакції втрати.		пацієнтом.
Якщо хворий, перебуваючи в депресивному стані, виражає суїцидальні думки, необхідно визначити суїцидальні наміри: - чи називається причина рішення піти з життя? - чи приймається рішення піти з життя без сумнівів або спостерігається лише глибоке почуття розпачу, безвиході? - чи є план здійснення задуманого (спосіб, місце, час)?	Якщо є реальні суїцидальні наміри (є план і засоби суїциду), необхідно терміново госпіталізувати пацієнта в спеціалізований ЛПЗ. При вираженій тяжкості соматичного стану – забезпечити ургентну консультацію психіатра і цілодобове спостереження.	• Не залишати пацієнта одного, якщо є ризик суїциду. • Забрати небезпечні предмети. • Залучити членів родини, друзів.

- які засоби пацієнт планує використати для цього, чи підготовлені вони?		
--	--	--

Піхвові виділення, обумовлені раком шийки матки

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Піхвові виділення, обумовлені раком шийки матки	Метронідазол , піхвові таблетки, 500 мг 1 раз на добу внутрішньопіхово 10-20 днів. Антигістамінні препарати: Димедрол 30-50 мг 1-3 рази на добу або Прометазин 25 мг 2-3 рази на добу після їжі.	Забезпечити щоденну гігієну.

Сверблячка

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Піхвові виділення, обумовлені раком шийки матки	Метронідазол , піхвові таблетки, 500 мг 1 раз на добу внутрішньопіхово 10-20 днів. Антигістамінні препарати: Димедрол 30-50 мг 1-3 рази на добу або Прометазин 25 мг 2-3 рази на добу після їжі.	Забезпечити щоденну гігієну.
Короста, дерматити, що сверблять, екзема, дерматофітії, сухість шкіри, псоріаз	• На неінфіковані збуджені ділянки шкіри можна наносити крем з глюкокортикоїдами. • Антигістамінні препарати: Димедрол 30-50 мг 1-3 рази на день або Прометазин 25 мг 2-3 рази на день після їжі. • При рецидивуючих інфекціях шкіри допомагає зрошення уражених ділянок 0,05%	Зменшити сверблячку допомагають наступні заходи: • змазування вазеліном ділянок, що сверблять; • умивання водою з додаванням рослинного масла (1 столова ложка масла на 5 л води); • обтирання після купання 0,05% розчином Хлоргексидину • теплі ванни.

	розчином Хлоргексидину після купання. • Якщо сверблячка обумовлена механічною жовтяницею, можна призначити Преднізолон або Галоперидол. • При екземі показані обережне миття і висушування шкіри. На короткий строк можна призначити глюкокортикоїди місцево (не застосовувати на обличчі). • При дерматофії наносити мазь Міконазолу або інший протигрибковий крем. При значних ураженнях призначити Флуконазол внутрішньо 50-100 мг на добу 7-14 днів. • При підозрі на коросту можна призначити лікування навіть під час відсутності типових симптомів. • При псоріазі змазувати уражені ділянки маззю, що містить 5% дьогтю і 2% саліцилової кислоти; корисні сонячні ванни по 30 - 60 хвилин на добу.	
--	--	--

Пролежні

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
-------------------	-----------	--

Пролежні, ознаки інфікування та інших ускладнень	<i>Догляд за шкірою для профілактики пролежнів обов'язковий для всіх хворих</i> • Упевнитися, що немає інших вогнищ інфекції. • Якщо шкіра червона, болюча, гаряча на дотик, є гній чи кірки, лихоманка або інші загальні симптоми, або поширення інфекції на м'язи, хворого необхідно госпіталізувати, призначити антибіотики в/в, в/м або внутрішньо. • Якщо розмір ушкодженої ділянки шкіри перевищує 4 см або є червоні смуги, або болючі вузли, або більше 2 вогнищ: призначити антибіотики, при наявності флуктуації дрениувати абсцес, кінцівки слід підняти вгору, оглянути пацієнта наступного дня. • Якщо шкіра червона, гаряча і болюча, але інших симптомів немає, промити ушкоджені ділянки антисептиком, при наявності флуктуації дрениувати абсцес, оглянути пацієнта через 2 дні.	<i>Наступні заходи допомагають зменшити біль і прискорити загоєння пролежнів</i> Невеликі ушкоджені ділянки обережно промити підсоленою водою і дати висохнути. Якщо ушкодження неглибоке, залишити рану відкритою. При болю регулярно давати анагетик, наприклад Парацетамол або Аспірин. Глибокі або великі пролежні щодня обережно змазувати медом з метою очищення, закривати чистою легкою пов'язкою, щоб прискорити загоєння. При будь-яких змінах кольорів шкіри або прогресуванні пролежнів забезпечити консультацію лікаря. <i>Профілактика пролежнів у лежачих хворих:</i> по можливості час від часу саджати хворого в крісло. Щоб не ушкоджувати шкіру, саджаючи хворого в ліжку, потрібно піднімати його за плечі і підкладати подушку, а не підтягати хворого до узголів'я.
---	---	---

Пухлини або виразки з неприємним запахом	Присипати уражену ділянку порошком Метронідазолу (розтовкти таблетку).	Часто міняти положення хворого в ліжку (по можливості кожні 1 - 2 години), для фіксації положення використовувати подушки і валики. Постільна білизна завжди повинна бути чистою і сухою. Підкладати під хворого дуже м'яку тканину, наприклад м'який бавовняний рушник. Забезпечити гігієну зовнішніх статевих органів і промежини. Після купання обережно промокати шкіру м'яким рушником. Змазувати шкіру кремом, ланоліном, косметичним або рослинним маслом. Якщо у хворого нетримання калу або сечі, підкладати клейонку під простирадло, щоб постіль була сухою. Масажувати спину, стегна, лікті і щиколотки з вазеліном. Якщо у хворого нетримання сечі або калу, наносити захисний шар вазеліну на шкіру промежини, спину, стегна, щиколотки і лікті. При сечовипусканні і дефекації підтримувати хворого над судном, щоб запобігти ушкодженню шкіри і забрудненню постелі.
---	--	---

Нетримання сечі і калу

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Нетримання сечі	Хлопчикам і чоловікам встановлюють сечоприймачі. Дівчаткам і жінкам можна встановити сечовий катетер.	- Регулярно міняти білизну і прокладки. - Підтримувати шкіру чистою і сухою, змазувати її захисними мазями.
Нетримання калу	Лоперамід , щоб домогтися оформленого випорожнення.	

Кашель і задишка

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Термінальні стадії рака легенів, легеневих ускладнень ВІЛ-інфекції або інших хвороб легенів. Задишка на фоні бронхоспазма.	Лікування бронхіальної астми: інгаляції Сальбутамолу по 2,5-5,0 мг протягом 10-15 хвилин через 4-6 год. З довгостроковим терміном дії похідні ксантину (Теофілін і Еуфілін) Преднізолон 40-60 мг або Дексаметазон 8-12 мг на добу. Через кілька днів дозу поступово зменшують до граничної.	<i>Простий кашель</i> - Домашні засоби: мед, лимон, парові інгаляції (наприклад, з настояною евкаліпта) - Якщо з'явився кашель із мокротинням і він зберігається більше 3 тижнів, можливий туберкульоз. Необхідно викликати лікаря. <i>Задишка:</i> - Допомогти хворому прийняти позу, в якій йому легше дихати (звичайно сидячи, іноді сидячи з невеликим нахилом уперед, поклавши руки на стіл). - Підкласти під спину хворого подушки. - Забезпечити доступ свіжого повітря: відкрити
Задишка на фоні серцевої недостатності або набряків	Морфін для прийому внутрішньо або Трамадол у низьких дозах, Фуросемід , 40 мг.	
Кашель з густим, в'язким мокротинням	Інгаляції фізіологічного розчину.	
Рясне рідке мокротиння	Гіосцину бутилбромід (М-холіноблокатор) 10 мг кожні 8 год.	

Рясне мокротиння більше 30 мл на добу	• Дихальні вправи (кашель з відкритою голосовою щілиною) і постуральний дренаж. • До відсмоктування мокротиння з трахеї вдаватися в крайньому випадку, оскільки ця процедура болісна для пацієнта. Галоперидол – підсушує дихальні шляхи за рахунок антихолінергічного ефекту.	вікно, обмахувати хворого. • При густому мокротинні частіше давати хворому пиття (це поліпшує відходження мокротиння). <i>Правила поводження з мокротинням</i> • Поводитися з мокротинням обережно, щоб уникнути поширення інфекції. • Для відхаркування мокротиння дати хворому банку з кришкою. • Виливати вміст банки в унітаз, після чого мити її дезінфікуючими засобами або обдавати окропом.
Виснажливий кашель: якщо кашель із мокротинням триває більше 3 тижнів, провести трикратне дослідження мокротиння на МБТ	Морфін 2,5 — 5 мг усередину і Лідокаїн у вигляді інгаляцій зменшують задишку і особливо ефективні при дратівному кашлі, рекомендується не їсти і не пити протягом 0,5-1 години після застосування препарату. • Лікування туберкульозу — див. протокол «Лікування опортуністичних інфекцій у хворих на ВІЛ/СНІД». • Пацієнти, що одержують протитуберкульозне лікування, повинні продовжувати лікування, щоб не заражати навколишніх.	
Навчання	Навчити пацієнта використанню резервних можливостей системи дихання.	

Виснаження

КЛІНІЧНА СИТУАЦІЯ	ЛІКУВАННЯ І ДОЗИ ДЛЯ ДОРОСЛИХ	РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ РОДИЧІВ З ДОГЛЯДУ ВДОМА
Виснаження у	Преднізолон , 5 — 15	• Умовляти хворого

помираючого Хворого у разі лікування вдома.	мг/добу внутрішньо (для стимуляції апетиту), Ципрогептадин і Метоклопрамід можуть зменшити анорексію, але не впливають на метаболічні причини кахексії. Прогестогени можуть виявити анаболічний ефект, збільшити масу тіла, але їхній вплив на виживання не встановлений.	приймати їжу, але не наполягати, оскільки організм може бути не в змозі впоратися з нею, і почнеться блювання. • Годувати хворого часто маленькими порціями; готувати їжу, яка подобається хворому. • Не готувати їжу біля хворого. • Враховувати, що в міру прогресування захворювання хворий буде їсти усе менше. Харчові добавки, спрямовані на підтримку або підвищення калорійності, посилаючи звичайну їжу цукром або вершками, можна допомогти досягти цього. Харчові добавки містять більшою мірою білки і вуглеводи; вибір між різними препаратами залежить від смаку пацієнта. Використання мультивітамінних добавок не завдасть ніякої шкоди і може сприйматися пацієнтом та його родиною.
---	---	---

Навчання членів родини і соціального працівника догляду за хворим вдома

Навчіть членів родини або соціального працівника як справлятися з різними симптомами	За одну зустріч розповідайте про декілька симптомів або навчайте декільком прийомам. У першу чергу розповідайте про симптоми і навчайте прийомам, які актуальні в цьому випадку. Наочно продемонструйте, як правильно проводити комплекс лікувальної фізкультури, або як правильно набрати точну дозу рідкого лікарського препарату. Перевірте рівень набутих знань і навичок. Для цього попросіть продемонструвати будь-який прийом або
--	--

	поставте запитання на розуміння матеріалу. Запропонуйте звертатися до вас за консультацією, якщо виникнуть будь-які питання або труднощі. Переконайтеся, що родичі знають, куди і до кого звертатися по допомогу. Розповідайте, які можливості існують щодо догляду за хворим у випадку, коли вони відмовляться від догляду вдома.
Порадьте додаткові прийоми для полегшення болю	Психологічна підтримка. Фізичні методи: масаж (розтирання, погойдування, вібрація); холод або тепло; глибоке дихання. Психологічні методи: відволікання уваги, музика, медитація. Молитва (поважайте релігійні почуття хворого).

Особливості надання паліативної допомоги дітям, хворим на ВІЛ-інфекцію, та їх близьким

Протягом останніх років епідеміологія ВІЛ-інфекції в педіатрії значно змінилася. Це відбулося у результаті багатьох факторів, включаючи розвиток АРТ в лікуванні ВІЛ-інфекції.

Надання ПД дітям з ВІЛ і їх родинам є комплексним і професійно складним завданням. Діти на різних стадіях розвитку мають різні потреби і труднощі, зокрема при прийомі ліків, і в основному для виконання цього завдання вони покладаються на дорослих, які за ними доглядають. При розробці стратегії ПД дитині необхідно враховувати по-перше: вік, а по-друге: брати до уваги як потреби дитини, так і того, хто за ним доглядає. Дуже важливо, чи знає сама дитина про діагноз. Якщо так, то наскільки точно вона розуміє мету терапії і допомоги, що надається взагалі. Наскільки вона залучена до процесу обговорення проблем. Модель сімейного догляду допомагає впоратися з такими проблемами.

Рекомендації з догляду за ВІЛ-інфікованими дітьми

Навчіть членів родини або соціального працівника як доглядати за ВІЛ-інфікованими дітьми	До догляду за ВІЛ-позитивною дитиною залучаються люди, що не мають не тільки гострих (наприклад, ГРВІ), й хронічних інфекційних захворювань. Марлеві маски необхідно надівати всім дорослим, що надають ПД дитині, бо вона дуже чутлива навіть до умовно патогенних мікроорганізмів. Неприпустимо використовувати одночасно ті ж самі соски і пляшки для декількох дітей. Краще не привчати дітей до сосок. А якщо вони використовуються, необхідно пам'ятати, що соска, яка впала на підлогу або побувала в роті іншої дитини, підлягає кип'ятінню. Соска повинна бути предметом індивідуального користування. Дрібні ушкодження шкіри як у людини, що здійснює нагляд, так і у дитини необхідно заклеювати водонепроникним пластиром, щоб уникнути обміну
--	---

	збудниками інфекцій. Ефективні засоби для знешкодження ВІЛ: • 3-процентний розчин перекису водню; • 72-процентний розчин етилового спирту; При наданні ПД ВІЛ-інфікованим дітям необхідно дотримуватися протиепідемічного режиму згідно з наказом МОЗ України від 29.11.2002р. № 448. Як для немовлят, так і для старших дітей обов'язковий щоденний туалет: обробка шкірних складок, вух, очей, носа, догляд за шкірою голови.
Щоденний догляд	Немовлятам і маленьким дітям з ВІЛ-інфекцією життєво необхідний щоденний масаж. Якщо шкіра дитини неушкоджена, дотик, навіть такий активний, як при масажі, безпечний. Правила при такому масажі нічим не відрізняються від звичайних: шкіра дитини і руки масажуючого дорослого повинні бути неушкодженими (без висипки, саден і гнояків). • Повноцінно годуйте дитину. • Організуйте прогулянки, рух, фізичні вправи на свіжому повітрі. • Подбайте, щоб дитина багато спала і відпочивала. • Частіше розмовляйте, грайтеся з дитиною. • Вчасно і правильно давайте призначені ліки. Уважно спостерігайте за дитиною і повідомте лікаря, якщо виявите наступні ознаки захворювання: • підвищення температури; • кашель; • швидке або затруднене дихання; • втрата апетиту, • кров у виділеннях; • понос; • блювання. Процедури для загартовування не рекомендуються, але профілактичні заходи в період підвищеного ризику розвитку застудних захворювань та інфекцій необхідно вживати.
Спілкування зі свійськими тваринами	Спілкування зі свійськими тваринами впливає цілюще, однак може бути небезпечним через зараження мікробами, найпростішими і глистами при недотриманні правил гігієни.
Харчування	Дитині необхідне повноцінне харчування з багатим вмістом білків, вуглеводів, інших поживних речовин; овочі і фрукти. Харчування кожної дитини має свої індивідуальні особливості залежно від віку, стану її здоров'я і

	особистих смаків (з якими потрібно рахуватися). • Використовуйте для пиття тільки кип'ячену воду. Молоко - тільки пастеризоване або кип'ячене. • Ретельно мийте сирі фрукти і овочі спеціальною щіточкою. Ретельно очищайте шкірку з сирих овочів, фрукти ошпарюйте окропом. • Не давайте дитині овочі і фрукти зі слідами гнилі або цвілі. Те саме стосується хліба і сиру (недостатньо лише зрізати цвілу кірку). • М'ясо і рибу піддавайте ретельній термічній обробці. М'ясо повинно бути добре провареним або прожареним і не мати слідів сирової крові (рожевих кольорів усередині). • Заморожені продукти розморожуйте на нижній полиці холодильника або в мікрохвильовій печі. Не можна повторно заморожувати відталий продукт! • Не годуйте дитину сирими яйцями - краще варити їх круто або зробити омлет. Не давайте страви, куди входять сирі яйця в процесі готування (наприклад, домашній майонез, домашнє морозиво, «гоголь-моголь» та інші, які можуть здаватися безпечними).
Діарея у дитини	Чим молодше дитина, тим небезпечніше для неї зневоднювання організму, що відбувається в результаті проносу. Допомагають зупинити діарею рис, манна каша, білі сухарі, крекери, зварені круто яйця, желе, банани, картопляне пюре, йогурт. Не рекомендуються сирі овочі й фрукти, горіхи, хліб з висівками.
При кишкових кольках і накопиченні газів у кишечнику	Не давайте горох, квасолу, боби, капусту, газовані напої, жуйку.
Нудота	Годуйте дитину потроху, але часто. Уникайте солодкої їжі і солодких напоїв. Уникайте жирного і смаженого. Давайте пити дитині за півгодини-годину до їжі або через півгодини-годину після; не варто запивати їжу. Після їжі не кладіть дитину хоча б дві години. Якщо необхідно лягти, голова має бути вище ніж не менш ніж на 10 см.
Коли важко або боляче ковтати	Годуйте дитину кремоподібними продуктами - картопляним пюре, манною кашею, йогуртом, розім'ятим бананом, протертим сиром. Усе, що можна, подрібнюйте в міксері або нарізайте дрібними шматочками.

	Ніжна консистенція дитячого харчування цілком підходить і старшим дітям. Якщо їжа напіврідка, годуйте не ложкою, а через соломинку. Щоб легше було ковтати, допоможіть дитині, злегка закиньте голову назад. Будьте з нею поруч. Уникайте гострого і гарячого; краще прохолодні їжа і напої. Кислі фрукти і овочі - апельсини, грейпфрути, томати - дратують порожнину рота і горло, тимчасово відмовтеся від них. Не можна годувати дитину насильно, тим більше при високій температурі тіла, але давати пити малими порціями необхідно (одна чайна або одна столова ложка підкисленої кип'яченої води кожні 10 - 15 хвилин).
Перша (долікарняна) допомога	Майте під рукою: • 3-процентний розчин перекису водню; • 2,5-5-процентний розчин йоду; • бактерицидний пластир; • вату, бинт; • палички з ватою; • стерильні марлеві серветки; • латексні рукавички; • чисті ганчірки.

Рекомендації з питань надання ПД споживачам ін'єкційних наркотиків, хворим на ВІЛ-інфекцію

Наркотичні знеболювальні препарати можуть і повинні застосовуватися в медичному компоненті ПД для полегшення і усунення болю у пацієнтів з ВІЛ-інфекцією, що мають в анамнезі тривале вживання наркотиків.

У багатьох СІН, що живуть з ВІЛ, після діагностики захворювання, що становить загрозу для життя, різкого зниження вживання наркотичних речовин не спостерігається. Це чітко проявляється в тих випадках, коли люди тривалий строк вживають психотропні речовини та знаходяться в складних життєвих обставинах. У таких випадках перша діагностика захворювання, що становить загрозу для життя, часто відбувається за кілька місяців або тижнів перед смертю. Відповідно, період надання паліативної допомоги для таких людей дуже короткий, можливість допомогти розв'язати майбутні проблеми мінімальна.

Медичний компонент ПД (зняття болю) для ВІЛ-інфікованих СІН

При вирішенні питання про призначення адекватної програми фармакологічного впливу з метою зняття болю для ВІЛ-інфікованих, що вживають наркотики або мають в анамнезі такі дані, доцільно опиратися на

класифікацію аналгетиків залежно від важкості болю, запропоновану експертами ВООЗ. Такий підхід припускає вибір аналгетиків залежно від природи больового синдрому (наприклад, неврологічний або соматичний біль).

Для полегшення і усунення болю при ВІЛ-інфекції в СІН у діапазоні інтенсивності від легких до середньої важкості рекомендується призначати як ненаркотичні аналгетики (НПЗЗ і ацетамінофен), так і опіюїдні анальгетики.

При персистуючому болю, а також при болю у діапазоні інтенсивності від середньої тяжкості до важкої варто застосовувати опіюїдні аналгетики. Допоміжні засоби (наприклад, проносні і психостимулюючі препарати) можуть бути корисними не тільки в профілактиці, й в усуненні побічних ефектів опіюїдів (запорів й седативної дії). У комбінації з опіюїдами й НПЗЗ на всіх рівнях аналгезії цілком можуть бути застосовні допоміжні аналгетики, наприклад засоби з груп антидепресантів і протисудомних препаратів, але особливу користь ці препарати можуть мати при використанні їх з метою полегшення і усунення неврологічного болю. Оптимальна тактика полегшення і усунення болю заснована на мультимодальному і багатопрофільному підході: вона включає як фармакологічні, так і нефармакологічні методи впливу.

Для полегшення і усунення сильного болю часто потрібні наркотичні анальгетики, і ці препарати можна призначати таким хворим, опираючись на цей протокол. Необхідно уникати в/в і в/м ін'єкцій: призначати лікарські препарати внутрішньо або ректально.

Наркотичні аналгетики, застосовувані для полегшення і усунення болю від легкого до середньоважкого при ВІЛ-інфекції у СІН:

Легкий або помірний біль		
Наркотичні аналгетики	Трамадол тривалої дії 100 — 200 мг внутрішньо кожні 8 — 12 год. Бупренорфін сублінгвально по 0,2 мг. Максимальна добова доза 3,0 мг. Побічні ефекти менш виражені, ніж у морфіну. При добрій ефективності і переносимості може застосовуватися місяцями.	
Виражений, сильний біль		
Наркотичні аналгетики	Трамадол тривалої дії 100 — 200 мг внутрішньо кожні 8 — 12 год.	
	Бупренорфін сублінгвально по 0,2 мг. Максимальна добова доза 3,0 мг. Побічні ефекти	Доза залежить від інтенсивності болю; обмежень щодо максимальної добової

	менш виражені, ніж у морфіну. При добрій ефективності і переносимості може застосовуватися місяцями. Морфін (промедол, омнопон) для прийому внутрішньо, 5 мг (морфіну) кожні 4 години, <i>закапати в рот або ввести ректально</i> шприцом (без голки). Якщо біль зберігається через 24 години, дозу можна збільшити в 1,5 - 2 рази.	дози немає, але необхідно стежити за диханням: тимчасово відмінити препарат, якщо частота дихання менше 8 на хвилину. На період лікування опіоїдами призначити проносні.
--	--	---

Соціально-психологічна і духовна підтримка при ВІЛ-інфекції

ВІЛ-інфекція належить до захворювань з тривалим перебігом. Безсумнівні успіхи АРТ дозволяють продовжити період активної життєдіяльності пацієнтів, знизити ризик виникнення важких опортуністичних інфекцій, таких як цитомегаловірусний ретиніт, пневмоцистна пневмонія, мікобактеріальна інфекція та інших, підвищити якість їхнього життя. Однак, незважаючи на очевидні досягнення останніх років, ВІЛ-інфекція, як і раніше, належить до захворювань з несприятливим прогнозом, оскільки вилікування поки що неможливе.

Епідемія ВІЛ-інфекції призвела до появи в суспільстві упередження стосовно інфікованих людей. У результаті стигматизації відбувається зниження соціального статусу людини, що заразилася.

Серед порушень прав ВІЛ-інфікованих найчастіше відзначається недотримання конфіденційності, дискримінація при наданні медичних послуг, а також недотримання чинного законодавства при обстеженні на антитіла до ВІЛ.

ВІЛ-інфекція впливає на всі основні сторони життя людини, яка заразилася, і призводить до зміни фізичному стану. ВІЛ-інфекція впливає також на особистість пацієнтів: змінює їхню самооцінку, самоповагу, упевненість у собі. ВІЛ-інфіковані пацієнти постійно знаходяться у стресі. Це проявляється у спілкуванні, відчуженні. У багатьох пацієнтів спостерігається зміна настрою, пригніченість, уразливість, посилюється відчуття соціальної меншовартості. Їхній психологічний стан багато в чому обумовлюється наявністю нерозв'язного конфлікту між правом на життя і наявністю невиліковного захворювання. Зрештою ВІЛ-інфекція змінює самосвідомість людей. Крім змін у стосунках з оточуючими, одним з можливих наслідків ВІЛ-інфекції є зниження ефективності діяльності та подальшого розвитку особистості.

Одночасно з розвитком соціально-психологічних наслідків ВІЛ-інфекції відбувається пристосовування ВІЛ-інфікованих до нових умов життя –

соціально-психологічна адаптація. Усвідомлення інфікованими людьми своєї нової життєвої ситуації відбувається в безперервній взаємодії з оточуючими.

Соціальна, психологічна і духовна підтримка ВІЛ-інфікованим має надаватися в рамках ПП, особливо в ті періоди, коли вони найбільше психологічно уразливі.

Період встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.

Встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції є надзвичайно важким стресовим фактором і призводить до психічної травми. У цей період пацієнти особливо психологічно уразливі. При цьому соматичний стан пацієнтів у період встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції часто можна кваліфікувати як задовільний. На перший план виступають емоційні переживання, що призводять до підвищення ризику розвитку різних форм суїцидальної поведінки.

У цей час пацієнти відчувають тривогу (через порушення конфіденційності, неможливість будь-що змінити), страх (зараження близьких, смерті), побоювання (з приводу доступності лікування). Їм властиве почуття втрати (планів на майбутнє, становища в суспільстві, фінансової стабільності й незалежності, фізичної привабливості), сум (із приводу втрат), провини (стосовно людей, яких вони могли заразити), докори сумління (через поведінку, яка призвела до інфікування), а також агресивність (відносно передбачуваного джерела інфікування). Агресивність стосовно передбачуваного джерела інфікування є психологічно зрозумілою й непатологічною реакцією на психічну травму, пов'язану з виявленням факту інфікованості ВІЛ.

У середньому людині потрібно приблизно 6 місяців для того, щоб звикнути з думкою про ВІЛ-інфекцію. У цей час майже кожен п'ятий з тих, кому встановили діагноз ВІЛ-інфекції, думає про самогубство. От чому так важливо всім членам МДК консультувати пацієнтів з питань профілактики і попередження суїцидальних намірів.

Метою консультування пацієнта в період встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції є: профілактика самогубств, надання психологічної підтримки, профілактика передачі ВІЛ.

Завдання МДК на етапі встановлення діагнозу - допомогти пацієнтові опанувати ситуацією, тобто надати необхідну інформацію про захворювання, допомогти побачити перспективу, змінити неправильні уявлення, познайомити з досвідом людей, що живуть із ВІЛ, хто успішно пережив цей період.

Період прогресування захворювання.

Закономірності перебігу ВІЛ-інфекції такі, що рано або пізно настає етап прогресування захворювання. З цим пов'язано настання другого критичного періоду, коли знову підвищується психологічна уразливість пацієнтів і зростає потреба в багатопротильній соціальній, психологічній і духовній підтримці. Цей період за часом збігається з етапом появи в клінічній картині ВІЛ-інфекції опортуністичних інфекцій, змін у житті пацієнта, пов'язаних з початком АРТ.

Зміна соматичного стану пацієнтів призводить до зміни їхньої психічної адаптації. При цьому зростає роль соціально-психологічного супроводу лікувально-діагностичних заходів. Особливе місце в цей період займає консультування щодо призначення АРТ.

Завдання МДК на цьому етапі розвитку захворювання такі: надання психологічної підтримки (зниження тривоги, підтримка відчуття психологічної захищеності), надання інформації про індивідуальні особливості перебігу ВІЛ-інфекції, профілактика агресивної поведінки, профілактика передачі ВІЛ. Значимість соціальної, психологічної і духовної допомоги, яка надається представниками неурядових організацій, людей, що живуть із ВІЛ, у цей період зростає.

Термінальна стадія захворювання.

Потреба в соціальній, психологічній і духовній допомозі знову зростає, коли ВІЛ-інфекція переходить у термінальну стадію. Досвід консультування пацієнтів в цей період показує, що, незважаючи на наявні порушення пам'яті, уповільнення темпу протікання психічних процесів, звуження об'єму слухомовного сприйняття, слабкість суджень та висновків, труднощі при встановленні причинно-наслідкових зв'язків, виснажливість, приблизно третина пацієнтів зберігають болісні переживання з приводу швидкої смерті. Вони потребують допомоги, яку можуть отримати у вигляді консультування, послуг з догляду, духовної підтримки. Особливості консультативної ситуації на цьому етапі – наявність закономірних поведінкових реакцій, пов'язаних з помиранням.

Хоча людина і знає про свою приреченість, але у власну смерть по-справжньому не вірить і не усвідомлює її неминучості. Зіткнувшись зі смертю інших людей або сама, опинившись у смертельній ситуації, людина відчуває страх і тривогу.

Соціально-психологічна і духовна допомога, що надається в рамках ПП на термінальній стадії захворювання, є доступним і необхідним способом зробити процес помирання пацієнтів психологічно менш травмуючим, а тому цивілізованішим. Обсяг допомоги, яка надається МДК родичам пацієнтів у термінальній стадії, на цьому етапі збільшується. Обов'язкова участь представників неурядових організацій, людей, що живуть із ВІЛ, і священнослужителів, роль яких у цей період незамінна.

Психологічні аспекти надання паліативної допомоги хворому, що помирає.

Підготовка до смерті. Планування заходів і підготовка до смерті на останніх стадіях ВІЛ-інфекції є важливою частиною ПД. На цьому етапі розглядаються наступні аспекти: вирішуються фінансові і юридичні питання, включаючи заповіт і право успадкування; враховуються побажання, що стосуються організації догляду і останніх хвилин життя, а також заходів, які варто провести після смерті, включаючи вибір похорону або кремації. Для багатьох СІН, що живуть на вулиці, процес планування не має будь-якого значення. У той же час не можна думати, що в людини немає ніякої потреби в плануванні й підготовці до смерті. Так само як і при організації ПД в інших ситуаціях, до кожної людини потрібен індивідуальний підхід, а при розробці адекватного плану повинні враховуватися його життєві обставини, побажання й можливості.

Рекомендації:

Якщо в людини є проблеми з поведінкою, психіатричний діагноз або просто його життя сильно дезорганізоване, йому знадобиться значна допомога в плануванні, а можливо, необхідно запросити адвоката або опікуна.

Багато СІН вже давно втратили контакти з родиною й зовсім не зацікавлені в їх відновленні. МДК під час підготовки пацієнта до смерті слід заохочувати його зв'язатися з родичами. З іншого боку, бувають ситуації, коли сімейні відносини не зовсім втрачені, і тоді пацієнт і родичі можуть встановити тісніший контакт. Важливо визначити, кого при цьому пацієнт вважає своєю родиною. У МДК може виникнути конфлікт з приводу визначення поняття «родина». Наприклад, людина може вважати родиною іншу особу з якою вони спільно вживали наркотичні речовини.

Прийняття етичних рішень. Поняття етики є фундаментальним при вирішенні будь-яких питань. Етичні рішення приймаються в процесі всебічного виваження людських цінностей, прав і відповідальності. Етичні міркування можуть бути практичними і принциповими. Роздуми над принципами вимагають чітко зрозуміти всі аргументи, точки зору і погляди на проблему й поставитися до них критично.

Схема прийняття етичних рішень.

Цей підхід дає можливість членам МДК, пацієнтам, їхнім родичам та іншим людям, що мають відношення до конкретного випадку, спільно прийняти найкраще з можливих етичних рішень.

Метод охоплює і дозволяє проаналізувати чотири аспекти:

- медичні показання;
- переваги пацієнта;
- якість життя;
- ситуаційні характеристики (наявні ресурси, юридичні питання та ін.).

Список використаної літератури

1. Программа сочувственного ухода, Гарриет Лейн, Детский центр Джонса Хопкинса.
2. Документы адаптированные Американским международным союзом здравоохранения (АМСЗ) при поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США). В их основе лежат следующие материалы:
 - комплект «Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе. Учебный курс и материалы для преподавателей», разработанный Центром обучения паллиативной помощи;
 - Протоколы Всемирной организации здравоохранения для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе;
 - модуль «Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции», разработанный Всемирной сетью образования и сертификации по ВИЧ-медицине (ГАЛЕН).
3. Документы, входящие в Библиотеку по СПИДу Инфосети «Здоровье Евразии» (www.eurasiahealth.org/aids/eaknl).
4. 'Treating pain in patients with AIDS and a history of substance use' Yael Swica, William Breitbart West J Med 176(1):33–39, 2002. © 2002 BMJ Publishing Group. Перевод осуществлен организацией «СПИД Фонд Восток-Запад» (AIDS Foundation East-West — AFEW).
5. Вейн А.М., Авруцкий М.Я. Боль и обезболивание. - М.,1997. - 280С.2.
6. Гершанович М.Л., Пайкин М.Д. Симптоматическое лечение при злокачественных новообразованиях. -М.:М., 1986. -288С
7. Исакова М.Е. и соавт. Лечение болевого синдрома у онкологических больных. -М.:М., 1994.
8. Лоуренс Д.Р., Бенитт П.Н. Клиническая фармакология. -М.:М., 1991. Т.2. -С.6-56.
9. Обезболивание при раке // ВОЗ. - Женева. 1994.
10. Опухолевые боли - поэтапная схема ВОЗ. // Pharmedicum. -1995. Vol.1. -Р.9-11.
11. Осипова Н.А., Петрова В.В. и соавт. Синтетические анальгетики в онкохирургии. М. -1997. -С.24.
12. Осипова Н.А., Новиков Г.А. и соавт. // Паллиативная медицина и реабилитация. - 1997, №1. -С.31-42.
13. Селеев В.Н. // Паллиативная медицина и реабилитация. - 1997, №6. -С.31-32.
14. Аринова А.А. // Анестезиология и реаниматология. – 1994, №4.С.9-118.

15. Кузнецова О. Ю., Еремина Э. Э. // Актуальные проблемы лекарственного обезболивания. – Л.,1998г. – С. 74-78.
16. Костюченко А. Л. // Внутривенный наркоз и антинаркотики. С. – Петербург 1998г. С. 12-165
17. Обезболивание при раке . ВОЗ. Женева 1998г.
18. Авруцкий М. Я. // Морадол /буторфанол-тарtrat/ в анестезиологии. – М.. 1990г. С. 12-80.
19. Игнатов Ю. Д. // Акупунктурная анальгезия. – Л.,1990г. С.159-182.
20. Зайцев А. А. // Фармакология болеутоляющих средств в эксперименте и клинике.- Л., 1991г. – С. –69-95
21. Ярема И. В. // Эндолимфатическая анальгезия.- М.. 1995г. – С.3-120.
22. Консультирование при ВИЧ-инфекции. Пособие для врачей различных специальностей. Москва. 2003 г