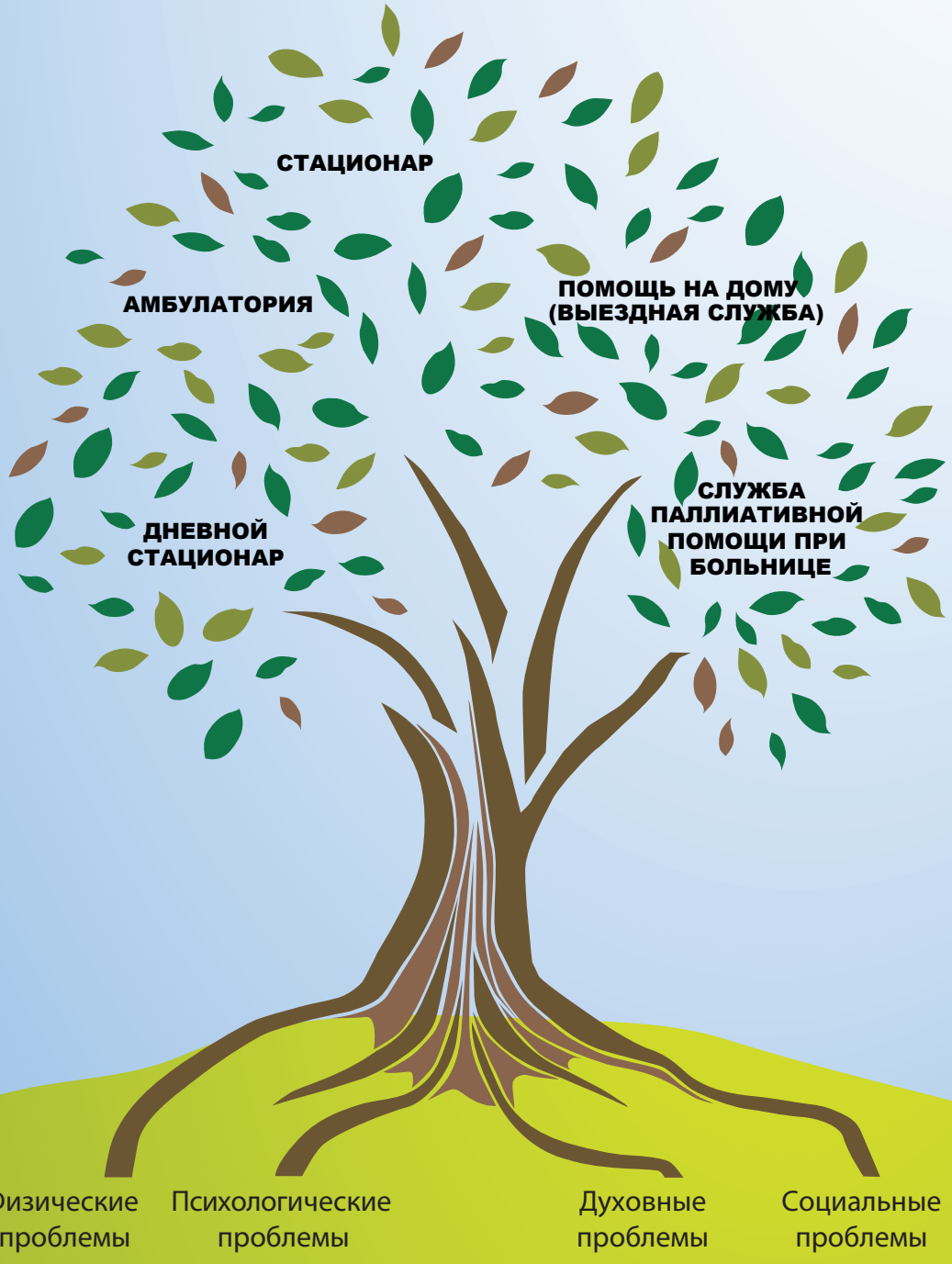


Пособие по паллиативной медицине

Развитие паллиативной помощи в районах с ограниченными ресурсами

THE WORLDWIDE PALLIATIVE CARE ALLIANCE
Advancing hospice and palliative care

help the hospices

Об организации «Помоги хосписам» (Help the Hospices)

«Помоги хосписам» – это национальная благотворительная организация, созданная для поддержки хосписного движения в Великобритании. Кроме того, мы участвуем в оказании помощи хосписным службам по всему миру, особенно в странах с ограниченными ресурсами. Вся наша деятельность направлена на то, чтобы внести реальные изменения в оказание помощи пациентам и их родным и близким.

О Всемирном союзе паллиативной медицины (Worldwide Palliative Care Alliance)

Всемирный союз паллиативной медицины – это сеть национальных и региональных хосписов и служб паллиативной медицины по всему миру. Деятельность Союза направлена на поддержку развития хосписов и служб паллиативной медицины по всему миру.
Перспектива – мир, в котором повсеместно доступна высококачественная паллиативная медицина.
Миссия – содействовать повсеместному развитию доступной высококачественной паллиативной медицины путем поддержки региональных и национальных хосписов и организаций, оказывающих паллиативную помощь.

Несмотря на то, что при составлении пособия уделялось большое внимание точности представленной информации, данное издание носит общий характер, и организация “Помоги хосписам” не может взять на себя юридическую ответственность за возможные ошибки или упущения. Издатели и авторы не делают заявлений, в явном или неявном виде, относительно точности информации, содержащейся в данной публикации. Мнения, высказанные в данном издании могут не совпадать с мнением организации “Помоги хосписам”. В каждой конкретной ситуации следует всегда обращаться к професионалам за конкретными рекомендациями.

Материалы данного пособия могут быть воспрозведены для некоммерческого использования хосписами, другими организациями паллиативной помощи и работниками здравоохранения, для чего было испрошено и получено соответствующее разрешение, касающееся авторских прав. Копирование пособия в иных целях без письменного разрешения организации “Помоги хосписам” строго запрещено.

Права Чарли Бонда, Вики Лэви и Рут Вулдридж как авторов данной работы были подтверждены ими в соответствие с Актом 1988 г. Об авторских правах, дизайнах и патентах.

© 2008 Charlie Bond, Vicky Lavy and Ruth Wooldridge

ISBN: 978-1-871978-71-1

Published 2008 by Help the Hospices. Registered Charity in England and Wales, Help the Hospices No. 1014851. Company Limited by Guarantee registered in England No. 2751549. Registered office: Hospice House, 34-44 Britannia Street, London, WC1X 9JG, UK.

© 2008 Перевод книги на русский язык сделан в С.-Петербурге О.К. Очкур OKukaine@gmail.com
Редактирование Е.Ю. Петровой
Перевод осуществлен при поддержке
St.-Petersburg Healthcare Trust и Межрегиональной Ассоциации паллиативной медицины.

Об авторах

Д-р Вики Лэви на протяжении 10 лет жила и работала в Малави. В этот период она участвовала в организации Службы паллиативной помощи детям (Umodzi) и инициировала национальную программу обучения в области паллиативной медицины. В настоящее время д-р Лэви работает в хосписе для детей и молодых людей в Великобритании (Helen and Douglas House Hospice for children and young adults, UK)

Д-р Чарли Бонд работает консультантом в хосписе Северна (Великобритания) и проявляет активный интерес к оказанию паллиативной помощи в районах с ограниченными ресурсами. Д-р Бонд имеет большой опыт работы в Африке и участвовал в программах обучения паллиативной медицине в Малави, Сьерра-Леоне и Китае.

Рут Вулдридж, медицинская сестра со специализацией по паллиативной медицине, жила и работала в Индии и Кении. Она является соучредителем службы паллиативной помощи CanSupport в Дели и Хосписа Найроби. Рут Вулдридж – член Международной консультативной группы по вопросам паллиативной медицины при организации “Помоги хосписам”. В настоящее время участвует в организации службы паллиативной помощи в Руанде.

Благодарность

Мы благодарны всем, кто читал материалы данного пособия и помогал нам своими комментариями в процессе его подготовки:

Д-р Джейн Бейтс, Малави
Дениз Брэди, Великобритания
Д-р Мэри Банн, Малави
Д-р Наталья Карафизи, Молдова
Д-р Брюс Клеминсон, Великобритания
Д-р Карилин Коллинз, Танзания
Д-р Генри Ддунгу, Уганда
Лилиана Де Лима, США
Оливия Дикс, Великобритания
Д-р Эстер Дункан, Киргизстан
Клер Фитцгиббон, Великобритания
Д-р Кэти Фоли, США
Д-р Риина Джордж, Индия
Суав Гомбва, Малави
Кэролин Грин, Великобритания
Кимберли Грин, Вьетнам
Проф. Вирджиния Гамли, Пакистан
Хармала Гупта, Индия
Д-р Лиз Гвайтер, Южная Африка
Карла Хорн, Южная Африка
Дженни Хант, Зимбабве
Эврил Джексон, Великобритания
Д-р Суреш Кумар, Индия
Д-р Мойра Ленг, Великобритания
Джессика Макриелл, Малави
Терри Маги, Великобритания
Камала Моктан, Непал
Проф. Лиз Молине, Малави
Тадео О.Т МакОсано, Малави
Д-р Нигел Пирсон, Великобритания
Кэролин Роуз, Уганда
Д-р Сани Сесэй, Гамбия
Д-р Найджел Сайкс, Великобритания
Ламек Тамбо, Малави
Мерилин Трауготт, Южная Африка/США
Д-р Читра Венкатесваран, Индия
Д-р Дебора Уоткинсон, Великобритания
Д-р Би Ви, Великобритания
Д-р Роберто Венк, Аргентина

Фотографии:

Институт паллиативной медицины (Керала, Индия) (с.1, 15, 17)
Международная организация “Здоровье семьи”, Вьетнам (с. 13, 23)
Международная организация “Здоровье семьи”, Камбоджа (с. 58)
Клиника Умодзи (“Единство”), Малави (с. 4, 53, 55, 59)
Ассоциация паллиативной медицины Малави, Малави (с. 60, 61)
Служба CanSupport, Индия (с. 5)
Грейс Хоспис, Монголия (с. 51)
Шепердс Хоспис, Сьерра Леоне. Фотограф – Чарли Кокс (с. 25)
Приход Кьера, Кения (с. 7)

Содержание

страница

Список сокращений III

Введение IV

Глава 1: Что такое “паллиативная медицина”? 1

Глава 2: Вы можете организовать паллиативную помощь в местных условиях 5
Максимальное использование местных ресурсов
Разные модели паллиативной помощи

Глава 3: Вы можете создать команду 13
Работа единой командой
Подготовка
Забота о тех, кто заботится о других

Глава 4: Вы можете разговаривать на трудные темы 17
Навыки общения
Сообщение дурных новостей
Духовная поддержка
Переживание тяжелой утраты

Глава 5: Вы можете держать под контролем боль и другие симптомы 23
Обезболивание
Руководство по симптоматическому лечению “с головы до ног”
Уход за умирающим пациентом
Когда пациент не может принимать лекарство перорально

Глава 6: Вы можете помочь детям и членам семьи 53
Общение с детьми
Поддержка членов семьи
Боль и симптоматическое лечение

Глава 7: Вы можете рассказать другим 59
Пропагандистские листовки
Пропаганда на разных уровнях

Материалы для практического использования
Практические материалы
Пропагандистские материалы
Сведения о препаратах
Дополнительные ресурсы

Форма обратной связи

Список сокращений

ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ТБ	Туберкулез
АРВП/АРВС	Антиретровирусный препарат/антиретровирусное средство
АРВТ	Антиретровирусная терапия
НПВП	Нестероидный противовоспалительный препарат
НВ	Нормальное выведение
МВ	Модифицированное выведение
НПО	Неправительственная организация

Введение

Потребность в широкой сети служб паллиативной медицины в наши дни велика, как никогда. Заболеваемость раком растет по всему миру, и в странах с ограниченными ресурсами паллиативная медицина часто является основной формой помощи. ВИЧ поражает – прямо или косвенно -- практически все сообщества в Африке и все чаще встречается в других частях света. Во многих странах растет процент пожилых людей, вследствие чего увеличивается потребность в постоянной помощи людям с прогрессирующими и неизлечимыми заболеваниями.

> “Это касается каждого на планете. Мы все хотели бы, чтобы наша жизнь и жизнь тех, кого мы любим, завершалась гармонично и спокойно”.
>
> Архиепископ Десмонд Туту
> 2005

Основное симптоматическое лечение и целостная поддержка не требуют ни больших затрат, ни узкоспециализированного персонала, но все же такой подход отсутствует даже там, где существуют структуры здравоохранения и службы помощи на дому. Отчасти причиной тому – недостаточные поставки лекарственных препаратов, но не менее важная причина – отсутствие понимания сути паллиативной медицины среди работников здравоохранения на всех уровнях, недостаток навыков общения и знаний, касающихся методов симптоматического лечения. Общество и работники здравоохранения совершенно теряются при встрече с потребностями в паллиативной помощи, удовлетворить которые они не в состоянии.

Настоящее пособие написано с целью оказать помощь работникам здравоохранения стран с ограниченными ресурсами в том, чтобы интегрировать паллиативную медицину в сферу медицинской деятельности путем добавления отсутствующих элементов помощи к уже существующим. Нам важен активный подход, показывающий, что базовую качественную паллиативную помощь можно оказывать в местных социальных условиях и в рамках существующих структур здравоохранения. Эту помощь могут оказывать люди, не имеющие узкой специализации и многие члены сообщества. Руководство по симптоматическому лечению содержит рекомендации волонтерам и тем, кто ухаживает за пациентом, а также сведения о лекарственной терапии. Уделяется внимание навыкам общения, психологической и духовной поддержке с учетом особых потребностей у детей. Набор практических материалов включает формы регистрации, анамнеза и записи текущих данных пациента, пропагандистский материал, учебные средства и список основных лекарственных препаратов.

Настоящим пособием могут пользоваться

- Медсестры
- Сотрудники служб помощи на дому
- Социальные работники
- Духовные наставники
- Врачи
- Руководители программ
- Сотрудники, работающие с детьми
- Волонтеры
- Традиционные целители
- Психологи
- Фармацевты
- Сотрудники, оказывающие поддержку членам семьи

…а также любой человек, который захочет узнать о паллиативной медицине

Что такое паллиативная медицина?

Паллиативная медицина – это помощь людям, чья болезнь не поддается излечению, облегчающая их страдания и оказывающая этим людям поддержку в трудное для них время /жизни/.

Для чего нужна паллиативная медицина?

Для помощи людям, страдающим от:

- Рака
- ВИЧ-инфекции
- Прогрессирующих неврологических заболеваний
- Тяжелой почечной или сердечной недостаточности
- Конечной стадии легочных заболеваний
- Других жизнеограничивающих заболеваний

В чем особенность паллиативной медицины?

Целостный подход к проблеме

- Физические аспекты
- Психологические аспекты
- Социальные аспекты
- Духовные аспекты

Паллиативная медицина – это помощь не только умирающим, но и живущим

“Полните жизнью их дни, а не просто длите жизнь днями”

Паллиативная медицина существует наряду с другими программами и внутри других программ

Паллиативная медицина не знает слов «больше мы ничего не можем сделать»

Глава 1: Что такое паллиативная медицина?

Что такое паллиативная медицина?

Что мы делаем, когда больным не становится лучше? Во всем мире, даже в тех странах, где велико число работников здравоохранения, достаточно медикаментов и самое современное оборудование, есть пациенты, которых нельзя излечить. Можно ли как-то помочь этим людям? Ответ на этот вопрос и ищет паллиативная медицина. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) сформулировала определение паллиативной медицины (см. ниже). Возможно, для многих из нас это может быть новый термин, однако он просто означает заботу о людях с неизлечимыми заболеваниями, облегчение их страданий и поддержку их в трудное для них время. Большинство из нас, работников здравоохранения, проявляет подобную заботу и на работе, и в повседневной жизни, но не умеет справляться со многими проблемами, и потому чувствуют себя беспомощными и удрученными. Данное пособие составлено для того, чтобы помочь сделать нашу заботу более эффективной, обучившись простым навыкам и собрав воедино основную информацию для использования во благо больным, заболевания которых неизлечимы.

Для чего нам нужна паллиативная медицина?

Современная медицина нацелена, прежде всего, на лечение болезни с помощью медикаментов, хирургических вмешательств и других способов терапии. Далее, мы осознали, что профилактика еще эффективнее лечения, и стали принимать меры по охране здоровья населения, вакцинации и санитарному просвещению. Большинство служб здравоохранения разработаны для лечения и профилактики болезней, однако, работая в этих службах, многие из нас обнаружили, что существует серьезная потребность, которая остается без внимания, а именно: продолжающаяся помощь тем, кому не дано выздороветь.

Определение паллиативной медицины ВОЗ

Паллиативная медицина – это подход, направленный на улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, находящихся перед лицом жизнеугрожающего заболевания, путем предупреждения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, точной оценке и лечению боли и других проблем физического, психического, психосоциального и духовного характера.

http://www.who.int/cancer/palliative/definition



Потребность в паллиативной медицине огромна.

- В 2007 г. более семи миллионов человек умерли от рака[1].
- В 2007 г. два миллиона человек умерли от СПИДа[2].
- Более 70% онкологических больных или больных СПИДом испытывают сильную боль[3].
- В настоящее время тридцать три миллиона человек по всему миру ВИЧ-инфицированы.
- По разным оценкам, базовая паллиативная медицина может принести пользу 100 миллионам человек по всему миру[4].

Развитие паллиативной медицины и современное хосписное движение началось в Англии в 1960-х годах с оказания помощи онкологическим больным. Однако потребность в паллиативной медицине еще выше в странах с ограниченными ресурсами, так как излечение там зачастую невозможно из-за позднего обращения к врачу и ограниченных возможностей лечения. Эпидемия ВИЧ привлекла внимание к необходимости паллиативной медицины. Даже там, где доступна антиретровирусная терапия (АРТ), пациенты все еще страдают от тяжелых симптомов. Сознание того, что есть много больных, которым они не в силах помочь, может деморализующе действовать на работников здравоохранения.

Паллиативная медицина приносит пользу людям с различными заболеваниями. Она может помочь каждому пациенту с жизнеограничивающим заболеванием – молодому или старому, богатому или бедному, в больнице или на дому.

1 American Cancer Society (ACS). Global cancer facts and figures 2007. Atlanta: ACS; 2007.
2 UNAIDS/World Health Organization (WHO). AIDS epidemic update. Geneva: UNAIDS/WHO; December 2007.
3 National Hospice and Palliative Care Associations' 2nd global summit 2005. Korea declaration on hospice and palliative care [online]. Available from: http://www.worldday.org/documents/Korea_Declaration.doc [Accessed 9 January 2008].
4 Stjernswärd J and Clark D. Palliative medicine - a global perspective. In Doyle D, Hanks G, Cherny N and Calman K (eds). Oxford textbook of palliative medicine (3rd ed). Oxford: Oxford University Press; 2004.

Паллиативная медицина может помочь при

- ВИЧ-инфекции
- Раке
- Тяжелой почечной или сердечной недостаточности
- Конечной стадии легочных заболеваний
- Прогрессирующих неврологических заболеваниях
- Других жизнеограничивающих заболеваний

В чем особенность паллиативной медицины?

Работники здравоохранения имеют тенденцию сосредотачиваться на физических проблемах – болезни и лечении, тогда как паллиативная медицина признает, что человек – это не только тело. Наш интеллект, бодрость духа, наши чувства – все это составляющие нашей личности, так же как семья и сообщества, к которым мы принадлежим. Поэтому и трудности, с которыми сталкивается больной и его семья – это не только физические, но, возможно, и психологические, социальные и духовные проблемы. Иногда сложности, возникающие в одной области, могут обострить и другие проблемы (например, боли часто усиливаются, когда больной находится в тревожном или подавленном настроении). Только обращаясь ко всем составляющим личности, мы можем помочь человеку. Иными словами, речь идет о целостной помощи.

Целостный подход предполагает внимание к четырем группам проблем:

- Физические – симптомы (жалобы на недомогание), например: боль, кашель, усталость, жар
- Психологические – тревоги, страхи, печаль, гнев
- Социальные – потребности семьи, проблемы, связанные с пропитанием, работой, жильем и взаимоотношениями
- Духовные – вопросы о смысле жизни и смерти, потребность в спокойствии /гармонии и согласии/.

Представьте себе молодую женщину, мать троих детей. Она живет в нищем городке. Ее муж умер шесть месяцев назад, и соседи поговаривают, будто бы у него был СПИД. И вот она заболевает, теряет в весе, и ей страшно, что она тоже может умереть. Недавно у нее образовалась изъязвленная опухоль на ноге, которая лишает ее сна. В некоторые дни она едва может подняться с кровати, чтобы позаботиться о детях, а ее родители живут далеко от нее, в деревне. Домовладелец требует плату, но после смерти мужа женщина лишилась дохода. Соседи шепчутся о том, что на ее семье лежит проклятие, и она начинает думать, что, возможно так оно и есть – ведь она молила Бога помочь ей, но помощи не было.

О чем бы вы думали, будь вы этой женщиной?

Мы можем предположить, что болезнь далеко не единственная ее проблема. Возможно, более всего ее беспокоит, как прокормить семью или что станет с детьми, если она умрет. У нее нет никакой финансовой поддержки, она находится в изоляции и чувствует, что Бог оставил ее.

Паллиативная медицина занимается не только болезнями. Она обращает внимание на все проблемы, вызывающие наибольшее беспокойство у пациентов. В следующих главах мы рассмотрим пути оказания паллиативной помощи.

Паллиативная медицина заботится о жизни, а не только о помощи при умирании

Многие думают, что паллиативная медицина – это оказание помощи пациентам в последние несколько дней их жизни, но на самом деле – это облегчение страданий и повышение качества жизни с момента обнаружения неизлечимой болезни. Цель паллиативной медицины – не удлинять или укорачивать жизнь, но повышать ***качество жизни*** с тем, чтобы оставшееся ее время – будь то дни, месяцы или годы – было максимально спокойным и плодотворным.

“Полните жизнью их дни, а не просто длите жизнь днями.”

Хоспис Найроби 1988

Леди Сисели Сондерс, основательница хосписного движения, сказала:

“Вы значимы для нас уже самим фактом вашего существования. Вы значимы для нас до последнего мгновения вашей жизни, и мы делаем все возможное не только для того, чтобы вы достойно встретили смерть, но чтобы вы жили до самой смерти”

Паллиативная медицина работает наряду с другими программами и совместно с ними

Паллиативная медицина не заменяет другие формы помощи. Она может интегрироваться в существующие программы, и быть частью помощи, оказываемой каждому пациенту с жизнеограничивающими заболеваниями.

Многие программы помощи на дому очень хороши для поддержки пациентов, например, психологическое консультирование или программа практической помощи, но они не вполне подходят для помощи пациентам с физическими проблемами, такими, как боль и иные тягостные симптомы. Иногда сотрудники служб помощи на дому просто не знают, что можно сделать.

“Многовековые традиции сформировали представление о том, что человек должен умирать дома. Существовали и традиционные знания о том, как следует ухаживать за человеком в домашних условиях. Как ни печально, эти представления оказались ошибочными. Люди хотели умирать дома, однако в большинстве случаев они шли умирать домой там, где никто не знал, как ухаживать за ними, там, где не было никого, кто мог бы облегчить их симптомы. Членам семьи было очень трудно разговаривать с умирающим о том, что с ним происходит, о том, что это значит для семьи. Многое было окружено тайной.”

Марк Джекобсон, Танзания

Многие программы оказания медицинской помощи в стационаре, такие как антиретровирусная терапия (АРВТ), химиотерапия или лучевая терапия хороши для лечения болезни, но не очень помогают решать психосоциальные проблемы, такие как тревога, скорбь, изоляция и стигматизация.

Паллиативная медицина может интегрироваться в программы обоих типов,
чтобы они в результате смогли оказывать целостную помощь.

Симптоматическое лечение и обезболивание
+
Психосоциальная поддержка = Паллиативная медицина

В зависимости от конкретных обстоятельств, в которых находятся пациенты и от тяжести болезни, им могут понадобиться разнее виды помощи.

К моменту, когда человек впервые узнает, что его заболевание неизлечимо, он может
быть активным, работать, заниматься домашними делами, может проходить курс лечения, например, получать АРВТ или химиотерапию.
Паллиативная медицина должна начинаться наряду с другими видами лечения, обеспечивая облегчение тяжелых симптомов и побочных эффектов, и давая эмоциональную и духовную поддержку пациенту и его семье. Со временем потребности изменятся, например, понадобится дополнительное симптоматическое лечение. Какие-то виды лечения могут отменяться, поскольку не являются более эффективными, и самым важным оказывается целостный подход.
Даже и после смерти пациента паллиативная помощь может продолжаться, как поддержка семьи, друзей и детей в период переживания тяжелой утраты.

Паллиативная медицина не знает слов “больше мы ничего не можем сделать”

Как и у женщины, о которой рассказано выше, у многих пациентов с жизнеугрожающими заболеваниями возникает такое множество проблем, что у медицинских работников и у тех, кто ухаживает за больными, возникает чувство растерянности и беспомощности. Часто пациентов отправляют домой, говоря им, что возвращаться не нужно, потому что “больше мы ничего сделать не можем”, тогда как необходимо сосредоточиться на том, что мы можем сделать, а не опускать руки, считая, что ничего нельзя сделать.

- Мы не можем излечить неизлечимое, но можем держать под контролем многие симптомы, вызывающие страдания.
- Мы не можем избавить от горя утраты, но можем быть с теми, кто горюет, и разделять их скорбь.
- У нас нет готовых ответов на все, но мы можем выслушать все вопросы.

“Я помню самого первого пациента, которого направили ко мне, когда я организовал отделение паллиативной медицины в переполненной и плохо обеспеченной государственной больнице. Я вошел в боковую комнату детского отделения и увидел девочку-подростка, лежащую на тюфяке, истощенную, в полубессознательном состоянии, умирающую. В углу комнаты сидела ее бабушка. Мне захотелось убежать – я не видел, чем можно попытаться помочь в этой безнадежной ситуации. И все же я решил подумать о том, что можно сделать, а не о том, чего сделать нельзя. И вот мы научили бабушку очищать пересыхающую полость рта и смазали красителем генциан виолет участки, пораженные стоматитом. Мы нашли дополнительную подушку и использовали одну избабушкиных накидок, чтобы сделать постель более удобной и придали телуудобное положение. Мы объяснили, что девочку нужно регулярно поворачивать, чтобы предотвратить появление пролежней и дали крем для смазывания сухой кожи. Мы предложили бабушке сесть рядом с внучкой и поощрили ее к разговору с девочкой, даже если она не станет отвечать. Все это – мелочи, но они показали, что мы не сдаемся и не бросаем их в одиночестве”.

Врач службы паллиативной помощи, Малави

“Однажды я спросила мужчину, который знал, что умирает, чего он более всего ждет от тех, кто заботится о нем. Он ответил: “Видеть, что человек старается понять меня”. Конечно, полностью понять другого человека невозможно, но я никогда не забуду, что он и не просил об этом, а лишь о том, чтобы кто-то проявил желание попытаться понять”.

Леди Сисели Сондерс

Сама попытка понять те проблемы, которые стоят перед пациентом, и подумать о том, как можно помочь, показывает человеку, что его ценят, что он достоин того, чтобы мы уделяли ему свое время и внимание. Это, возможно, -- величайший подарок, который мы можем сделать нашим пациентам.



Вы можете организовать паллиативную помощь в местных условиях

Пути оказания паллиативной помощи могут варьироваться в соответствии с
местными условиями.

- Кто нуждается в паллиативной помощи в той местности, где мы работаем?
- Каковы их основные проблемы?
- Какую помощь они получают в настоящее время?
- Что можно добавить, чтобы улучшить уход за пациентами, и как сделать помощь целостной?

При желании, в наших сообществах можно найти достаточно ресурсов для оказания
разных элементов целостной помощи.

- Физический аспект
- Психологический аспект
- Социальные аспект
- Духовный аспект

Разные модели оказания паллиативной помощи включают:

- Паллиативную помощь, оказываемую на дому;
- Дневной стационар для оказания паллиативной помощи;
- Амбулаторную службу паллиативной помощи;
- Больничную команду поддержки;
- Стационар

Мы не можем сделать все, но мы не должны ничего не делать

Глава 2. Вы можете организовать паллиативную помощь в местных условиях

Если вы хотите съесть слона, нужно решить, откуда начать, а потом есть его по маленькому кусочку.

Индийская пословица

Вы можете организовать паллиативную помощь в местных условиях

Где вы работаете? В общественном центре или в больничном отделении? Где вы навещаете своих пациентов: у них дома, в клинике или под деревом? На первом этапе развития паллиативной медицины большинство пациентов получали паллиативную помощь в хосписах, где они и оставались до самой смерти. Сейчас паллиативная помощь оказывается в самых разных условиях. “Хоспис” – это не просто здание; это – целая концепция целостной помощи, ориентированной на нужды пациента. Не существует некой единой модели оказания паллиативной помощи – они могут быть различными в разных ситуациях. Есть четыре вопроса, которые нам нужно себе задать:

- Кто нуждается в паллиативной помощи в той местности, где мы работаем?
- Каковы их основные проблемы?
- Какую помощь они получают в настоящее время?
- Что можно добавить, чтобы улучшить уход за пациентами, и как сделать помощь целостной?

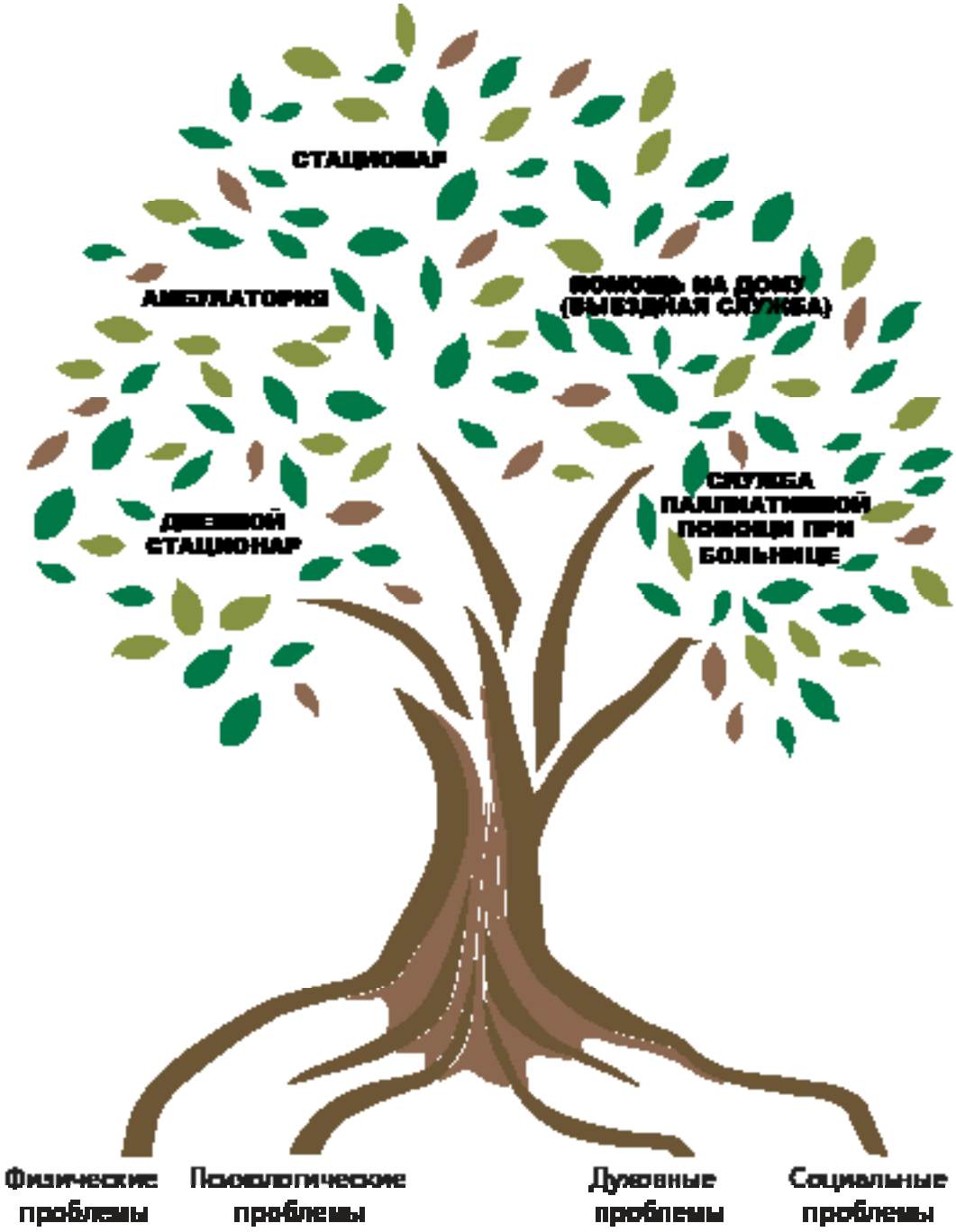
Первые два вопроса касаются того, что нужно именно в наших условиях, а два последних относятся к тому, какими ресурсами мы уже располагаем, и что можно сделать, чтобы пополнить или дополнить их. Многие успешные проекты паллиативной помощи начинались с малого – с того, что кто-то обращал внимание на группу людей, нуждающихся в помощи. Максимально использовались уже имеющиеся ресурсы и добавлялись недостающие элементы помощи, используя существующий местный персонал. Такие проекты являются более доступными и выполнимыми, чем организация совершенно новой службы; они привлекают к сотрудничеству различные организации, что улучшает качество целостной помощи.

Может показаться, что у нас слишком мало доступных ресурсов для улучшения работы наших служб, однако, поскольку паллиативная медицина не ограничивается облегчением физических симптомов, при желании можно найти много возможностей. Есть много людей, желающих помочь другим. Мы можем найти отдельных представителей и группы людей, участвующих в социальной работе по программам здравоохранения, борьбы с бедностью, ликвидации безграмотности и другим проектам. Многие из них могут выразить желание сотрудничать с нами и оказать нам поддержку в нашей деятельности.

Рисунок на следующей странице представляет паллиативную медицину в виде дерева. Корни дерева – четыре элемента целостной помощи: физический, психологический, социальный и духовный. Каждый из корней формируется из разных компонентов, например: существующие клиники, религиозные общины, местные неправительственные организации. Это лишь примеры возможных ресурсов. Не все из них вы найдете в местном сообществе, но у вас может быть что-то иное, чего мы не упомянули. Ветви и листья дерева, берущие начало от этих корней, иллюстрируют целостную паллиативную помощь в ее разных формах – разные “модели оказания помощи”.



Growing a model of care from available resources



ФИЗИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТУ
Медицинский центр (Центр здоровья)
Местная больница
Частные клиники
Традиционные целители
Неправительственные организации оказание медицинской помощи
АРВТ-клиники

СНАБЖЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ
Больничная аптека
Местные аптеки
Местные аптеки

СОВЕТ И ПОДДЕРЖКА
Местный врач/медсестра/ сотрудник амбулатории
Местный физиотерапевт
Национальная ассоциация паллиативной медицины

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ
Социальные работники
Обученные волонтеры
Консультанты для ВИЧ-инфицированных пациентов
Защитники прав пациентов – другие с тем же заболеванием

ГРУППЫ ПОДДЕРЖКИ
Группы ВИЧ-инфицированных пациентов
Женские группы
Молодежные организации

ПОДДЕРЖКА НА ДОМУ
Волонтеры выездной службы
Члены семьи

ДУХОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

ОТДЕЛЬНЫЕ ПОМОЩНИКИ
Местные религиозные деятели
Волонтеры из религиозных общин
Социальные работники
Члены семьи

ГРУППЫ
Религиозные общины (например, при христианской церкви, мечети, храме, синагоге)
Женские группы
Больничная выездная бригада

Детские группы

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ

НПО
Религиозные организации
Работа по снабжению продовольствием
Группы по работе с детьми-сиротами и детьми из уязвимых социальных групп
Программы организации деятельности, приносящей доход
Программы небольших займов

ОТДЕЛЬНЫЕ ПРОФЕССИОНАЛЫ
Социальный работник
Юридический советник для составления завещания

ПРИВЛЕЧЕНИЕ ДРУГИХ ЛИЦ И ГРУПП
Лидеры общин
Местные школы и колледжи
Общественные группы

Максимальное использование местных ресурсов

Организация целостной помощи предполагает выстраивание взаимоотношений. Нам нужно встречаться с теми, кто уже вовлечен или может быть вовлечен в оказание помощи неизлечимым больным, и обсуждать возможности совместной работы. Нам нужно научиться предлагать свою помощь и не бояться просить о поддержке.

Мы можем обращаться к другим работникам здравоохранения с просьбой о консультации и обучении, совместном посещении пациента или о разрешении организовать клинику паллиативной медицины в их здании. Мы можем помочь им с решением проблем симптоматического лечения или посещать их пациентов на дому. Мы можем договориться о получении лекарственных препаратов в больничной аптеке, а также получать помощь от местных аптек, которые могли бы заказывать для нас некоторые лекарства.

Для многих посещение традиционных целителей – единственный источник получения медицинской помощи. Встречаясь с местными целителями, мы можем обсуждать трудности, которые переживают пациенты и разнообразные пути оказания помощи. Мы можем узнать об эффективных растительных лекарственных средствах и научить целителей некоторым навыкам оказания паллиативной помощи. Мы можем выразить готовность посетить пациентов, которым наш визит принесет пользу.

Точно так же мы можем приглашать в нашу команду местных консультирующих психологов или религиозных деятелей или же направлять к ним наших пациентов. Мы можем получать помощь от различных групп поддержки и религиозных общин и, в свою очередь, можем предложить им консультации или лечение для их членов.

Мы могли бы установить партнерство с местными неправительственными или религиозными организациями для работы в таких областях как обеспечение продовольственной безопасности, создание источников дохода, работа с детьми-сиротами и т.п., привлекая их умения и ресурсы для социальной помощи нашим пациентам.

Важно встречаться с местными руководителями и объяснять им, что мы делаем, с тем, чтобы заручиться их поддержкой и чтобы они оповещали общественность о нашей работе. Существует много групп, которые мы можем привлекать для информирования общественности и практической помощи, как пациентам, так и в сборе средств.

Разные модели паллиативной помощи

Способы оказания паллиативной помощи могут разниться в зависимости от местных потребностей и ресурсов. Многие пациенты предпочитают получать помощь на дому, а не в стационарах, что зачастую удобнее и для членов семьи, поскольку им не приходится ездить в больницу и обратно. Программы оказания помощи на дому дают прекрасную возможность предоставления целостной паллиативной помощи, если члены семьи и волонтеры обучены основам симптоматического лечения, а медицинские работники обеспечивают необходимыми лекарственными средствами и дополнительной поддержкой. Сотрудники выездной службы просвещают общество, что снижает степень изоляции и стигматизации, которые часто сопутствуют неизлечимому заболеванию.

Еще один способ оказания паллиативной помощи в местной общине – это организация амбулатории, куда пациенты могут приходить регулярно. Амбулаторию можно объединить с “дневным стационаром”, где пациенты могут проводить время в общении друг с другом, что дает как эмоциональную, так и социальную поддержку. Дневной стационар может быть организован при амбулатории или местном центре.

В некоторых обстоятельствах хорошим вариантом может оказаться стационарная помощь. Паллиативную помощь в стационаре может оказывать бригада паллиативной помощи, обеспечивающая симптоматическое лечение и целостную поддержку для пациентов с неизлечимыми заболеваниями, лежащих в разных палатах. Иногда можно выделить несколько коек или палату для организации отделения паллиативной помощи, а можно и построить хоспис-стационар. Это довольно дорогостоящий способ предоставления паллиативной помощи, поэтому в районах с ограниченными ресурсами общинный подход помогает оказать помощь большему числу пациентов.



Паллиативная помощь в различных условиях

Где и как организуются службы паллиативной помощи, зависит от местных ресурсов и потребностей. Некоторые службы начинали свою работу в местных сообществах и затем распространяли свою деятельность на амбулатории и больницы, тогда как другие, наоборот, были организованы в больницах и оттуда начинали работу в местных сообществах. Вот несколько примеров того, как начиналась деятельность служб паллиативной медицины в разных странах мира.

Сеть служб по оказанию паллиативной помощи в соседских общинах (ССППСО), Керала, Индия:
Общинная группа организует службу помощи на дому



ССППСО начиналась как небольшая группа непрофессионалов, собиравшихся вместе для обсуждения той помощи, которую они могли бы оказать неизлечимых больным живущим по соседству с ними. К этой группе присоединились некоторые врачи, проявившие интерес к паллиативной медицине. Группа развилась в широкую сеть служб, где работают обученные волонтеры, выявляющие в местных сообществах пациентов, нуждающихся в заботе и предоставляющие им помощь при поддержке работников здравоохранения. У пациентов появилась возможность поговорить о своих проблемах и получить социальную поддержку в форме ссуды, которую можно было бы использовать для начала малого бизнеса, если из-за болезни одного из своих членов семья лишилась доходов.

Д-р Суреш Кумар (Керала, Индия), частное сообщение.

Хосписная служба при лютеранской больнице Селиан (Танзания)
Духовная поддержка в Танзании развивается в целостную службу оказания помощи на дому



Хосписная команда организовалась в местной церковной общине. Члены общины посещали больных на дому и молились с ними. После того, как к духовной поддержке добавились практические навыки по уходу за больными, организовалась служба оказания целостной помощи на дому. Говорит местный врач: “Как только кто-то предложил идею соединения медицинской модели с моделью духовной поддержки для оказания помощи на дому умирающим пациентам, у людей возник эмоциональный отклик, что и послужило стимулом для целостного подхода на основе волонтерской деятельности”.

Hospice and Palliative Care in Africa - Michael Wright and David Clark, OUP (Хосписная и паллиативная помощь в Африке), 2006

Организация “Путеводный свет” (Гайана, Южная Америка):
Группа социального обеспечения организует службу помощи на дому



Группа социального обеспечения начала свою деятельность в 1985 году. Работу группы финансировала сеть торговых предприятий быстрого питания. Группа разработала проекты оказания помощи разным социальным категориям, включая бездомных, голодающих и беспризорных детей. Члены группы обратили внимание на то, что онкологические больные также нуждаются в помощи, так как многие из них умирали, страдая от боли, вдали от дома и семьи. Так была создана служба помощи на дому, руководимая двумя медицинскими сестрами. Теперь другие медицинские работники направляют в эту службу как пациентов из больниц, так и тех, кто находится дома.

Свет маяка:

Персонал больницы Малави видит необходимость организации службы помощи на дому



Группа сотрудников обратила внимание на то, что ВИЧ-инфицированные пациенты не получают адекватной помощи и не наблюдаются после выписки из больницы. Сотрудники начали посещать больных на дому в свое свободное время, но скоро осознали, что с таким объемом работы им не справиться. Лидеры сообщества помогли им набрать волонтеров для ухода за пациентами на дому. К проекту были привлечены две медицинских сестры для работы на полную ставку, и они подготовили более трехсот волонтеров, каждый из которых ухаживал за несколькими пациентами. Раз в неделю медсестра или сотрудник больницы встречался с волонтерами и вместе с ними посещал пациентов.

Ламак Тамбо, частное сообщение (Лилонгве, Малави)

Фонд хосписной (онкологической) помощи (U Hla Tun Hospice (Cancer) Foundation), Миянмар, Юго-Восточная Азия:

Отец, переживший тяжелую утрату, финансирует хоспис и службу помощи на дому



Фонд создан человеком, пожелавшим оказать помощь другим людям, после того, как его дочь умерла от рака. Команда выездной службы, в состав которой вошли социальные работники, медсестры и врач начали посещать пациентов на дому. Спустя некоторое время был построен стационар хосписа. У многих пациенток был рак шейки матки, и мужья часто бросали их. Команда хосписа создала специальный фонд для того, чтобы после смерти эти пациентки были погребены с соблюдением необходимых ритуалов.

Asia Pacific Hospice Palliative Care Network www.aphn.org

Пасторская деятельность и службы помощи больным СПИДом (ПДСПБС), Епархия архиепископа Дар ЕС Салама, Танзания (PASADA, Tanzania (Pastoral Activities and Services for People with AIDS, Dar es Salaam Archdiocese):

Группа поддержки ВИЧ-инфицированных больных организует выездную и амбулаторную службу.



ПДСПБС началась с того, что ВИЧ-инфицированные больные организовали группу самопомощи для себя и тех, кто оказался в сходной ситуации. Церковь дала им небольшое здание, где они могли встречаться, а позднее была открыта амбулатория, чтобы люди могли получать базовую медицинскую помощь. Теперь это – широко известная доступная городская программа, предлагающая разнообразные услуги.

International Observatory of End of Life Care: www.eolc-observatory.net/global_analysis/index.htm

Организация CanSupport, Дели, Индия:

Женщина, пережившая рак, организует программу помощи на дому



Организация CanSupport создана женщиной, пережившей рак и признавшей отсутствие поддержки и информации для людей, у которых обнаружено онкологическое заболевание. Она посещала больных в стационаре, предлагая им советы и поддержку, и организовала телефонную службу помощи. Вместе с медицинской сестрой она организовала выездную службу для посещения пациентов в беднейших районах Дели. В настоящее время в городе работает пять выездных команд, включающих специалистов разного профиля. Организация CanSupport получила лицензию на право выписывать морфин.

Хармала Гупта, частное сообщение

Мы не можем сделать все, но мы не должны ничего не делать.

Организация паллиативной помощи Umodzi (“Единство”), Малави:

Сотрудники больницы организовали помощь детям после выписки, с амбулаторией и дневным центром



Программа Umodzi началась в отделении государственной больницы, где оказывалась помощь истощенным детям на конечной стадии СПИДа. Многие дети подолгу лежат в больнице, проводя там последние недели своей жизни вместо того, чтобы быть дома со своей семьей. Все началось с того, что врач, работающий на неполную ставку, и медсестра консультировали матерей по поводу заболевания их детей и обучали их основам контроля симптомов, что давало возможность выписывать детей из больницы домой. В вестибюле рядом с отделением организовали еженедельный амбулаторный прием, чтобы можно было наблюдать детей после выписки. Число членов команды увеличилось, и теперь оказывает помощь и детям с онкологическими заболеваниями. Амбулатория предоставляет медицинское наблюдение, а также возможность детям поиграть друг с другом и оказывает групповую поддержку тем, кто ухаживает за ними.

Д-р Вики Лэви, частное сообщение.

“За качество, за жизнь” Ош, Киргизстан, Средняя Азия:

Врач организует службу помощи на дому и амбулаторную службу



Врач-онколог обратил внимание на то, что онкологические пациенты на поздней стадии заболевания получают лишь незначительную помощь. Он обратился к семейному врачу, и они вместе начали посещать больных на дому. Они приспособили неиспользуемое помещение на территории онкологической больницы под амбулаторию и провели курс паллиативной медицины для местных врачей и медсестер. Семьи, получившие помощь, советуют другим обращаться в службу “За качество, за жизнь”. “Бог творит свои дела через людей, и вы – те люди, которых Бог послал помочь мне”. – пожилой пациент-мусульманин из города Ош.

Hospice Information Bulletin, vol. 5, issue 4, July 2007

Организация Kidzpositive, Южная Африка:

Медицинская клиника организует дневной центр с группой поддержки и возможностью заработка



Kidzpositive – это амбулатория, оказывающая помощь детям со СПИДом. Сотрудники клиники видели, что дети получали качественную медицинскую помощь и симптоматическое лечение, однако никто не уделял внимания проблеме социальной изоляции и финансовым проблемам, стоящим перед их матерями. Теперь дети могут находиться в амбулатории всю первую половину дня, болтая друг с другом за чаем с хлебом. Их матери делают изделия из бисера на продажу. Они могут работать в дневном центре или брать работу на дом. Этот проект оказывает поддержку 130 семьям, давая им возможность заработать на пропитание.

Д-р Пол Ру, Кейптаун, частное сообщение

Программа “Давайте объединимся”, Малави:
Больничная помощь в сочетании с помощью на дому



Сотрудники государственной больницы обратили внимание на то, что многих пациентов с ВИЧ отправляют домой, не давая им возможности поговорить о болезни и не направляя в службы, где они могли бы получить помощь после выписки из больницы. Амбулатория начинала свою работу в маленькой комнате при больничном отделении, где медсестра, психолог-консультант и врач, работающий на неполную ставку, встречались с пациентами перед их уходом из больницы. Входящая в команду медсестра на базе расположенного неподалеку медицинского центра оказывает помощь совместно с местными программами помощи на дому.

Д-р Джейн Бэйтс, Блантир (Малави), частное сообщение

Отделение паллиативной медицины, Христианский медицинский колледж, Веллор, Индия:
Создание команды по оказанию паллиативной помощи на базе больницы и амбулатории



Поняв потребность в оказании паллиативной помощи, врач больницы Веллора стала посвящать три часа в неделю организации амбулатории и посещению больных в разных отделениях, добавляя симптоматическое лечение к той помощи, которую пациенты уже получали. К ней присоединились медсестра-волонтер и больничный священник, а затем и социальный работник, добавив к оказываемой помощи психологическую и духовную поддержку. По прошествии некоторого времени больница согласилась финансировать команду паллиативной помощи. Кроме того, команда работает в сотрудничестве с католической религиозной общиной, открывшей стационар хосписа.

Д-р Риина Джордж, Веллор (Индия), частное сообщение

Pallium Latinoamerica, Аргентина:
Книга вдохновила врача на организацию службы паллиативной медицины



Бродячий торговец книгами встретил молодого врача, работавшего в сельском районе Аргентины, и убедил его купить книгу Сесили Сондерс о паллиативной медицине. Две недели спустя врача вызвали к пациенту с конечной стадией рака, страдающему от жестокой боли. Во время учебы врач приобрел знания о лечении рака, к тому же оказалось, что в прошлом он лечил как раз этого пациента, но теперь он чувствовал свою беспомощность, потому что его лечение больше не работало. Врач обратился к книге, которую купил у торговца, и обнаружил, что он может многое сделать для пациента, облегчая его боль и проводя время с ним и его семьей. Это вдохновило его на развитие паллиативной медицины и организацию службы Pallium, которая сейчас оказывает паллиативную помощь пациентам на дому, в университетских клинических больницах и в дневном стационаре, а также помогать людям, перенесшим тяжелую утрату.

Мы видим, как по-разному начинались проекты в зависимости от разных потребностей и разных ресурсов. Нам не нужно ждать, пока у нас появится все, что нужно, для того, чтобы начать работу, потому что со временем работа сама может развиваться и расти.

Мы не можем сделать все, но мы не должны ничего не делать.

Если вы хотите узнать больше об этих или других проектах, обратитесь в центр Hospice Information (см. раздел “Дополнительные ресурсы”) или на сайт International Observatory of End of Life Care: www.eolc-observatory.net/global_analysis/index.htm

Вы можете создать команду

Работа единой командой

- Понимание ценности отдельных умений и общего вклада каждого члена команды
- Умение разделять тяжесть оказания помощи и оказывать поддержку друг другу
- Хорошее общение и взаимодействие
- Признание наших индивидуальных особенностей и умение разрешать противоречия

Подготовка

Люди получают удовольствие от работы, когда они знают, чего от них ждут, чувствуют себя компетентными и видят, что их работу ценят.

Подготовка включает в себя:
- Учебные семинары
- Продолжающуюся супервизию и поддержку

Забота о тех, кто заботится о других

- Забота – это тяжелый труд
- Будьте внимательны к признакам стресса
- Предупреждайте выгорание эффективной взаимной поддержкой

Вместе каждый достигает большего

Глава 3: Вы можете создать команду

Хочешь путешествовать быстро, — иди один; хочешь путешествовать далеко, — иди вместе с другими.

Африканская пословица



Там, где паллиативная медицина хорошо организована и располагает достаточными ресурсами, помощь пациентам, как правило, оказывает команда, состоящая из специалистов разного профиля. Команда может включать медицинских сестер, врачей, социальных работников, психологов, религиозных деятелей и др. Однако, в вашей местности может быть лишь маленькая группа людей, желающих помогать пациентам, а, возможно и вовсе нет никого, кроме вас. Паллиативную помощь невозможно осуществлять в одиночку, то есть какое-то время можно продержаться, но потом силы и уверенность в себе иссякнут, и дело потерпит крах. Потому нам необходимо создать команду.

На рисунке на стр.6 (Дерево) мы видим некоторые ресурсы и тех, кто мог бы помочь нам в организации и развитии службы паллиативной помощи. Некоторые люди могут помогать по мене надобности, например, религиозные деятели, которых мы приглашаем, если пациент исповедует определенную религию, или местный фармацевт, заказывающий для нас в случае необходимости нужные нам лекарственные препараты. Есть люди, которые могут сотрудничать с нами, например, сотрудники больницы, направляющие пациентов в выездную службу (ВС), если пациент нуждается в оказании помощи на дому. Та же команда может направить пациента в больницу, если он нуждается во врачебном осмотре. Нам нужны люди, вместе с которыми мы создадим команду, члены которой будут регулярно встречаться и координировать действия, направленные на оказание целостной помощи.

Целостная помощь учитывает:

- Физические аспекты – уход за пациентом, лечение, назначение лекарственных препаратов
- Психологические аспекты – слушание, психологическое консультирование, присутствие
- Социальные аспекты – финансовая помощь, предоставление жилья, поддержка семьи
- Духовные аспекты – молитва, духовные беседы, исполнение обрядов и ритуалов.

В команде должен быть кто-то, кто сможет помочь по каждому направлению работы. Медицинский сотрудник важен сам по себе, кроме того, он может учить других, кто разделит с ним его работу, например, волонтеров, которые научатся оказывать качественную помощь по уходу за пациентом. Один человек может работать по нескольким направлениям: медсестра, например, может оказать духовную поддержку, а социальный работник, грамотно оказывающий психологическую помощь, может также руководить проектом организации деятельности, приносящей доход. Нам может понадобиться человек с определенной специальностью, например, там, где медицинские сестры не имеют права назначать лекарственные препараты, в команде должен быть врач. Мы могли бы направить волонтера, умеющего хорошо слушать, на курсы практического консультирования, чтобы в команде был обученный психолог. По мере того, как все больше людей вовлекаются в общее дело, может понадобиться создание отдельных команд, например, волонтерских групп, работающих в одной области, с координатором или супервизором, посещающим собрание центральной команды.

Работа единой командой

Для эффективной работы команда не обязательно должна быть большой – даже два человека могут составить команду. Важно то, **как они работают вместе**.

Работа в команде предполагает взаимное уважение, поддержку, хорошее общение и взаимодействие. Признание важности вклада каждого члена команды и устное выражение такого признания имеет огромное значение, иными словами: важно отмечать достижения каждого члена команды и ценить их нелегкий труд. Оказание паллиативной помощи требует большой эмоциональной отдачи, и нам нужно поддерживать друг друга, научиться видеть признаки эмоционального истощения у кого-то из членов команды и разделять с ними их нагрузку.

Хорошее общение и взаимодействие – это то, что скрепляет команду. Мы должны обращать внимание не только на то, что происходит с нашими пациентами, но и на то, что переживает каждый из членов команды. Обиды и разногласия могут случиться в любой команде, и нужно говорить о них, обсуждать и разрешать конфликты, а не скрывать их.

Подготовка

Люди получают удовольствие от работы, когда они знают, чего от них ждут, чувствуют себя компетентными и видят, что их работу ценят.

Если человек не чувствует себя подготовленным или не ощущает поддержки, он не сможет полноценно работать и, в конце концов, может уйти из команды. Поэтому подготовка членов команды и взаимная поддержка играют существенную роль. Обучение можно проводить на учебных семинарах и на рабочем месте, рядом с опытным членом команды.

Все члены команды должны понимать концепцию целостного подхода и признавать важность физического, психологического, социального и духовного аспектов помощи. Некоторые члены команды могут сосредоточиться на каком-то одном аспекте, но при этом им важно понимать, что делают другие и как согласуется деятельность всех членов команды.

Богатейший ресурс при организации паллиативной помощи – это волонтеры, о чем свидетельствуют приведенные выше рассказы о различных проектах. В обществе обычно есть люди, которые хотят помогать другим. Если мы хотим привлечь их к работе, нужно сообщить им, в какой именно помощи мы нуждаемся (некоторые идеи приведены на с. – “Расскажи другим”). Грамотная подготовка обеспечит эффективность их работы.

Предлагаемые темы для подготовки волонтеров

- Паллиативная помощь и целостный подход
- Концепция оказания помощи на дому в местной общине
- Основные сведения о заболеваниях, с которыми встретятся волонтеры
- Оценка состояния пациента и его семьи, чтобы составить перечень их потребностей
- Навыки общения
- Эмоциональная и духовная поддержка
- Уход за пациентом и профилактика инфекций
- Основные способы симптоматического контроля
- Наблюдение за действием лекарственных препаратов (например: обезболивающих, АРВ и противотуберкулезных средств)
- Питание
- Потребности детей
- Уход за умирающим пациентом
- Поддержка людей, переживающих тяжелую утрату
- Забота о себе
- Ведение записей

Обучение уходу за пациентами

- Оценка боли и меры по ее облегчению
- Уход за кожей и профилактика пролежней
- Уход за ранами
- Уход за полостью рта
- Кормление пациента
- Умывание пациента
- Уход за пациентами с недержанием мочи, задержкой мочи и запором
- Диарея и рвота
- Умение поднять, подвинуть и повернуть пациента

Продолжающаяся поддержка и супервизия

Обучение не заканчивается с окончанием семинара; мы все продолжаем учиться по ходу работы. У каждого члена команды, включая руководителя, должен быть кто-то, с кем можно обсудить возникающие проблемы, кто, при возможности, посетил бы с нами наших пациентов. Речь идет о наставнике, или супервизоре. Вы можете быть чьим-то наставником, но и вам тоже нужен наставник. Даже если у вас не получается часто встречаться, у вас есть возможность накапливать вопросы и темы для обсуждения по телефону, в письме или по электронной почте.

Забота о тех, кто заботится о других

Оказание помощи людям с хроническими заболеваниями сопряжено с сильными стрессами. Это относится ко всем людям, вовлеченным в процесс: медицинским работникам, волонтерам, членам семьи и др. Иногда работа совершенно изматывает человека, и он не в состоянии ее продолжать. Такое состояние называется “выгоранием”. Важно внимательно относиться к признакам стрессового состояния у себя, у членов команды и у семьи, которой мы оказываем помощь.

Признаки стрессового состояния

- Усталость
- Плохая концентрация
- Потеря интереса к работе
- Пренебрежение обязанностями
- Раздражительность
- Гнев
- Самоустранение – стремление избежать общения с пациентами и коллегами
- Чувство собственной некомпетентности, беспомощность и чувство вины
- Подавленное настроение – слезливость, отсутствие чувства удовольствия и удовлетворения

Забота о себе и о членах команды

- Убедитесь, что у каждого члена команды есть время для регулярного отдыха.
- Назначьте время для регулярных обсуждений пациентов и их проблем.
- Убедитесь, что каждый член команды знает, как можно получить помощь (например: волонтеры и члены семьи могут обратиться к медицинскому работнику за поддержкой).
- Регулярные учебные семинары и супервизии повышают уверенность в себе и чувство своей компетентности.
- После смерти пациента дайте себе время осмыслить произошедшее; признайте, что множественные утраты неизбежно вызывают стресс.
- Найдите время для совместного отдыха (за чаем или трапезой).
- Гордитесь своей работой и теми переменами, которые вы вносите в жизнь пациентов. Признавайте и поощряйте успехи друг друга.

Вместе каждый достигает большего



Вы можете разговаривать на трудные темы

Слушание

- Сядьте так, чтобы быть на одном уровне с пациентом
- Используйте приемы активного слушания, допускайте паузы
- Проверяйте, все ли вы правильно поняли

Разговор

- Относитесь к пациенту уважительно и
- Говорите на простом, понятном языке
- Проверьте, как вас поняли

Сообщение дурных новостей

- Не утаивайте информацию от того, кто хочет ее получить
- Не навязывайте информацию человеку, который еще не готов ее принять
- Не обманывайте

Подготовьтесь к разговору
Родственники
Ожидания
Оцените уместный объем информации
Делитесь знанием

Никогда не говорите “Больше мы ничего не можем сделать”
Проявляйте эмпатию
Продвигайтесь вперед
Остановитесь и подумайте

Духовная поддержка

Надежда
Государственная религия
Личные вопросы
Влияние на нашу помощь

Утрата

- Множество различных реакций на утрату
- Эмпатия и поддержка являются частью паллиативной медицины

Глава 4: Вы можете разговаривать на трудные темы

“Спешите слушать и не торопитесь говорить”

Апостол Иаков



Вы можете разговаривать на сложные темы

Разговор с пациентами и их родственниками есть очень важная часть паллиативной медицины. Хорошая новость заключается в том, что для этого элемента помощи нам не нужны ни лекарственные препараты, ни оборудование, ни специальные помещения. Однако нам нужно приобрести некоторые основные навыки, которым медицинских работников не всегда обучают в процессе их подготовки. Одним людям общение дается легче, чем другим, но основным навыкам и их практическому использованию может научиться каждый.

Навыки общения — слушание

Слушать пациентов так же важно, как и говорить. Внимательное отношение к рассказу пациента не только помогает нам получить информацию, но и позволяет пациентам почувствовать собственную значимость. Возможность выразить в словах свои тревоги и задать вопросы может принести существенное облегчение и частично избавить от чувства изолированности и страхов, испытываемых пациентом.

По возможности, найдите спокойное место, где вас не будут прерывать. Если пациент находится в постели, будет лучше, если вы сядете рядом с пациентом, а не будете стоять над ним. Если пациент не может сидеть, займите такое положение, чтобы быть с ним на одном уровне – можно опуститься на колени, сесть на пол или присесть на корточки рядом с кроватью. Будьте внимательны и поддерживайте зрительный контакт. Свое понимание можно выражать кивком или короткими фразами, например: “Понимаю”, “Да”, “Вам, должно быть, очень тяжело переносить все это”. Это называется «активным слушанием».

Иногда, если в разговоре наступает пауза, возникает чувство неловкости, однако пауза может быть очень полезной, и нам нужно научиться проявлять терпение и не прерывать ее. Часто люди делают паузу перед тем, как рассказать о чем-то важном или причиняющим им боль. Прервав паузу, вы можете так и не узнать, что у них на душе.

По данным одного исследования, врачи перебивают своих пациентов в среднем через 18 секунд.

Полезно проверить свое понимание и суммировать сказанное пациентом, например: «Вы имеете в виду…» «Правильно ли я понимаю, что…» «То есть больше всего вас беспокоит…».
Когда речь идет о физических симптомах, бывает нужно задать много вопросов, чтобы получить ясную картину проблемы, например: «Как давно у вас этот кашель? Кашель усиливается, ослабляется или никак не меняется?» или «как часто у вашего ребенка бывают приступы? Каждый день, раз в неделю или раз в месяц?»

Навыки слушания

- По возможности, найдите спокойное место
- Сядьте так, чтобы быть на одном уровне с пациентом
- Будьте внимательны, поддерживайте зрительный контакт
- Будьте активным слушателем
- Допускайте паузы, не перебивайте
- Уточняйте и суммируйте

Навыки общения — разговор

- Всегда относитесь к пациенту вежливо и с уважением. Это позволяет пациенту почувствовать, что вы его действительно цените.
- Избегайте медицинской терминологии, которую пациент может не понять.
- Давайте информацию, а не просто советы – тогда пациенту легче самому принять решение, что делать.
- Давайте только точную информацию. Вполне допустимо сказать «Я не знаю».
- Полезно проверить, как понял вас пациент. Если вы дали ему инструкции, попросите пациента рассказать, что он будет делать и как он будет все объяснять своей семье. Выясните, хочет ли пациент задать вам еще какие-то вопросы.

Объем сообщаемой информации

Во многих культурах не принято открыто обсуждать болезни, но, по мере развития паллиативной медицины, эта ситуация меняется. Часто полагают, что сказать пациенту о том, что у него неизлечимая болезнь, значит только ухудшить его состояние. Родственники зачастую хотят защитить своих любимых от дурных новостей и просят медицинских работников не сообщать правду о болезни. Однако исследования, проведенные в разных местах, показывают, что люди обычно хотят знать правду, и что, зная правду, они лучше переносят болезнь. Нам может понадобиться время на беседу с родственниками, чтобы объяснить им, почему пациенту важно знать правду и предложить им нашу помощь и поддержку при обсуждении трудных тем.

Может возникнуть искушение дать ложное заверение: «Не волнуйтесь, с вами все будет хорошо», но в глубине души пациент обычно знает, что «все хорошо» не будет, и остается наедине со своими сомнениями, страхами и вопросами.

Для чего стоит говорить правду?

- Чтобы поддержать доверительные отношения. Ложь разрушает доверие.
- Чтобы снизить неопределенность. Обычно люди лучше переносят правду, чем неопределенность, даже если эта правда причиняет боль.
- Чтобы уберечь от нереалистических ожиданий. Иной раз люди тратят много времени и денег, переходя из одной клиник в другую в поисках лечения, потому что никому не достало мужества сказать им, что лекарства от их болезни не существует.
- Чтобы дать возможность наладить нарушенные взаимоотношения или подумать о духовных ценностях.
- Чтобы пациенты и их родные смогли подготовиться к будущему. Речь может идти о составлении завещания, поездке в отчий дом, планировании похорон или о множестве других дел, которые важно завершить при жизни пациента, и которые не будут завершены, если ему не скажут правды.

“Правда – это одно из самых действенных и доступных лекарств, однако нам еще надлежит совершенствовать понимание того, когда и какую дозу правды уместно давать каждому пациенту.”

Симпсон, (1979) – адаптированная цитата

Сообщение плохих новостей

Никто не думает, что это легко. Сообщение о том, что у человека рак или ВИЧ, может его травмировать, а мы не любим причинять боль. Нам может казаться, что мы никогда не сможем справиться с реакцией пациента. Хорошая новость, однако, заключается в том, что этому навыку можно обучиться. Несмотря на то, что

разные культуры предполагают определенные различия в сообщении тяжелых новостей, существуют некоторые общие принципы.

Подготовьтесь к беседе

Убедитесь в том, что вы ознакомились со всей доступной информацией о пациенте. Убедитесь, что у вас достаточно времени – не начинайте сообщение дурных новостей, если у вас есть всего лишь несколько минут. Постарайтесь сделать так, чтобы вас не отрывали от разговора с пациентом. Если у вас есть телефон, отключите его.

Родственники

Обычно лучше всего сообщать неприятные новости в присутствии близкого члена семьи, который мог бы оказать поддержку и разделить полученную информацию с пациентом – в состоянии тревоги и расстройства большинство людей запоминают лишь малую часть сказанного. Прежде всего, важно проверить, кому следует присутствовать при разговоре – это будет зависеть от культурной традиции и условий. Вы можете сказать, например: «Нам нужно обсудить серьезную тему. Хотите ли вы, чтобы ваша мама осталась?» или «С кем вы хотите быть во время нашего разговора?».

Ожидания

Что ожидает слышать пациент? Выясните, что ему уже известно: «Что вам говорили о вашей болезни? Что, по-вашему, с вами происходит?». Эти вопросы важны, даже если ответ нам кажется очевидным, или мы знаем, что кто-то уже сказал что-то пациенту.
То, что было сказано и то, что услышано, не всегда совпадает. Ответ пациента скажет нам о том, каков его уровень понимания и какие слова он использует для рассказа о своей болезни.

Оцените уместный объем информации

Постарайтесь выяснить, сколько пациент хочет знать. «Вы думали о том, что с вами происходит? Может быть, вы хотите, услышать, что я думаю о вашем состоянии?»
Не следует навязывать информацию человеку, который не готов воспринять ее, равно как и утаивать информацию от пациента. Необязательно сообщать все за один раз – возможно, пациент будет готов услышать больше при следующей встрече.

Сообщение информации

Сообщать информацию нужно медленно и осторожно, стараясь избегать слов, которые пациент может не понять. Как правило, полезно дать понять пациенту, что вы собираетесь сказать ему нечто важное. Можно предупредить его об этом, сказав: «Нам нужно сесть и поговорить. Дело довольно серьезное». Во время разговора дайте пациенту время осознать сказанное вами, и в конце проверьте, понял ли вас пациент.

Часто люди хотят знать, как долго они проживут. Они могут спросить прямо: «Сколько мне осталось?» или косвенно «Когда я смогу вернуться к работе?». Как правило, неразумно давать точный ответ. Каждый случай индивидуален, и, случается, люди преподносят нам сюрпризы. И все же полезно дать человеку приблизительное представление о его состоянии, чтобы помочь ему строить реалистические планы. Обычно, если состояние пациента ухудшается с каждым месяцем, ему, вероятно, осталось жить несколько месяцев; при еженедельном ухудшении состояния, речь может идти о неделях, а при каждодневном ухудшении – о нескольких днях.
Никогда не говорить; «Больше мы ничего сделать не можем»
Важно сказать пациенту как о негативных, так и о позитивных аспектах: «Мы не можем вылечить вашу болезнь, но у нас есть лекарства, которые снимут боль». «Мы всегда рядом, чтобы помочь, если возникнут новые проблемы».

Эмпатия

Нам бывает трудно позволить пациентам выразить их чувства: нам хочется унять их скорбь, нас пугает их гнев и отчаяние. Мы не можем избавить пациентов от их переживаний, но можем проявить эмпатию, то есть постараться понять, что они чувствуют, как бы поставив себя на их место. Мы можем выразить свою эмпатию простыми словами, например: “Вам, должно быть, очень тяжело это слышать” или “Я могу понять ваш гнев”. Это нормальная реакция, проявление чуткости. Ваши

“Смерти не надо бояться. Ее нужно признать и принять”.

Будда

слова не осушат слез пациента. Посидите с ним рядом – пациент перестанет плакать, когда будет готов к этому.

Движение вперед

Важно поговорить о том, что будет дальше, и чем вы сможете помочь. Назначьте время для следующей встречи. Убедитесь, что они понимают: вы их не бросаете. Расскажите, как они смогут получить помощь, если новые проблемы возникнут до вашей следующей встречи.

Остановитесь и подумайте

Сообщение плохих новостей – тяжелая задача и для нас и для пациентов. Полезно помедлить, прежде чем приступать к следующему делу, подумать о разговоре и о своих чувствах.

Духовная поддержка

Наша духовность не измеряется лишь тем, в какой храм, церковь, мечеть мы ходим и ходим ли вообще. Духовная составляющая включает наши представления о цели и смысле жизни, о том, в чем смысл нашего существования в мире. Для многих людей, чувствующих, что их жизнь подходит к концу, духовные вопросы очень важны. Может оказаться, что религиозный человек начинает сомневаться в своей вере. Человек, которых никогда не был религиозным, начинает задаваться вопросами:

- Что случится, когда я умру – есть ли жизнь после смерти?
- Почему я заболел? Может быть, Бог меня наказал?
- В чем была ценность моей жизни?

Кто-то обретает смысл в борьбе с чувством вины, гнева и отчаяния. Кто-то хочет обрести прощение, мир в душе или надежду. Если мы игнорируем эти вопросы, то, облегчая физические симптомы, мы оставляем пациента с его “духовной болью”. Чтобы понять, как лучше организовать духовную поддержку, мы должны узнать об убеждениях и заботах пациента. Иногда нам трудно спрашивать о таких вещах, и мы лишь видим в человеке христианина, мусульманина или индуиста, вместо того, чтобы узнать о духовном пути человека, о том, что скрывается за этими названиями.

Вот несколько полезных вопросов:

- Что для вас самое важное?
- Что помогает вам переживать трудные времена?
- Если ли у вас вера, которая помогает вам обрести смысл жизни?
- Вы молитесь когда-нибудь?

Слушание – один из важнейших “инструментов” для оказания духовной поддержки. Наша задача не в том, чтобы говорить, что и о чем должен думать пациент, а в том, чтобы быть с ними, когда они ищут ответы на свои вопросы.

Никто не определит для вас смысл вашей жизни, его нужно искать и обрести.

Если пациенты спрашивают нас о наших убеждениях, мы можем поделиться с ними, но ни в коем случае не должны навязывать кому-то наши взгляды. Можно помолиться вместе с пациентом или за него, если пациенты и те, кто за ними ухаживают, не чувствуют неловкости.

Помощь такими практическими вещами как соответствующая еда и одежда, умывание перед молитвой и внимание к потребности иметь при себе предметы, являющиеся для пациента священными, может оказаться очень важной. Внимание к таким деталям очень значимо для пациента и дает им возможность исповедовать свою веру и обретать покой.

Можно включить в команду кого-то, кто сосредоточится именно на оказании духовной поддержки или же найти членов и лидеров местных религиозных общин, кого можно пригласить для проведения важных ритуальных церемоний и с кем можно посоветоваться насчет обычаев и обрядов, имеющих отношение к смерти. Вот перечень вопросов, важных для оказания духовной поддержки

Надежда – в чем пациент черпает надежду, что помогает ему обрести покой и смысл?
Официальная религия – Важна ли для пациента официальная религия и культура?
Личные вопросы – Какими вопросами задается пациент, в чем сомневается, с чем борется?
Влияние на наши действия – Какое влияние будет это иметь на то, как мы будем оказывать помощь этому пациенту?

Переживание тяжелой утраты

Когда человек умирает, его семья и друзья переживают тяжелую утрату. Они горюют об утрате чего-то очень ценного в их жизни. Переживание утраты может начаться до наступления смерти, например, когда человек узнает, что у него ВИЧ или что противораковое лечение оказалось неэффективным, или что он больше не в состоянии заботиться о себе; пациенты и их родственники могут горевать об утрате независимости, здоровья или будущего.

Психологи исследовали процесс переживания тяжелой утраты и описали ряд реакций, свойственных этому процессу:

- Шок или отрицание
- Острая тоска и душевное страдание
- Гнев
- Неотступные мысли и чувства об утраченном
- Депрессия, утомляемость, утрата интереса к жизни
- Принятие и выстраивание планов на будущее.

Разные люди по-разному переходят от одних эмоций к другим, то двигаясь вперед, то возвращаясь назад, и нам важно признать, что утрата в разное время вызывает разные чувства. Мы не должны паниковать перед лицом сильных эмоций, нам нужно признать и принять их. Это особенно важно, когда мы сталкиваемся с гневом, который может быть направлен на нас. Нам может быть больно и обидно, но если мы признаем, что на самом деле их гнев вызван утратой, мы сможем признать и понять их чувства.

Будет неправильно дать людям почувствовать, будто не одобряем их чувства, например: “Ну сколько можно горевать. Уже целый месяц прошел с тем пор, как умер ваш сын” или “Вам не следует так раздражаться. Ничьей вины здесь нет”. Подобные замечания не избавят человека от переживаний, а лишь добавят к ним чувство вины, что только усилит их горе. Гораздо полезнее признать их чувства и объяснить, что это – нормальная реакция на тяжелую утрату.

Болезненный процесс переживания горя есть путь к принятию утраты

В большинстве культур существуют обычаи и ритуалы, исполняемые после смерти человека. Обычно они очень помогают людям. Однако не следует думать, что переживание утраты заканчивается сразу после похорон. Может пройти несколько месяцев, прежде чем человек подойдет к признанию утраты и начнет перестраивать свою жизнь. Поддержка, которую мы можем дать им на этом пути, является частью паллиативной медицины.

> “Страдание – это не проблема, требующая решения, и не вопрос, требующий ответа; это – тайна, требующая присутствия”.
>
> Джон Уайатт 1998

Вы можете держать под контролем боль и другие симптомы

- Лечите то, что поддается лечению
- Ухаживайте за пациентом
- Назначайте паллиативные лекарственные препараты

Симптоматическое лечение “с головы до ног”

Боль с.26

Оценка боли с.26

Применение анальгетиков сс.26-31

- Перорально
- По часам
- По восходящей “лестнице”

Как назначать морфин с.27

Вспомогательные лекарственные средства с.29

- Стероидные препараты при боли от отека и воспаления
- Антидепрессанты и антиконвульсанты при невропатической боли
- Мышечные релаксанты при болезненном спазме
- Спазмолитики при резкой боли в брюшной полости

продолжение на обороте...

Другие симптомы

- Высокая температура с.32
- Сыпь и зуд с.33
- Раны с.34
- Припадки с.35
- Спутанность сознания с.36
- Тревожность и бессонница с.37
- Депрессия с.38
- Плохой аппетит и потеря веса с.39
- Воспаление ротовой полости и затрудненное глотание с.40
- Тошнота и рвота с.41
- Нарушение пищеварения и икота с.42
- Кашель с.43
- Одышка, затрудненное дыхание с.44
- Диарея с.45
- Запор с.46
- Вагинальные выделения с.47
- Нарушение мочеиспускания с.47-48
- Двигательные проблемы с.49

Если препарат нельзя давать перорально с.50

Оказание помощи в конце жизни с.51

Глава 5. Вы можете держать под контролем боль и другие симптомы

Облегчение боли и других симптомов имеет огромное значение. Мы можем обеспечить превосходную психосоциальную помощь, но без обезболивания и облегчения других симптомов нельзя говорить о целостной паллиативной помощи. Хорошая новость заключается в том, что хороших результатов можно достичь при качественном уходе и с использованием недорогих лекарственных препаратов. Данный раздел представляет собой руководство по симптоматическому лечению “с головы до ног” и начинается с такого симптома как боль, которая может возникнуть в любой части тела. Меры, которые предлагается принимать по каждому симптому, сгруппированы под тремя заголовками:

- **Лечить** то, что поддается лечению
- **Уход** за пациентом
- **Назначение** паллиативных лекарственных препаратов

Не исключено, что вы не сможете воспользоваться всеми рекомендациями – это будет зависеть от вашей подготовки, от того, есть ли у вас лицензия на право выписывать лекарственные препараты в соответствии с законодательством вашей страны и от того, какие препараты доступны в вашей местности. В любом случае нужно помнить, что не бывает так, чтобы нельзя было ничего сделать. Все меры, перечисленные в разделах “Уход” должны быть доступны, поэтому берите из этой главы все, что может быть полезным в вашей ситуации.

Лечить то, что поддается лечению

Паллиативная медицина ищет пути облегчения мучительных симптомов болезни, поэтому очевидно, что с самой болезни и нужно начинать. Если вы можете лечить болезнь, вы можете устранить и симптомы.

- При возможности, для лечения ВИЧ-инфекции следует использовать АРВП. Эти препараты улучшают состояние пациента и облегчают симптомы, даже если и не могут излечить болезнь. Наряду с АРВП, при необходимости могут приниматься и другие меры.



- Химиотерапия и лучевая терапия, применяемые для лечения рака, при доступности такого лечения, могут быть самыми эффективными мерами для улучшения состояния пациента, даже если и не могут излечить болезнь.
- Лечению поддаются некоторые осложнения, вызванные болезнью, например, пневмония лечится антибиотиками, благодаря чему проходит кашель, а лечение запора помогает облегчить боль в животе.

Всякий раз, когда мы встречаемся с каким-то симптомом, нужно подумать о возможной причине, которая поддается лечению.

В этом разделе мы не приводим подробного описания применения АРВП, антибиотиков, противотуберкулезных препаратов или химиотерапии. При доступности всех этих средств следует руководствоваться принятыми в вашей стране правилам. Выписывать препараты и назначать лекарственное лечение могут **только сотрудники, имеющие соответствующую лицензию**.
Нам нужно иметь в виду, что само лечение тоже может вызывать неудобства и неприятные ощущения, а потому необходимо

думать о соотношении польза/вред в отношении каждого конкретного пациента применительно к его ситуации. Потребности пациента следует обсудить с самим пациентом и с его семьей. Так, например, лечение анемии с помощью переливания крови не всегда является безусловно полезной мерой в тех случаях, когда пациенту, вероятно, осталось недолго жить, а для процедуры ему придется специально ехать в больницу. Химиотерапия с целью уменьшения размера опухоли может оказаться нецелесообразной мерой из-за тяжелых побочных эффектов или высокой стоимости препаратов и притом дает лишь кратковременный положительный эффект.

Перед началом лечения пациента с неизлечимым заболеванием нужно подумать о следующем:

- Сможет ли пациент выдержать лечение и, при необходимости, поездку в больницу?
- Какие побочные эффекты может иметь лечение? Не будет ли пациенту переносить побочные эффекты тяжелее, чем имеющиеся симптомы?
- По средствам ли пациенту и его семье лечение и поездки в больницу? Если для достижения эффекта нужен курс лечения, который длится несколько месяцев, а средств семьи хватает только на оплату нескольких дней или недель, разумно ли пациенту начинать лечение?

Уход за пациентом

Обычно это – самый большой раздел по каждому симптому и содержит рекомендации по практическим действиям, которые могут помочь пациенту. Качественный уход за пациентом чрезвычайно важен для облегчения некоторых симптомов без применения лекарственных средств. Часто качественное исполнение простых вещей и внимание к деталям могут принести огромную пользу пациенту. У каждого пациента свои потребности, которые нужно определить и обсудить со всеми, кто ухаживает за пациентом. Один из эффективных методов – использование записей пациента (см. Форму 5), которые определяют его потребности и могут быть дополнены любым человеком, оказывающим помощь пациенту.

В паллиативной медицине бывают ситуации, когда трудно облегчать симптомы. В этих случаях не забывайте о ценности человеческого присутствия: прикосновение, добрые, искренние слова и внимательное выслушивание пациента.

Дома уход за пациентом могут осуществлять

- Члены семьи или друзья
- Медицинские работники из команды оказания первичной помощи
- Волонтеры, работающие с выездной службой или участвующие в программе оказания паллиативной помощи.

Команда паллиативной помощи не может полностью брать на себя уход за пациентами, поэтому одна из наших задач – это обучение членов семьи и волонтеров. Они могут научиться всему, что предлагается в разделах, касающихся ухода за пациентом, и мы хотим поддержать их и заверить, что у них всегда есть возможность чем-то помочь пациенту.

Назначение лекарственных препаратов

В этом разделе приводится перечень лекарственных средств для облегчения симптомов и краткие указания насчет их применения. В некоторых случаях известное вам лекарство может использоваться в разных целях, например: применение антидепрессантов или противосудорожных препаратов для обезболивания. Несмотря на то, что, в соответствии с национальным законодательством, лекарственные препараты могут выписывать только медицинские работники, имеющие соответствующую лицензию, в этом разделах вы найдете полезные для пациента средства, которые можно получить без рецепта в амбулатории или местной аптеке.

Для облегчения большинства типичных симптомов нужен довольно небольшой набор лекарственных средств. Возможно, у вас не будет всех препаратов, перечисленных в руководстве, но в вашей местности могут быть альтернативные лекарственные средства. Многие из приведенных препаратов стоят недорого, и, если они отсутствуют в местном медицинском центре, их можно купить в частных аптеках.

Исчерпывающее руководство по использованию лекарственных препаратов и альтернативных средств в паллиативной медицине можно найти на сайте
www.palliativedrugs.com
Обширный перечень основных лекарств, используемых в паллиативной медицине можно получить на сайте Международной ассоциации хосписов и служб паллиативной помощи:
www.hospicecare.com/resources/emedicine.htm

Для безопасного и эффективного применения лекарственных препаратов важно следовать четырем принципам:

1. Давайте только те лекарства, польза от которых перевешивает вред от побочных эффектов

Почти все лекарственные средства имеют нежелательные побочные эффекты. Положительное действие препарата должно превышать побочные эффекты, иначе лекарство может навредить пациенту.

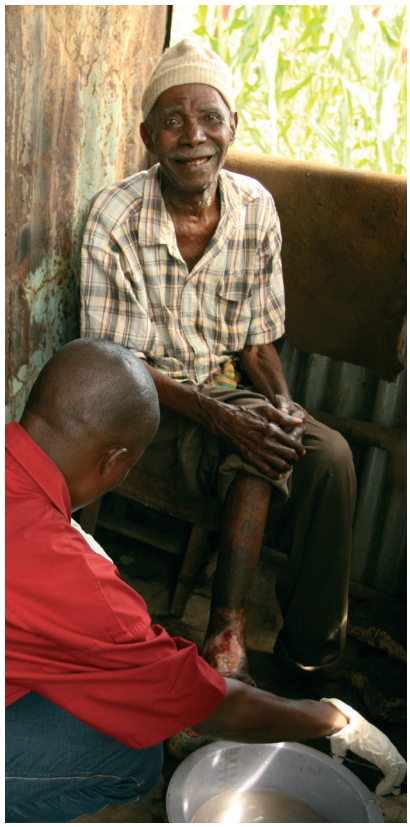
2. Информируйте пациентов и их родственников о лекарственных препаратах

Пациенты с большей вероятностью будут регулярно принимать лекарство, если они понимают причину назначения того или иного препарата. Важно предоставить им информацию о тех лекарствах, которые им назначены, и обсудить с ними следующее:

- Положительный эффект
- Возможные побочные эффекты и меры по смягчению их действия
- Как принимать лекарство – частота, график, с едой или натощак (см. Табл. 6)
- Время, которое может пройти до начала положительного действия (иногда побочные эффекты проявляются раньше, чем положительный эффект)
- Как долго нужно принимать лекарство.

3. Сводите количество препаратов к минимуму

Прием лекарств может оказаться обременительным делом. Пациентам на поздней стадии заболевания иногда приходится ежедневно принимать большое количество разных препаратов. Очень важно своевременно отменять препараты, которые больше не нужны.



4. Регулярно оценивайте симптомы и действие лекарственных средств.

Со временем симптомы меняются:

- При облегчении симптома дозу препарата часто можно уменьшить или отменить лекарство.
- При отсутствии положительного эффекта может понадобиться увеличить дозу или попробовать другой препарат.
- При наличии побочных эффектов может понадобиться уменьшить дозу или отменить препарат.

Важно заботиться о регулярной оценке симптомов и действия лекарственного средства.

Симптоматическое лечение с ног до головы

Боль



Свыше 70% пациентов с ВИЧ или запущенным онкологическим заболеванием испытывают боль. Некоторые виды боли являются недолговременными, например, боли, вызванные оппортунистическими инфекциями у пациентов с ВИЧ, однако многие виды боли при запущенном раке и ВИЧ имеют длительных характер и могут усиливаться со временем.

Оценка боли

Важно расспрашивать о боли каждого пациента. У человека, страдающего от боли в течение длительного времени, могут отсутствовать обычные признаки болевых ощущений (мимика, потливость, бледность, учащенное сердцебиение). Пациент может выглядеть просто подавленным. Тщательная оценка боли имеет важнейшее значение для выявления причин боли, которые поддаются лечению, определения типа боли и вида возможной помощи. Необходимо задать следующие вопросы:

- Сколько разных болей у пациента? Полезно отметить их на карте тела (см. Форму 1). Расспросите о каждой боли.
- Где болит и как болит?
- Сколько времени длится боль?
- Что ослабляет или усиливает боль?
- Помогают ли лекарства?
- Усиливается ли боль при движении? Есть ли болезненные ощущения в костях или суставах? (Ответ на этот вопрос может выявить наличие костных метастазов у онкологических больных.)
- Есть ли нарушения кожной чувствительности в месте локализации боли? (Ответ на этот вопрос может выявить наличие нейропатической боли – см. ниже.)
- Есть ли ощущение напряженности или болезненности мышц? (Ответ на этот вопрос может выявить боль в результате мышечного спазма – см. ниже.)

Можно попросить пациента оценить боль в баллах, чтобы получить представление об интенсивности боли. Ежедневная оценка боли в баллах покажет динамику боли и эффективность или неэффективность лечения. Есть разные способы оценки боли, подходящие разным пациентам. В табл. 2 приведены три полезных варианта.

Лечить

- Вызывающие боль инфекции (кожа, ротовая полость, грудная клетка, мочевыводящие пути, менингит)
- Раны (см. с.34)
- Запор (см. с.46) – Если основной причиной боли является запор, прием опиоидов может усилить боль (см. с.29)
- При костных болях помогает лучевая терапия (если доступна)
- Нейропатическую изониазид-зависимую боль с помощью пиридоксина, назначаемого всем пациентам, принимающим изониазид как противотуберкулезное средство

Уход

- Найдите наиболее удобное положение для пациента.
- Убедитесь, что пациент регулярно принимает обезболивающие препараты.
- Выслушайте пациента и объясните ему, что происходит.
- Попробуйте легкий массаж или укачивание.
- Попробуйте прикладывать горячие или холодные компрессы.
- Попробуйте метод медленного глубокого дыхания.
- Используйте отвлекающие средства, например, музыку или радио.
- Если это уместно, можно прибегнуть к религиозным или культурным практикам (например, молитва).

Назначение лекарственных препаратов

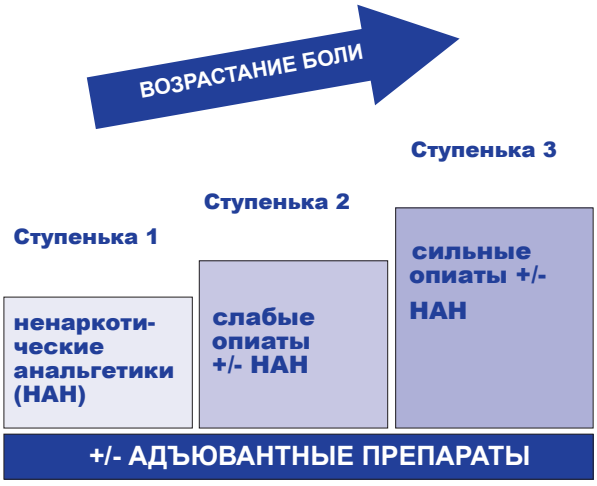
Все анальгетики (болеутоляющие) можно разделить на две группы:

1. **Ненаркотические анальгетики**. К ним относятся **парацетамол (ацетаминофен)** и нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП), например: **аспирин**, **ибупрофен** и **диклофенак**. Основной побочный эффект НПВП – раздражение слизистой желудка, поэтому их следует, по возможности, принимать с едой. НПВП не следует назначать обезвоженным пациентам, так как они могут вызвать почечную недостаточность. Кроме того, НПВП снижают свертываемость крови. НПВП эффективны при облегчении болей в костях и суставах.

2. **Опиоиды**: К ним относятся морфиноподобные препараты, включающие **кодеин**, **трамадол** и **морфин**.
Побочные эффекты опиоидов описаны ниже.

Анальгетики следует давать:

- **Через рот** – пероральное введение анальгетика является наиболее простым и надежным способом для большинства пациентов. Если пациент не может принимать таблетки, то альтернативными путями введения препаратов являются подкожный, ректальный и трансбуккальный.
- **По часам** – Постоянная боль требует регулярного обезболивания, чтобы боль не возвращалась. С нарастающей болью справляться сложнее. Не ждите возвращения боли, а давайте анальгетики регулярно, через определенные интервалы времени, в зависимости от длительности их действия (например: **кодеин** – 30 мг каждые 4 часа).
- **“По ступенькам”** - Лестница обезболивания предлагает логичный ступенчатый способ усиления обезболивающего действия (см. ниже).



Объясните пациенту:

- Препарат предназначен для снятия боли. Принимать его нужно регулярно, а не ждать возобновления боли, чтобы принять следующую дозу.
- Лекарство следует принимать до тех пор, пока существует причина боли:
  - Если причиной боли была инфекция, которая вылечена, доза может быть уменьшена вплоть до отмены препарата.
  - Если причина боли неустранима, препарат нужно принимать постоянно в течение неопределенно длительного времени, в противном случае боль вернется.

Ненаркотические анальгетики	Доза	Длительность действия
Парацетамол	500мг-1г 4 р.в день	4-6 часов
Аспирин	300-600мг 4 р.в день	6 часов
Ибупрофен	200-400мг 4 р.в день	6-8 часов
Диклофенак	50 мг 3 раза в день	8 часов
Наркотические анальгетики	**Доза**	**Длительность действия**
Кодеин(Ступенька 2)	30-60мг 4 р.в день	4-6 часов
Трамадол(Ступенька 2)	50-100мг 4 р.в день	6 часов
Морфин (Ступенька 3)	Нет предельной дозы, дозу увеличивать постепенно	
	Начальные дозы:	
Морфин нормального выведения (НВ)	2.5-5 мг каждые 4 часа	4 часа
Морфин модифицированного выведения (МВ)	10-20 мг	

Назначение морфина

Морфин – сильнодействующее болеутоляющее средство. При правильном использовании он безопасен и эффективен. Злоупотребление морфином при отсутствии боли может привести к привыканию и вызвать угнетение дыхания, чего не происходит, если препарат принимается в правильной дозировке для облегчения боли.

Формы препарата

Морфин поступает в двух формах:
1. **Морфин нормального выведения (НВ)** – поступает в виде таблеток или раствора с определенной концентрацией (например, 5мг/5мл или 10мг/5мл). Всегда указывайте дозировку в мг, а не в мл, и убедитесь, что вы знаете, какова концентрация раствора. Действие морфина НВ начинается через 20 минут и длится 4 часа.

2. **Морфин модифицированного выведения (МВ)** – Таблетки морфина, предназначенные для более длительной анальгезии. Длительность действия наиболее известных форм морфина МВ – 12 часов, и препарат следует принимать дважды в день с интервалом в 12 часов, например: в 6 утра и в 6 вечера или в 8 утра и в 8 вечера.

Дозы

Морфин НВ: Начните с 2.5-5мг каждые 4 часа. Пожилым или очень ослабленным пациентам назначайте минимальные дозы. Если пациенты регулярно принимали **кодеин**, то можно начать с 5-10мг каждые 4 часа. Перед отходом ко сну можно принять двойную дозу, чтобы не нужно было принимать препарат посреди ночи. Можно также принять дополнительную промежуточную, **досрочную дозу** (то же количество препарата) в любое время, если боль не удается облегчить с помощью регулярного приема препарата. Поощряйте пациента к приему промежуточной дозы, как только он почувствует боль, чтобы не допускать ее усиления. Если пациент сможет записывать, сколько промежуточных доз ему нужно, можно будет понять, следует ли увеличить регулярную дозу. Если боль усиливается при движении, полезно будет принять промежуточную дозу за полчаса до того, как пациент начнет двигаться.

Морфин МВ: При доступности морфина НВ всегда начинайте с назначения его приема каждые 4 часа. Когда вы поймете, какая доза морфина нужна пациенту, можно перейти к назначению приема морфина МВ каждые 12 часов. Для расчета дозы морфина МВ подсчитайте общее количество морфина НВ за последние 24 часа (это будет **суммарная суточная доза** морфина) и разделите его на два, чтобы получить дозу морфина МВ для приема каждые 12 часов. Если у вас есть только морфин МВ, начните с 10 мг каждые 12 часов. При наличии морфина НВ (раствор морфина) пациент может принимать его в любое время как дополнительную промежуточную дозу. Промежуточная доза должна составлять одну шестую от суммарной суточной дозы.

Пример: переход от регулярного приема морфина НВ к регулярному приему морфина МВ:
Пациент принимает 10 мг морфина НВ каждые 4 часа.
Суммарная суточная доза морфина = 60mg
Эквивалентная доза морфина МВ = 60/2 = 30мг каждые 12 часов
Досрочная доза = 60/6 = 10 мг морфина НВ по требованию.

Увеличение дозы

Если по прошествии 24 часов пациент все еще испытывает боль, и нет признаков токсичности (см. ниже), увеличьте дозу морфина на 50%. Продолжайте увеличивать дозу на 30-50% каждые несколько дней до достижения желаемого эффекта или до появления признаков токсичности. В качестве альтернативы можно увеличивать дозу путем добавления дополнительных промежуточных доз, принятых в течение последних суток к регулярной дозе морфина.

Не забывайте проверять, была ли промежуточная доза эффективной. Если пациент принял несколько доз, а желаемый эффект не достигнут, нужно заново провести оценку боли, так как боль может быть нечувствительной к морфину.

Пример: только морфин НВ:
Пациент принимает 20 мг морфина НВ каждый четыре часа.
Кроме того, он принял три промежуточные дозы по 20 мг в течение последних суток.
Суммарная суточная доза = 120 + 60 = 180 мг
Регулярная доза = 180/6 = 30 мг морфина НВ каждые четыре часа
Промежуточная доза = 180/6 = 30 мг морфина НВ по требованию.

Пример: морфин НВ и морфин МВ:
Пациент принимает 60 мг морфина МВ каждые 12 часов. Кроме того, он принял еще три промежуточные дозы по 20 мг морфина НВ в течение последних 24 часов.
Суммарная суточная доза = 120 + 60 = 180 мг
Регулярная доза = 180/2 = 90 мг морфина МВ каждые 12 часов
Промежуточная доза = 180/6 = 30 мг морфина НВ по требованию.

Не существует максимальной (предельной) дозы морфина. Чем сильнее боль, тем большую дозу морфина может перенести пациент. Правильная доза для конкретного пациента – это та доза, которая снимает боль и не вызывает неприемлемых побочных эффектов или токсичности.

Отмена морфина

Если пациент принимал морфин в течение нескольких недель, его обычно не следует резко отменять, так это может вызвать симптомы отмены препарата (потливость, возбуждение и тошнота). Дозу следует снижать в течение нескольких дней и только потом отменить препарат. Случается, однако, что нужно быстро отменить препарат, если у пациента развивается морфиновая интоксикация (см. ниже).

Побочные эффекты опиатов

- **Запор** – Морфин обычно вызывает запор, поэтому его нужно назначать со слабительными (см. с. 46), за исключением случаев, когда у пациента диарея.
- **Тошнота** – У некоторых пациентов с началом приема морфина развивается тошнота, и в первые несколько дней они нуждаются в противорвотном средстве (см. с. 41).
- **Сонливость** – Обычно с началом приема морфина или при увеличении дозы возникает сонливость, которая. Как правило, уменьшается через 3-4 дня. Если сонливость не уменьшается, значит доза морфина может быть слишком велика.
- **Потливость и зуд** – Это менее частые побочные эффекты, которые могут быть связаны с приемом морфина.

Токсичность и передозировка

Следующие признаки могут свидетельствовать о том, что доза морфина слишком велика или что морфин дает токсический эффект:

- Сонливость, которая не уменьшается
- Спутанность сознания
- Галлюцинации
- Миоклонус (внезапное подергивание конечностей)
- Нарушение дыхания (снижение частоты дыхания).

Интоксикация может развиваться также при обезвоживании или почечной недостаточности, в результате чего морфин накапливается в организме.

Снятие интоксикации

Если вы обеспокоены развитием токсического эффекта, уменьшите дозу морфина на 50%. В случае серьезных сомнений отмените морфин. При галлюцинациях и спутанности сознания, вызванных морфином, может помочь прием **галоперидола** (1,5-5мг на ночь).

Адъювантные анальгетики

Эти препарата не разрабатывались как собственно анальгетики, тем не менее, они могут помочь при некоторых видах боли наряду со стандартными анальгетиками. Их прием можно начинать на любой ступеньки лестницы обезболивания. Ниже приведены примеры наиболее часто используемых адъювантов.

Адъювантные анальгетики	Виды боли, при котрых они помогают
Кортикостероиды, например, дексаметазон, преднизолон (1мг дексаметазона = 7мг преднизолона)	Боль от сильного опухания или воспаления
Трициклические антидепрессанты, например: митриптилин, имипрамин	Боль при повреждении нерва (нейропатическая боль)
Противосудорожные препараты, например: вальпроат, габапентин, карбамезапин, фенитоин	Боль при повреждении нерва (нейропатическая боль)
Бензодиазепины, например: диазепам, лоразепам	Спазм скелетной мускулатуры
М-холиноблокаторы, например: гиосцина бутилбромид	Спазм мягких мышц, например, спастические боли брюшных мышц

Боли, при которых адъювантные препараты помогают

1. Боль, вызванная сильным опуханием или воспалением

Рак вызывает локальные воспаления и опухлости. В результате распространения опухоли в те участки тела, где для ее развития очень мало пространства, может возникнуть довольно сильная боль.
Обычные места поражения:

- Мозг – головная боль из-за повышенного внутричерепного давления
- Спинной мозг – сдавление спинного мозга
- Печень – боль в области живота из-за растяжения капсулы печени
- Шея – подмышечная впадина или паховая область из-за давления на нерв.

Оппортунистические инфекции при ВИЧ тоже приводят к серьезному воспалению и опуханию.
Обычные места поражения:

- Рот – сильно выраженный мукозит
- Пищевод – сильно выраженный кандидоз
- Оболочки мозга – криптококковый или туберкулезный менингит.

Применение высоких доз кортикостероидов

Высокие дозы кортикостероидов обладают противовоспалительным действием, в результате чего уменьшается опухлость и, следовательно, облегчается боль. Однако у кортикостероидов есть серьезные побочные эффекты, и при отсутствии положительного результата их следует отменить. При ВИЧ кортикостероиды следует использовать с осторожностью, так как они подавляют иммунную систему, которая и так уже нарушена. Назначайте их только пациентам с сильно выраженными симптомами или пациентам на очень поздней стадии заболевания. Назначайте короткие курсы терапии (от двух до четырех недель) с одновременным противогрибковым лечением (см. с.40).

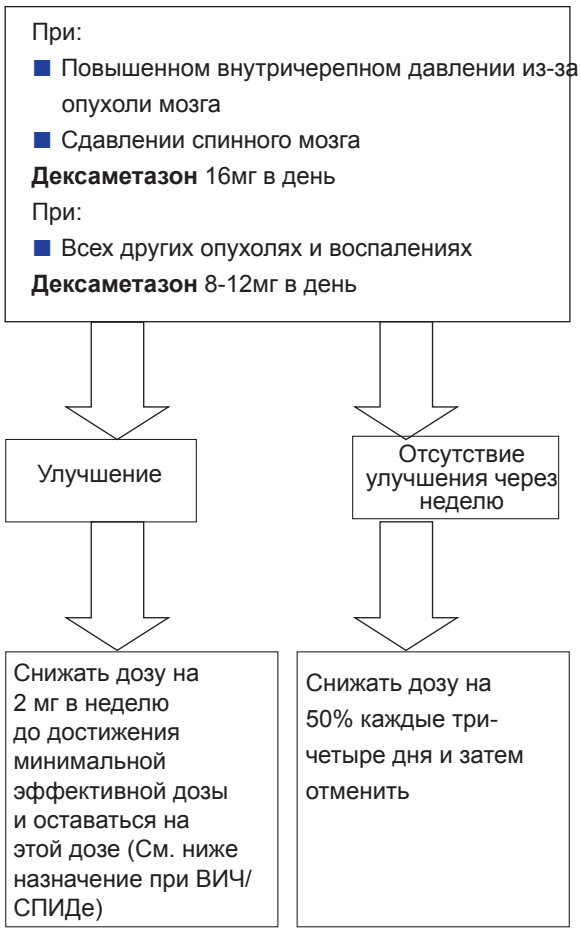
Побочные эффекты стероидных препаратов

Большинство пациентов хорошо переносят короткий курс стероидной терапии, хотя у некоторых пациентов она может вызвать возбуждение, и тогда стероидные препараты следует отменить и назначить галоперидол или хлорпромазин (см. с.36)

При долгосрочной терапии кортикостероиды могут вызвать серьезные побочные эффекты, и потому всегда следует назначать минимальную эффективную дозу. Побочные эффекты включают:

- Подавление иммунной системы
- Опухание лица и лодыжек
- Истончение кожи и появление синяков
- Мышечная слабость в верхних участках конечностей
- Повышение уровня сахара в крови (у пациентов с диабетом следует наблюдать за уровнем сахара, так как может понадобиться усиление терапии.

Если курс приема высоких доз кортикостероидов длится более недели, препарат нельзя резко отменять, так как это может вызвать снижение кровяного давления и изменения химического состава крови (адренокортикальная недостаточность).



2. Нейропатическая боль (боль при повреждении нерва)

Повреждение нерва может вызвать боль куда более сильную, чем можно было бы ожидать, исходя из степени повреждения. Нейропатическая боль плохо поддается лечению одними опиатами и НПВП. Мы можем говорить о нейропатических болях, например, в следующих случаях:

- Сдавление нерва опухолью
- Вирусное повреждение нерва: Herpes Zoster (опоясывающий лишай) или ВИЧ
- Лекарственное повреждение нерва (некоторые АРВ или противотуберкулезные препараты)
- Тяжелый диабет, вызывающий нейропатические боли в руках и ступнях.

Нейропатическую боль не всегда легко распознать, однако следующие признаки могут говорить о возможном повреждении нерва:

- Пациент описывает свою боль как какую-то необычную, например: жгучую, стреляющую, “как будто бьет током”, или как иные странные ощущения.
- Участок кожи рядом с местом локализации боли либо лишен чувствительности, либо слишком чувствительный, настолько, что даже легкое прикосновение ткани оказывается болезненным.

При повреждении нерва могут помочь следующие адъюванты:

Трициклические антидепрессанты

Назначаются в менее высоких дозах, чем при депрессии. Предупредите пациента, что препарат может начать действовать только через три—четыре дня. Наиболее часто применяется **амитриптилин** в дозе 12,5-25 мг на ночь (при переносимости препарата дозу можно увеличить до 50-75 мг).

Противосудорожные препараты

Это лекарственные препараты, обычно применяемые при эпилепсии. Начинать следует с низких доз с постепенным их увеличением при необходимости в течение недели до ослабления боли. Например:

- **Вальпроат** 200мг дважды в день (при необходимости увеличивать до 600mg дважды в день)
- **Габапентин** 300мг трижды в день (при необходимости увеличивать до 900мг трижды в день)
- **Карбамазепин** 100мг дважды в день (при необходимости увеличивать до 400мг дважды в день)
- **Фенитоин** 100мг дважды в день (при необходимости увеличивать до 200 мг дважды в день).

Примечание: **карбамазепин** и **фенитоин** взаимодействуют с некоторыми препаратами АРВ.

Высокие дозы кортикостероидов

Могут помочь при сильном воспалении и опухлости вокруг нерва (см. выше).

3. Мышечный спазм

Болезненный мышечным спазм может возникнуть при неврологических заболеваниях и у лежачих пациентов. Могут помочь бензодиазепины, например: **диазепам** 5-20мг на ночь. Если доступен **баклофен**, он может момочь при сильном спазме (5-20мг три раза в день).

4. Абдоминальный спазм и колика

Могут помочь М-холиноблокаторы, например: **гиосцина бутилбромид (бускопан)** 20 мг четыре раза в день. Убедитесь, что у пациента нет запора, так как гиосцин может усилить запор.



Жар

Жар может быть результатом вирусной инфекции, малярии и многих оппортунистических инфекций, ассоциируемых с ВИЧ. Очень важно выявлять и лечить инфекции.

Онкологические заболевания, в частности, лимфомы тоже могут вызывать высокую температуру, как и собственно ВИЧ.

Лечить

- Малярию
- Туберкулез
- Инфекцию в грудной клетке
- Инфекцию мочевыводящих путей
- Гастроэнтерит
- Менингит
- Сепсис
- Абсцесс
- Если не удается определить конкретную инфекцию, подумайте о лечении “вслепую”:
  - При малярии (следуйте местным рекомендациям)
  - Сочетание широкоспектральных антибиотиков, таких как **хлоамфеникол** или **ципрофлоксацин** в сочетании с **пенициллином**
  - При туберкулезе – направление в местную туберкулезную больницу.

Уход

- Внимательно осмотрите кожу тела – нет ли абсцессов/участков кожных инфекций.
- Задайте вопросы о
  - спутанности сознания (см. с.36)
  - приступах (припадках/судорогах) (см. с.35)
  - рвоте (см. с.41).
- Проверьте, не обезвожен ли организм.
- Обильное питье (при возможности, по крайней мере, от шести до восьми чашек в день).
- Обтирайте пациента губкой, смоченной в теплой воду. Откройте окно, чтобы обеспечить циркуляцию воздуха; при возможности используйте вентилятор или обмахивайте пациента газетой или книгой.
- Убедите пациента носить только легкую одежду.

Назначение лекарственных препаратов

Для снижения температуры назначьте

- **Парацетамол** 1г четыре раза в день или
- **Ибупрофен** 200-400мг трижды в день или
- **Аспирин** 300-600мг четыре раза в день (избегайте назначать аспирин детям).



Сыпь и зуд

Сыпь и кожные проблемы часто встречаются у ВИЧ-инфицированных пациентов и могут вызывать боль, зуд и общий дискомфорт. Одни проблемы связаны с оппортунистическими инфекциями, другие – являются составляющей собственно ВИЧ-инфекции (например: сухость кожи и папулёзные зудящие высыпания). Иногда бывает сложно поставить диагноз, и тогда может понадобиться пробовать разные методы терапии, пока не будет найден эффективный способ.

Зуд может быть симптомом при разных состояниях – с сыпью или без сыпи, например: заболевание печени, почечная недостаточность и некоторые виды рака. Зуд может вызывать нарушение сна.

Лечить

- Чесотка – **бензилбензоат** (наносить на всю поверхность пораженного участка две ночи подряд; после этого сменить одежду и постельное белье). Через неделю может понадобиться повторить процедуру.
- Грибковая кожная инфекция – противогрибковые препараты местно, например: **мазь Уайтфилда**, **миконазол** или **клотримазол (крем)** при простом стригущем лишае. В случае множественных поражений – **гризеофульвин** 500мг один раз в день или **кетоконазол** 200мг один раз в день перорально в течение трех недель. Лечить ногтевую инфекцию или инфекцию кожи головы перорально в течение 3-6 месяцев.
- Бактериальные кожные инфекции – **генциан фиолетовый**, при большой распространенности – антибиотики перорально.
- Опоясывающий лишай (Herpes Zoster) – при доступности препарата – **ацикловир** 200мг пять раз в день в течение пяти дней; для достижения эффекта начинать лечение следует в первые 72 часа появления сыпи.
- Реакция на лекарственные препараты – сыпь и зуд, обычно связанные с началом приема нового препарата. Отмените лекарство и назначьте антигистаминный препарат, например, **хлорфенирамин** 4 мг трижды в день. В случае тяжелых реакций могут понадобиться стероидные препараты. Проконсультируйтесь со специалистами в случае реакции на противотуберкулезные или АРВ препараты, так как кожная реакция на них может прекратиться через несколько дней, а для лечения важно не прерывать прием этих лекарств без особой необходимости.

Уход

- При сухости кожи – увлажняющие средства или вазелин.
- Избегайте частого умывания с мылом; вместо это используйте увлажняющие средства, например, жидкие кремы, или добавьте чайную ложку растительного масла к пяти литрам воды для умывания.
- Умывание раствором бикарбоната натрия (чайная ложка на миску воды) может оказаться эффективным при генерализованном зуде.
- При умывании использовать теплую, а не холодную воду.
- Попробуйте охладить пораженный участок кожи вентилятором.
- При зуде может помочь каламиновый лосьон.
- Если пациент чешется, следите за тем, чтобы его ногти были коротко острижены и обработаны пилочкой.
- Солнечные ванны могут быть полезны при одних поражениях кожи и вредны при других.

Назначение лекарственных препаратов

Кремы для местного применения:

- Вододисперсный крем или UEA с однопроцентным ментолом может облегчить зуд.
- Стероидные кремы, например, однопроцентный гидрокортизон на воспаленные участки.
- Генциан фиолетовый можно нанести на лопнувшие волдыри при опоясывающем лишае или на контагиозный моллюск (molluscum contagiosum), чтобы предупредить инфицирование.
- При множественных участках инфекционного поражения кожи протрите кожу полупроцентным раствором хлоргексидина после мытья.

Лекарственные препараты:

- Антигистаминные препараты – помогают при аллергической сыпи и при сыпи, вызванной воспалением. Седативные препараты могут помочь наладить сон, например:
  - Хлорфенирамин 4 мг трижды в день
  - Прометазин 10-25 мг на ночь
  - Гидрозицин 25-50 мг на ночь
- При тяжелых аллергических реакциях следует назначить стероидные препараты, например, пренизолон 30мг один раз в день в течение пяти дней (60 мг при особенно тяжелых реакциях).

Раны



Лечить

- Бактериальные кожные инфекции (см. с.33)
- Грибковые кожные инфекции (см. с.33)
- Абсцессы (вскрыть – иглой или лезвием скальпеля)

Уход

У пациентов, проводящих большую часть времени в постели, высокий риск развития пролежней. Пролежни можно предупредить следующими мерами:

- Если пациент может двигаться или садиться в постели, предложите ему менять положение тела, так как это полезно для профилактики пролежней.
- Меняйте положение тела лежачего пациента каждые два часа.
- При возможности используйте вспененные матрасы.
- Если пациент лежит на боку, кладите между ногами подушки.
- Поднимая пациента к изголовью кровати, не тяните его, так как это может повредить кожные покровы.
- Следите за тем, чтобы постельные принадлежности были сухими и чистыми; при возможности используйте мягкие материалы.
- Поддерживайте в хорошем состоянии кожу на участках, подверженных давлению (спина, крестец, ягодицы, локти и пятки). Смазывайте эти участки вазелином или цинковой мазью; массируйте их для улучшения циркуляции крови.
- При возможности предлагайте диету с высоким содержанием протеина.

При появлении ран:

- Отметьте размер и положение ран на карте тела (Форма 1). Наблюдайте, за их состоянием (улучшается оно или ухудшается)
- Ежедневно промывайте раны солевым раствором. При наличии перинеальных ран, могут помочь ванночки с солевым раствором.
- Накладывайте только сухие повязки, их можно сделать из местных материалов
- На раны с сильным запахом перед наложением повязки можно нанести мед или сахар и оставить на два—три дня (следите, чтобы под повязку не заползали муравьи).
- При червивых ранах:
  - Смочите губку или ткань скипидаром и поднесите близко к ране, не касаясь ее.
  - Когда черви выползут на поверхность, удалите их вручную.
- Приступы боли снимайте с помощью обычных анальгетиков (см. с.26)

Назначение лекарственных препаратов

- При ранах с неприятным запахом можно растолочь в порошок таблетки **метронидазола** и ежедневно посыпать им рану под повязкой.
- **Генциан-виолет** может помочь подсушить маленькие ранки.
- Генитальные язвы можно смазывать препаратом **генциан-виолет** или составом **“Волшебная краска Уганды”**, приготовляемым смешиванием:
  - содержимого одной открытой капсулы **ацикловира** (200 мг)
  - 5 мл суспензии **нистатина** (500 000 единиц)
  - **Метронидазола**: двух таблеток по 200 мг в раскрошенном виде.
- Унять кровотечение из раны поможет **транексамовая кислота** (таблетки 500 мг) или **сукральфат** (таблетки 1 г). Таблетки можно растолочь в порошок и насыпать прямо на рану под повязку.
- Кровотечение на любом участке может унять **транексамовая кислота** (500 мг – 1 г) три раза в день перорально.



Приступы

Приступы (припадки, судороги, конвульсии) могут протекать по-разному. Наиболее часто наблюдаются ритмические подергивания, возможна ригидность туловища, единичные подергивания или эпизода потери чувствительности.

Лечить

- Жар (наиболее частая причина судорог у детей)
- Малярию
- Менингит
- Повышенное внутричерепное давление (см. с.30)
- Эпилепсию
- Низкий уровень сахара в крови
- Синдром внезапной отмены лекарственных препаратов, таких как: бензодиазепины или противосудорожные препараты
- Синдром отмены алкоголя

Уход

- Во время приступа:
  - защитить дыхательные пути пациента, чтобы он мог дышать (ослабить одежду, уложить на бок).
  - Следите за тем, чтобы пациент не причинил себе вреда острыми предметами или не обжегся.
- После приступа:
  - Придайте пациенту правильное и удобное положение.
  - Оставайтесь с ним до тех пор, пока он не придет в себя.
- Обратите внимание на длительность и частоту припадков.
- Объясните пациенту и тем, кто за ним ухаживает, причины припадков.
- Относитесь внимательно ко всем тревогам пациента и тех, кто за ним ухаживает, относительно духовного смысла припадков.

Назначения лекарственных препаратов

- Чтобы купировать припадок, если он длится более пяти минут:
  - **Диазепам** 10 мг ректально или внутримышечно; при необходимости повторить через 10 минут
  - **Мидазолам** 5 мг подкожно, если есть такая возможность, или трансбуккально (за щеку)
  - **Паральдегид** (Paraldehyde) 5-10 мл, разведенный в нормальном солевом растворе, как ректальная клизма
  - **Фенобарбитал** 200 мг внутримышечно, если не удается снять приступ **диазепамом**
- Для снижения частоты припадков:
  - Следуйте местным предписаниям касающимся лечения эпилепсии и, при возможности, назначайте противосудорожные препараты.
  - Помните, что противосудорожные препараты часто взаимодействуют с другими лекарствами. Если пациент получает АРВ терапию, то противосудорожным препаратом выбора является **вальпроат** (вальпроевая кислота).



Спутанность сознания

Спутанность сознания – это частое состояние при тяжелых заболеваниях, вызываемое многими потенциальными причинами. *Делирий* – это спутанность сознания, продолжающаяся короткий период времени и вызванная обратимой причиной, такой как инфекция или новое лекарство. Спутанность сознания может пройти через несколько дней, то есть когда будет устранена причина. *Деменция* – это хроническая, продолжающаяся спутанность сознания, вызванная причиной, которая не является легко обратимой (например: старческое слабоумие или ВИЧ-инфекция, затронувшая мозг; последняя причина может быть частично устранена при доступности АРВ терапии).

При внезапной спутанности сознания всегда подумайте:

- Начал ли пациент принимать новое лекарство? Если “да”. То может ли это быть причиной?
- Если ли инфекция, которую можно вылечить?

Лечить

- Инфекции (см. раздел Жар, с.32), особенно:
  - Малярию
  - Менингит
- Задержка мочи
- Обезвоживание
- Низкий уровень сахара в крови
- Запор (может быть причиной спутанности сознания у пожилых людей)
- Почечная недостаточность – при доступности лечения
- Печеночная недостаточность – при доступности лечения.
- Отменить новое лекарство, которое может быть причиной спутанности сознания

Уход

- Старайтесь держаться с пациентом максимально спокойно и уверенно.
- Важно, чтобы с пациентом находился родственник или близкий друг.
- Сведите к минимуму число людей (особенно незнакомых), общающихся с пациентом.
- Избегайте мер по ограничению свободы пациента, если только это не становится совершенно необходимым для безопасности самого пациента (ограничения обычно вызывают повышенное возбуждение).
- По возможности, держите пациента в знакомом окружении.
- Напоминайте пациенту, где он находится, какой сегодня день, который час и кто находится рядом с ним.
- Проверьте, не обезвожен ли организм. При необходимости назначьте регидратационный раствор перорально.
- Снимите жар (см. с. 32).

Назначение лекарственных средств

В большинстве случаев при спутанности сознания будет достаточно принять вышеописанные меры. Если пациент очень возбужден или агрессивен, могут помочь следующие препараты:

- **Галоперидол** 1.5-5 мг до трех раз в день, пока пациент не успокоится
- **Хлорпромазин** 25-50 мг до трех раз в день, пока пациент не успокоится
- При необходимости добавьте **диазепам** 5-10 мг на ночь, но не назначайте его без **галоперидола** или **хлорпромазина**, иначе спутанность сознания усилится.
- В тяжелых случаях, когда упомянутые препараты не помогают, подумайте о назначении **фенобарбитала** – 200 мг подкожно, четыре раза в день.



Тревога и бессонница

Мучительные симптомы, присущие тяжелой болезни и страхи перед будущим часто порождают тревогу. Бессонница может быть как результатом физических проблем, таких как боль, так и следствием тревоги или депрессии.

Лечение

- Испытывает ли пациент боль? (об облегчении боли см. с.26)
- Проблемы с мочевыделением (см. с.47-48)
- Депрессия (см. ниже)

Уход

- Поощряйте пациентов к разговору о том, что их беспокоит (см. Гл. 4):
  - Есть ли у них вопросы о болезни или страхи, которыми ему хотелось бы поделиться?
  - Есть ли сложности в семейных отношениях?
  - Есть ли беспокойство по поводу пропитания или финансовых вопросов?
  - Есть ли тревоги, связанные с религиозными или духовными представлениями?
- Вполне вероятно, что вы не сможете ответить на все вопросы, но ваше активное внимание и поддержка помогут пациентам.
- Соблюдайте конфиденциальность в отношении информации, доверенной вам пациентом и членами его семьи.
- Обращайте внимание на непонимание пациентами каких-то аспектов болезни.
- Учите пациентов правильно и медленно дышать и контролировать дыхание (см. с.44).
- Уместно ли помолиться с пациентом или пригласить кого-то из его религиозной общины?
- Будет ли полезно, если вы или другой член команды снова посетите пациента?

Назначение лекарственных препаратов (Только в тех случаях, когда тревогу не удается унять с помощью профессионального общения)

- **Диазепам** 2,5-10 мг на ночь – на некоторых пациентов действует в течение 24-х часов и может вызывать сонливость днем. (Старайтесь назначать курс длительностью не более недели, за исключением случаев, когда пациент находится в терминальной стадии.)
- **Темазепам** 10-20 мг на ночь – действует в течение 8 часов и полезен при бессоннице. (Старайтесь назначать курс длительностью не более недели, за исключением случаев, когда пациент находится в терминальной стадии
- **Тризадон** 25-50 мг на ночь – седативное средство и мягкий антидепрессант, который может помочь при тревоге и бессоннице.

Депрессия



Пациенты с запущенным неизлечимым заболеванием почти всегда переживают тоску и подавленность. Подавленность может перейти в депрессивное состояние, при котором могут помочь антидепрессанты. В паллиативной медицине трудно диагностировать депрессию как болезнь. Такие симптомы как потеря аппетита и веса, потеря энергии, отсутствие сексуального влечения и бессонница могут быть вызваны собственно онкологическим заболеванием.

При дифференциальной диагностике депрессии у пациента с неизлечимым заболеванием полезно обратить внимание на следующие симптомы:

- Подавленное настроение большую часть дня ежедневно
- Потеря всякого интереса или всякой способности получать удовольствие
- Избыточное или беспричинное чувство вины
- Мысли о самоубийстве

Лечить

- Тревожность (см. выше), так как часто это – основной элемент депрессии.
- Боль (см с.) – Необлегчаемая хроническая боль – одна из основных причин депрессии у пациентов с неизлечимым заболеванием.

Уход (см. уход при тревожности, с.37)

- Убедитесь, что пациенту удобно, и боль его не мучает.
- Спросите пациента о других физических симптомах, которые могут его беспокоить.
- Если тревога и депрессия овладевают пациентом:
  - Поощряйте его к тому, чтобы он отмечал каждый маленький шаг на пути к тому, чтобы справиться с какими-то из своих проблем, и планировал какие-то дела, которые могут доставить ему удовольствие.
  - Бывает полезно ежедневно выделять определенное время для обсуждения тревог пациента, чтобы он не думал о них сутки напролет.
- Если пациент верующий, может помочь визит члена его религиозной общины.
- Если у пациента возникают мысли о самоубийстве:
  - Не бойтесь спросить об этом – своим вопросом вы не причините вреда. Например: “Бывало ли вам когда-нибудь так плохо, что хотелось покончить с собой?” или “Были ли у вас когда-нибудь мысли о том, что больше не хочется жить?”
  - Пациенты чувствуют себя более уверенно, если рядом с ними все время кто-то есть.
  - Возможно, понадобится договорится с пациентом о том, что кто-то будет следить за его лекарствами.
  - Поощряйте тех, кто ухаживает за пациентом, к обращению за помощью, если возникнет повод для беспокойства.

Назначение лекарственных препаратов (только при депрессивных состояниях, при которых не помогает психологическое консультирование)

- **Амитриптилин** – начинать с 25 мг на ночь с последующим постепенным увеличением до 75-150 мг. Основные побочные эффекты: сонливость, сухость во рту, запор.
- **Имипрамин** и **dosulepin (dothiepin)** являются альтернативными препаратами, дающими менее выраженный седативный эффект.
- Предупредите пациента и тех, кто ухаживает за ним, что действие препарата может начаться через две недели после начала приема.



Плохой аппетит и потеря в весе

Лечить

- ВИЧ – при доступности АРВ препаратов курс АРВТ (следуйте национальным правилам)
- Кандидоз полости рта или пищевода (см. с)
- Диарея (см. с.)
- Туберкулез (следуйте национальным правилам)
- Тошнота и рвота (см. с.)
- Запор (см. с.)
- Депрессия (см. с.)
- Недостаточное питание

Уход

- Кормите часто, но малыми порциями.
- Если у пациента очень запущенная форма рака или СПИДа, его организм будет не в состоянии получать пользу от еды. В этом случае:
  - Объясните членам семьи, что снижение аппетита – это естественный элемент болезни, и что не нужно заставлять пациента есть больше: это не продлит его дни и не улучшит его самочувствия.
  - Беспокойство из-за того, что пациент мало ест, может вызвать дополнительное напряжение и огорчение во время еды. Просто предлагайте пациенту то количество еды и те блюда, от которых он получит удовольствие.
- Давайте высококалорийные блюда, при возможности, с высоким содержанием протеина, например, молоко или йогурт.
- Поощряйте двигательную активность и легкие физические упражнения, чтобы поддерживать максимально возможную мышечную силу, но не позволяйте изнурять себя.
- Внимательно следите за состоянием кожи и участками, где могут появиться пролежни. При потере веса кожа больше подвержена повреждениям (см. с.).

Назначение лекарственных препаратов

- Если у пациента очень быстро наступает чувство насыщения, попробуйте **метоклопрамид** (10-20 мг до трех раз в день за полчаса до еды). Это может помочь более быстрому освобождению желудка. Отмените препарат, если он не дает желаемого эффекта.
- Стероидные препараты могут на несколько недель улучшить аппетит. При длительном приеме они вызывают неприятные побочные эффекты, поэтому лучше оставить их на тот период, когда ожидаемая продолжительность жизни пациента составит несколько месяцев или меньше.
- Для улучшения аппетита:
  - **Дексаметазон** 2-4 мг утром
  - **Преднизолон** 15-30 мг утром. Если через неделю виден эффект, перейдите к минимальной эффективной дозе. При отсутствии эффекта отмените препарат.



Воспаления в полости рта и затрудненное глотание

На поздних стадиях СПИДа и онкологических заболеваний инфекция и изъязвление полости рта – частые и очень мучительные для пациентов явления. Кандидоз (стоматит) не всегда проявляется высыпанием с белым налетом на небе или языке. Иногда единственным признаком кандидоза бывает болезненность отдельных участков ротовой полости или вкусовые изменения. Если пациент жалуется на то, что ему больно глотать, то, вероятно, у него кандидоз пищевода, даже если во рту нет никаких проявлений. Многие проблемы полости рта можно предупредить с помощью качественной гигиены, увлажнения полости рта и своевременного лечения инфекции.

Лечить

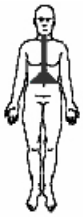
- Кандидоз полости рта:
  - Трижды в день смазывать участки, пораженные стоматитом, красителем **генциан фиолетовый**
  - **Нистатин** в форме капель, перорально 1-2 мл четыре раза в день после еды
  - Полезно ежедневно, в течение пяти дней, сосать пластинки **Клотримазола** и **нистатина**
  - **Флуконазол** 50 мг один раз в день в течение пяти дней или 200 мг перорально один раз в день в течение трех дней
- При кандидозе пищевода или рецидиве кандидоза полости рта:
  - **Флуконазол** 200 мг перорально один раз в день в течение двух недель
  - **Кетоконазол** 200 мг перорально, дважды в день в течение двух недель
- Инфекция (**пенициллин** плюс **метронизадол**)
- Простой герпес (при доступности препарата – **ацикловир** 200 мг перорально, пять раз в день)

Уход

- Регулярно осматривайте полость рта, зубы, десны и небо, чтобы проверить, нет ли сухости, воспаления, кандидоза, язвочек и
- Чистите зубы зубочисткой или мягкой щеткой всякий раз после еды и на ночь. Пользуйтесь зубной пастой или жидкостью для полоскания рта. При сильной болезненности лучше не пользоваться зубной щеткой.
- После еды и на ночь полощите рот раствором (например: щепотка соли или пищевой соды на стакан кипяченой и охлажденной воды; чайная ложка уксуса или лимонного сока на литр кипяченой и охлажденной воды).
- При сухости рта:
  - Регулярно увлажнять рот маленькими глотками холодной воды (при возможности – сосать кусочки льда)
  - Сосать кусочки фруктов (ананас, маракуйя, лимон и т.п.)
  - Смазывать губы вазелином.
- Назогастральная трубка – некоторых пациентов с опухолью головы или шеи можно кормить жидкой пищей через назогастральную трубку. Вставлять трубку должен человек, имеющий соответствующую подготовку. Трубку следует регулярно промывать солоноватой водой, чтобы предотвратить закупорку.

Назначение лекарственных препаратов

- Обезболивание в соответствии с “лестницей” ВОЗ (см. с.27)
- Растворимый **аспирин** 600 мг четыре раза в день при болезненных ощущениях в ротовой полости. Растворить в воде, хорошо прополоскать рот, горло и проглотить.
- Краситель **генциан-виолет** полезен при всех видах воспалений, так как сочетает в себе действие антибиотика, антивирусного и противогрибкового средств. Применять трижды в день.
- При запахе изо рта из-за опухоли в ротовой полости смешать растолченную таблетку **Метронидазола** или содержимое ампулы для инъекций с фруктовым соком и прополоскать рот полученным раствором.
- Воспаленные участки ротовой полости можно смазать составом **Uganda miracle paint** (см. с.34).
- **Преднизолон** – половину таблетки приложить к афтозным язвочкам (язвочки в полости рта) или растолочь ее в порошок и посыпать язвочки этим порошком.
- При сильных воспалениях ротовой полости или пищевода, затрудняющих глотание, если не помогают другие средства, можно назначить высокие дозы стероидных препаратов: **дексаметазон** 8-12 мг перорально, один раз в день. Всегда назначать вместе с противогрибковыми средствами, поскольку стероидные препараты могут усилить грибковую инфекцию (дозы – см. выше).



Тошнота и рвота

Лечить

- Кандидоз ротовой полости или пищевода (см. с. 40)
- Запор (см. с.46)
- Инфекции (малярия, гастроэнтерит, инфекция мочевыводящих путей и т.п.) (см. с.32)
- Повышенное внутричерепное давление – стероидные препараты (см. с.30)
- Несварение желудка/изжога (см. с.42)

Уход

- Поменять новый препарат, который мог вызывать рвоту.
- Убедите пациента пить больше жидкости.

Жидкость усваивается лучше, если пить часто маленькими глотками

- Если пациент обезвожен, при возможности, давайте жидкость в виде регидрационного солевого раствора. Альтернативы: нежная жидкость кокоса или рисовая вода.
- Часто лучшим средством являются холодные напитки и холодные блюда.
- Предложите тем, кто ухаживает за пациентом, готовить небольшие порции аппетитных блюд и избегать жирной пищи.
- Не готовьте в том помещении, где находится пациент.
- Полезно жевать имбирь или пить имбирный отвар.

Назначение лекарственных средств

Тошнота и рвота могут вызываться разными причинами. Проявление симптомов зависит от причины, и на разные причины лучше воздействуют разные конкретные препараты (см. таблицу). Если у вас нет каких-то препаратов, используйте доступные средства, таблетки не всасываются, и в этом случае, при возможности, используйте инъекционный путь введения противорвотных средств до достижения желаемого эффекта (см. с.50)

Тип тошноты и рвоты	Причины	Предлагаемые препараты
Плохое освобождение желудка • Рвота – основной симптом • Рвота часто облегчает чувство тошноты • Быстрое насыщение во время еды • Возможен гастро-эзофагальный рефлюкс	• Опиоиды • Запор • Состояние желудочно-кишечного тракта	• **Метоклопромид** 10-20мг трижды в день до еды или • **Домперидон** 20-30мг дважды в день.
Нарушение биохимии крови\токсины • Тошнота – основной симптом • Во многих случаях рвота не облегчает тошноту	• Лекарства • Почечная недостаточность • Гиперкальциемия	• **Галоперидол** 1-5мг на ночь или • **Прохлорперазин** 5-1 0мг трижды в день
Воспаление или опухоль в области головы # • Может усиливаться при движении • Во многих случаях рвота не облегчает тошноту • Может быть сильнее по утрам	• Ушная инфекция • Опухоли мозга • Менингит	• **Циклизин** 25-50мг трижды в день или • **Прометазин** 25мг трижды в день или • **Прохлорперазин** 5-1 0мг трижды в день
Рвота с диареей (исключить диарею на фоне избыточного наполнения кишечника (см. с.)	• Малярия • Инфекционная диарея	• **Циклизин** 25-50мг трижды в день или • **Прометазин** 25мг трижды в день
Частичная кишечная непроходимость* • Обильная рвота • Прохождение газов и фекальных масс	• Запор • Опухоль в брюшной и тазовой области	• **Метоклопромид** 20мг подкожно четыре раза в день. Отменить при усилении абдоминальной боли и действовать как при полной кишечной непроходимости
Полная кишечная непроходимость * • Обильная рвота • Газы и фекальные массы не проходят. Пациент недостаточно крепок для хирургического вмешательства	• Опухоль в брюшной и тазовой области	• **Прометазин** 25мг подкожно 3 р. в день или • **Циклизин** подкожно 50мг 3 р. в день или • **Хлорпромазин** подкожно 10 -25мг 3 р. в день • **Гиосцина бутилбромид** подкожно 20-40мг 4 р. в день ослабит тошноту и боль

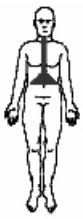
\# Тошнота, вызванная опухолью мозга может быть облегчена стеродными препаратами (см. с. 30).

* При доступности хирургического оборудования и если пациент достаточно крепок, можно обратиться за хирургической помощью.

Если тошноту и рвоту трудно взять под контроль, попробуйте следующее:

1/ **Циклизин** или **прометазин** плюс **галоперидол**

2/ **Хлорпромазин** 10-25мг трижды в день



Нарушение пищеварения/гастро-эзофагальный рефлюкс

Частое явление при давлении на диафрагму со стороны опухоли в брюшной полости, асците или неврологическом заболевании

Лечение

- Подумайте об отмене НПВП или аспирина, если прием этих препаратов может быть причиной симптома.

Уход

- Мероприятия по уходу проводите, когда пациент находится в сидячем положении.
- Давайте лекарства после еды.
- Постарайтесь давать молоко

Назначение препаратов

- Антациды, например: **суспензию magnesium trisilicate** 10мл трижды в день
- При стойком симптоме: **циметидин** 200мг дважды в день или **ранитидин** 300мг дважды в день или **омепразол** 20-40мг один раз в день



Икота

Частая или длительная икота может быть мучительным симптомом. Обычно она вызвана растяжением желудка, но может быть и результатом давления на диафрагму или почечной недостаточности.

Лечить

- Запор (см. с.46)
- Задержка мочи (см. с.48)

Уход

- Чтобы остановить икоту, дайте пациенту съесть сухарики или колотый лед или БЫСТРО проглотить две чайные ложки сахара.
- Старайтесь проводить мероприятия по уходу, когда пациент находится в сидячем положении.

Назначение лекарственных препаратов

При стойкой икоте назначайте:

- Метоклопрамид 10-20 мг трижды в день или
- Галоперидол 3 мг на ночь или
- Хлорпромазин 25-50 мг на ночь
- Баклофен 5-1 0 мг трижды в день может помочь, если перечисленные меры оказались неэффективными.



Кашель

Лечить

- Инфекцию грудной клетки
- Туберкулез
- Астму
- Хроническое обструктивное легочное заболевание
- Кандидоз пищевода и полости рта (см. с.40)
- Синусит
- Нарушение пищеварения/рефлюкс (см. с.42)

Уход

- Следите за тем, чтобы пациенты, получающие противотуберкулезные препараты регулярно пили таблетки и посещали амбулаторию для наблюдения.
- Старайтесь, чтобы дым от сигарет и с кухни, где готовится пища, не доходил до пациента.
- Помогите пациентам откашлять мокроту, придав им сидячее положение.
- Объясните пациенту, чтобы он откашливался в сторону от того, кто ухаживает за ним, в контейнер, который можно закрыть крышкой.
- Если мокрота густая и плохо откашливается, попробуйте следующее:
  - Паровую ингаляцию – пациент сидит, нагнувшись над кастрюлей с кипящей водой, и делает глубокие вдохи;
  - Похлопайте пациента по спине в разных направлениях сложенными в форме чашки ладонями.
  - Постуральный дренаж: изменение положения тела пациента, чтобы обеспечить отток мокроты из разных участков легких.
- При сухом кашле эффективны теплые напитки с медом, имбирем и корицей.

Назначение лекарственных препаратов

- При стойком сухом кашле могут помочь следующие препараты:
  - **Кодеин** 30 мг четыре раза в день.
  - **Морфин** 2.5-5 мг каждые четыре часа.
- При обильной жидкой мокроте могут помочь холиноблокаторы, например:
  - **Амитриптилин** 10-50 мг на ночь
  - **Пропантелин** 15 мг трижды в день.
  - **Гиосцина бутилбромид** 20 мг четыре раза в день
  - **Атропин** 1 мг три раза в день

(Не назначайте эти препараты, если мокрота густая, в противном случае ее будет трудно откашлять.)



Одышка

Затрудненное дыхание может быть пугающим симптомом на конечной стадии заболевания и почти всегда вызывает тревогу у пациентов и их родственников. Нужно справляться и с одышкой, и с тревогой.

Лечить

- Инфекцию грудной клетки: туберкулез, бактериальную пневмонию или пневмоцистозную пневмонию.
- Анемию
- Астму
- Сердечную недостаточность
- Плевральный выпот
- Кашель (см. с.43)

Уход

- Найдите такое положение, чтобы оно было удобно для пациента (обычно сидячее положение).
- Откройте окна, чтобы обеспечить циркуляцию воздуха, при возможности включите вентилятор или обмахивайте пациента книгой или газетой.
- Научите пациента двигаться медленно и аккуратно, чтобы избежать усиления одышки.
- Если пациент очень встревожен или находится в панике:
  - Объясните, что одышка уменьшится, если дышать медленно. Покажите, как можно замедлить дыхание, если на выдохе вытянуть губы в трубочку, как если бы он/она хотели засвистеть.
  - Научите пациента диафрагмальному дыханию: одну руку нужно положить на грудь, а другую – на верхнюю часть живота, чтобы он ощущал движение вдыхаемого и выдыхаемого воздуха. При диафрагмальном дыхании движение руки на животе должно быть более заметным, чем при грудном дыхании.
- Снимите тревогу (см. с.37).

Назначение лекарственных препаратов

Если нельзя устранить причину одышки, можно облегчить состояние пациента, назначив следующие препараты:

- **Морфин** 2.5-5мг каждые четыре часа
- **Диазепам** 2.5-5мг до трех раз в день (особенно, если пациент в тревоге или панике). При предсмертной одышке могут понадобиться более высокие дозы.

Если одышка вызвана опухолью, блокирующей дыхательные пути, может помочь средняя доза стероидных препаратов

- **Дексаметазон** 8-12 мг один раз в день (см. с.30)



Диарея

Острые эпизоды диареи обычно не требуют особого лечения кроме восполнения жидкости. Диарея с кровью (дизентерия) или сопровождаемая жаром может потребовать лечения антибиотиками, например, **ципрофлоксацином** или **котримоксазолом** (следуйте местным предписаниям).

Стойкая диарея, длящаяся более двух недель, очень изнурительна, и при возможности ее следует держать под контролем. Анализ кала и посев на культуру могут помочь в определении причины.

Лечить

- Обезвоживание – пероральный регидратационный солевой раствор (при сильном обезвоживании может понадобиться введение жидкости)
- Запор (иногда может вызвать диарею на фоне избыточного наполнения кишечника). Если в истории болезни отмечены запоры, проведите ректальное обследование, чтобы проверить, нет ли в прямой кишке твердого калового комка.
- Подумайте о лекарствах – некоторые АРВП и антибиотики могут вызывать диарею.
- Если ранее не назначались антибиотики, то для устранения поддающейся лечению кишечной инфекции, связанной с ВИЧ, следует последовательно пробовать недельный прием **котримоксазола**, недельный прием высокой дозы **метронидазола** и, наконец, двухнедельный прием **альбендазола** в течение двух недель; тем не менее, во многих случаях нужно проводить и симптоматическое лечение.

Уход

- При частой и обильной диарее давайте много жидкости и регидратационный солевой раствор. Альтернативой может быть теплая кокосовая или рисовая вода.
- Объясните пациенту, что лучше пить очень часто и маленькими глотками, чем выпивать много жидкости за один раз.
- Скажите, что пациент может есть, когда захочет.
- Объясните, что лучше есть часто, но маленькими порциями, чем съесть много за один раз.
- При диарее полезны рис, хлеб или помидоры.
- Бананы и помидоры полезны для возмещения калия.
- Йогурт усваивается лучше, чем молоко и сыр.
- Объясните пациенту пользу тщательной гигиены (мытье рук, смена запачканного белья, пользование туалетом).
- Для защиты кожи вокруг заднего прохода смажьте кожу вазелином.
- Стульчак можно соорудить, прорезав круглое отверстие в сиденье стула, под которое ставится ведро.

Назначение лекарственных препаратов

- Если диарея становится хронической и описанные меры не помогают, можно прибегнуть к лекарственным препаратам. Их нельзя назначать при высокой температуре или при кровавой диарее (это признаки инфекции, которую нужно лечить антибиотиками). Не следует давать эти препараты и детям до года. Можно попробовать следующие препараты:
- **Лоперамид** 2 мг три раза в день и после каждого эпизода диареи (до 16 мг в день)
- **Кодеин** 10 мг три раза в день (до 30 мг каждые четыре часа)
- **Морфин** перорально 2.5-5мг каждые четыре часа (при сильной диарее).



Запор

При возможности следует обследовать пациента, чтобы понять причину запора. Ректальное обследование покажет, нет ли скопления твердых каловых масс, мешающих опорожнению кишечника. Если кишечник свободен, значит, причину следует искать выше. Когда пациенты приближаются к конечной стадии заболевания, у них редкий стул с очень малым объемом каловых масс из-за того, что они мало едят. Это не нуждается в лечении.

Лечить

- Предупреждайте запор, назначая слабительные средства наряду с опиоидами (например: морфином или кодеином).
- Пересмотрите назначение лекарств, которые могут вызвать запор (трициклические антидепрессанты, например, амитриптилин, и холиноблокаторы, например, гиосцин).
- Обезвоживание

Уход

- Давайте пациенту много жидкости.
- Объясняйте важность содержания в диете фруктов и овощей.
- Перед завтраком дайте столовую ложку растительного масла.
- При возможности можно жевать семечки папайи (от 5 до 30 семечек на ночь). Можно растолочь семечки и смешать их с водой для питья.
- Если стул твердый и выходит с трудом, смажьте внутреннюю сторону заднего прохода вазелином или вставьте размягченный водой кусочек мыла.
- Если прямая кишка заполнена твердыми каловыми массами, может помочь мыльная клизма: аккуратно введите мочевой катетер в прямую кишку и вливайте через него мыльную воду.
- Может потребоваться ручная эвакуация кала; иногда это приходится делать регулярно.
  - Объясните пациенту, что вы собираетесь делать; при возможности дайте анальгетик перорально или **диазепам** 5-10 мг за 30 минут до начала процедуры.
  - Подготовьте газету или что-нибудь аналогичное, куда можно будет положить извлеченные каловые массы.
  - Наденьте перчатки и смажьте вазелином большой палец.
  - Помассируйте внутреннюю поверхность заднего прохода, чтобы расслабить сфинктер, затем осторожно введите палец. Если почувствуете, что мускулатура напрягается, остановитесь и дайте ей время расслабиться.
  - Удаляйте каловые массы постепенно, фрагмент за фрагментом. Пальцем разделяйте большие комки на кусочки перед удалением.
  - Разговаривайте с пациентами во время процедуры, просите их делать глубокие вдохи – это поможет им расслабиться. Если пациент испытывает слишком большой дискомфорт, закончите процедуру и продолжите ее в другой день.

Назначение лекарственных препаратов

- **Бисакодил** 5мг на ночь, при необходимости увеличить до 15 мг.
- **Сенна** – одну—две таблетки на ночь, при необходимости увеличить дозу.
- **Глицерол** или **бисакодил** (**суппозитории**) могут помочь (если доступны).



Вагинальные выделения

Вагинальные выделения – типичный симптом при раке шейки матки. Выделения неприятно пахнут, что причиняет страдания, вызывает чувство неловкости и чего-то позорного, но с этим можно эффективно справиться.

Лечить

- Болезни, передаваемые половым путем (следуйте местным предписаниям).
- Кандидоз (молочница) вульвы и вагины – противогрибковые пессарии, например, **клотримазол** и **миконазол** или же единичный прием **флуконазола** (150 мг перорально)

Уход

- Дважды в день ванночки с щепоткой соли.
- Используйте хлопковые прокладки из старого белья
- Пластиковые трусы с эластиком – могут быть изготовлены в местных условиях
- Проследите за тем, чтобы запачканные прокладки и белье менялись и стирались регулярно
- Объясните, что в вагину не должны попадать посторонние предметы.

Назначение лекарственных препаратов

- Таблетки **Метронидазола** (200 мг) можно ввести во влагалище /целиком/ или растолочь и ввести в виде порошка.



Недержание мочи

Лечить

- Инфекцию мочевыводящих путей
- Задержку мочи на фоне переполнения мочевого пузыря (см. ниже)
- Компрессию спинного мозга (см. с.30)

Уход

- Пластиковая бутылка у пениса для мужчин и мальчиков.
- Хлопковые прокладки для женщин (из старой одежды или белья) и, при возможности, пластиковые трусы.
- Регулярно меняйте и стирайте прокладки и постельное белье, чтобы поддерживать сухость.
- Для защиты кожи – вазелин.
- Объясните пациентам, что им можно пить – иногда они перестают пить из страха перед недержанием, но обезвоживание только ухудшит общее состояние.

Назначения

- При возможности, подумайте о введении катетера.



Задержка мочи

Лечить

- Закупорку каловыми массами в результате запора (см. с.46)
- Инфекцию мочевыводящих путей
- Эффект, вызванный лекарственными препаратами (трициклические антидепрессанты, например, **амитриптилин**; **опиоиды** – временный эффект)
- Компрессия спинного мозга (см. с.49)

Уход

- Катетеризация поможет облегчить состояние. Если причина (см. выше) устранима, проблема может разрешиться после выхода мочи, и катетер можно вывести.
- Иногда катетером нужно пользоваться в течение длительного времени. Он может засориться (например, сгустками крови при раке мочевого пузыря). Для прочистки катетера нужно провести промывание мочевого пузыря (шприц 50 мл с солью, растворенной в кипяченой воде). Научите пациента проводить промывание мочевого пузыря раз в две недели. При возможности, меняйте катетер раз в четыре недели.

Назначение лекарственных препаратов

- Ступенчатое обезболивание (см. с.27).
- **Лоперамид** 2 мг трижды в день и после каждого выхода стула (до 16 мг в день)
- **Кодеин** 10 мг трижды в день (до 30 мг каждые четыре часа)
- **Морфин** перорально 2.5-5 мг каждые четыре часа (при жестокой боли).



Спазм мочевого пузыря

Внезапная жестокая боль в области мочевого пузыря и уретры, возникающая, главным образом, у пациентов со злокачественной опухолью мочевого пузыря или простаты, а также в результате введения катетера или из-за инфекции.

Лечить

- Инфекцию мочевыводящих путей

Уход

- Давайте пациенту много жидкости.

Назначение лекарственных препаратов

- Холиноблокаторы, например **амитриптилин** 25-50 мг на ночь или **гиосцина бутилбромид** 10-20мг четыре раза в **день** или пропантелин 15 мг три раза в день
- Ступенчатое обезболивание.



Двигательные проблемы

Лечить

- **Компрессию спинного мозга (КСМ)** – КСМ возникает из-за того, что опухолевая масса давит на спинной мозг. Первый признак – боль в спине на уровне опухоли. Это может быть опоясывающая боль или же боль, распространяющаяся вниз по ногам. В ногах появляется слабость; ниже опухоли может наблюдаться потеря чувствительности. Могут произойти нарушения функции мочевого пузыря и кишечника и, как результат, развивается либо недержание, либо задержка мочи.
- При подозрении на КСМ следует принимать экстренные меры паллиативной помощи. При появлении первых симптомов следует назначить высокие дозы кортикостероидов. Это поможет сохранить функцию ног либо до того, как, при возможности, начнется курс терапии (например, лучевой терапии), либо улучшит качество жизни на ограниченный период времени: **дексаметазон** 16 мг один раз в день (см. с.).

Уход

- Если пациент не может двигаться в постели у него/нее могут развиться пролежни. Предупреждайте их появление качественным уходом за участками, на которые оказывается давление (см. с.34).
- При неподвижности конечностей развивается их ригидность, и возникают контрактуры:
  - Поощряйте пациента к тому, чтобы они по возможности больше двигались, помогайте им часто менять положение тела.
  - Если пациент неподвижен, делайте “пассивные” упражнения, по крайней мере, дважды в день. Поддерживайте гибкость суставов, осторожно сгибая и разгибая запястья, локтевые, плечевые суставы, лодыжки, бедра и шею.
  - Оберегайте суставов, поддерживая конечность выше и ниже его во время движения.
  - Массируйте конечности, шею и спину, если пациенту от этого лучше.

Назначения лекарственных препаратов

- Обезболивание может помочь поддерживать подвижность суставов.
- Адъювантные препараты при мышечном спазме (см. с.31).

Когда невозможен пероральный прием лекарственных препаратов

Пациент не может принимать таблетки или жидкие препараты перорально в следующих ситуациях:

- Неукротимая рвота
- Тяжелый кандидоз полости рта или пищевода
- Рак головы, шеи, пищевода или желудка
- Бессознательное состояние вследствие опухоли мозга или менингита
- Умирающий пациент.

Альтернативные пути введения препаратов

- Подкожный – Предпочтительный путь введения лекарственных препаратов в паллиативной медицине. “Игла-бабочка” вводится под кожу и фиксируется пластырем, чтобы можно было делать многократные инъекции. Этот способ менее болезненный, чем внутримышечное введение, и намного проще внутривенного введения. Подкожное введение препарата неэффективно при отечности кожи или при воспалении. Пораженные отеком или воспалением участки кожи не годятся для подкожного введения лекарств.
- Ректальный – Некоторые препараты выпускаются в виде суппозиториев для ректального введения, но и некоторые таблетки можно вводить тем же путем, если другой путь недоступен.
- Трансбуккальный – Некоторые препараты можно класть в рот между щекой и десной. Они всасываются через слизистую рта, при этом глотать лекарство не нужно.
- Внутримышечный – Этот путь более болезненный для пациента, чем подкожный; кроме того, в этом случае нельзя оставлять в мышце иглу для повторных инъекций.
- Внутривенный – Этот путь требует навыков внутривенного канюлирования и используется обчно в экстренных ситуациях в больнице или в амбулатории.
- Назогастральный – Некоторых пациентов можно выписывать из больницы с назогастральной трубкой, которую можно использовать для введения лекарств.

Конкретные препараты

Морфин

Если пациент принимает морфин для обезболивания, важно, чтобы прием морфина не прерывался, когда он не может глотать, иначе пациент будет страдать от боли и от симптомов, вызванных отменой морфина (см. с.29). При возможности, нужно делать подкожные инъекции морфина каждые четыре часа. **Морфин, вводимый инъекционно, вдвое эффективнее по сравнению с той же дозой, принимаемой перорально**. При переходе с перорального введения на инъекционное дозу следует уменьшить вдвое:

Пример: переход от перорального пути введения морфина НВ на подкожный:
Пациент принимает 10 мг морфина НВ перорально каждые четыре часа:
Ему понадобится 10/2 = 5мг морфина подкожно каждые четыре часа.

Пример: переход от приема морфина МВ к введению подкожно:
Пациент принимает 30 мг морфина МВ перорально каждые 12 часов:
Суммарная суточная доза морфина перорально = 60 мг
Суммарная суточная доза морфина подкожно 24 часа = 60/2 = 30мг
Доза, вводимая подкожно каждые 4 часа
30/6 = 5мг
Нужно вводить 5мг морфина подкожно каждые 4 часа.

При отсутствии инъекционного морфина:

- **Раствор морфина** можно давать транбуккально, за щеку, каждые 4 часа.
- **Морфин НВ** в виде суппозитория или таблеток ректально каждые 4 часа.
- **Морфин МВ** в таблетках можно вводить ректально каждые 12 часов.

Другие препараты

- **Парацетамол** в суппозиториях или таблетках можно вводить ректально каждые шесть часов (при боли или высокой температуре).
- **Диазепам** можно вводить ректально 5-10мг трижды в день при припадках, возбуждении и двигательном беспокойстве (относительно других противоэпилептических препаратов см. с.35).
- Противорвотные препараты: **метоклопромид**, **прометазин** и **галоперидол** выпускаются в формах, пригодных для подкожного введения.

Домперидон можно вводить ректально.

Уход за пациентом в конце его жизни

Когда жизнь пациента подходит к своему концу, было бы правильно поговорить об этом с пациентом и его семьей, если такой разговор приемлем в контексте культурных традиций (См. Гл. 4). Это позволяет пациенту составить план, касающийся похорон, обратиться к духовным вопросам, попрощаться и поговорить о важных вещах с друзьями и членами семьи. Поднимать эту тему нелегко, но пациенты и старшие члены их семей часто уже осознали приближение смерти. О приближающейся смерти (“терминальной” стадии) свидетельствуют следующие признаки:

- Состояние пациента ухудшается день ото дня или с каждым часом.
- Пациент спит большую часть суток, возможны спутанность сознания или коматозное состояние.
- Минимальное потребление пищи – пациент не чувствует ни голода, ни жажды.
- Сниженная функция кишечника и мочевыводящих путей; возможно недержание мочи.
- Нарушается ритм дыхания, иногда дыхание становится шумным (“погремушка смерти”).
- Изменение цвета кожных покровов – кожа приобретает серый или лиловый оттенок; руки и ноги холодные.

Лечение

Когда пациент находится на стадии умирания, проводить симптоматическое лечение инфекции или других конкретных симптомов более неуместно и невозможно. Бывает, что членам семьи трудно это принять. Лучше всего объяснить им, что неразумно везти пациента в амбулаторию или в больницу, если:

- Есть вероятность, что больной скончается по дороге
- Пациент хотел бы умереть дома, а ни в амбулатории, ни в больнице ничего нельзя сделать для продления его жизни.

Уход

- Поощряйте членов семьи к тому, чтобы они находились рядом с пациентом, держали его за руку или разговаривали с ним, даже если со стороны пациента нет видимой реакции, и помнить, что пациент способен слышать, даже если он не может ответить.
- Объясните, что такие проявления, как шумное дыхания или недержание мочи могут быть мучительны для членов семьи, но они обычно не беспокоят пациента.
- Посоветуйте членам семьи не пытаться насильно кормить пациента; если пациент уже не способен глотать, он может подавиться и начнет задыхаться, что будет мучительно и для него, и для членов семьи.
- Пациент может пить жидкость маленькими глотками, пока он в силах это делать; внутривенное введение жидкости на этой стадии не продлит жизнь пациента и не утолит жажду. Достаточно регулярно увлажнять губы.
- Научите членов семьи
  - поддерживать тело и белье в чистоте и сухости;
  - поворачивать пациента каждые 2 часа, чтобы предупредить пролежни;
  - чистить ротовую полость влажной салфеткой, намотанной на палец;
  - смазывать губы вазелином для предупреждения высыхания и появления трещин.



Назначения лекарственных препаратов

- Прием лекарств – это дополнительная нагрузка для пациента, которую на этой стадии следует свести к минимуму.
- Давайте только те лекарство, которые поддерживают комфортное состояние пациента.
- Препараты для лечения инфекций, нормализации сердечной деятельности или давления на этой стадии обычно можно отменить.
- Прием противодиабетических препаратов можно отменить, когда пациент прекращает принимать пищу.
- Не следует отменять противосудорожные препараты до тех пор, пока пациент может глотать; когда глотание затруднено, -- вводить диазепам ректально (см. с.50).

Введение некоторых препаратов можно продолжать и когда пациент уже не может принимать их перорально (см. с. 50).

“В жизни вы делаете все возможное, чтобы сберечь свое достоинство; в смерти иногда ваше достоинство должны оберегать другие.”

Боно

Вы можете помочь детям и членам их семьи

Разговор с детьми

Дети понимают больше, чем нам кажется

- Разговаривайте с детьми, а не о них
- Ведите разговор на серьезные темы в присутствии кого-то из родителей
- Поощряйте родителей к тому, чтобы они делились информацией с детьми. Объясните родителям, что вы не будете ничего сообщать детям без их разрешения, но не станете обманывать детей

Поддержка детей

- Даже больной ребенок хочет играть
- При возможности, можно продолжать школьные занятия
- Вовлекайте ребенка в семейную жизнь и жизнь сообщества
- Создайте возможность для духовной поддержки
- Признайте отличие реакций детей на утрату
- Давайте ребенку больше любви и внимания

Поддержка членов семей

- Признайте их нелегкий труд
- Избегайте обвинений или упреков в их адрес
- Привлекайте их к участию в принятии решений – они партнеры по оказанию помощи больному
- Поощряйте их к тому, чтобы они распределяли между собой работу по уходу за пациентом
- Не забывайте уделять внимание родным братьям и сестрам

Оценка боли у детей

- Слушайте ребенка
- Слушайте тех, кто ухаживает за ним
- Наблюдайте за ребенком, чтобы видеть все своими глазами

продолжение на обороте....

Простые меры для облегчения боли

- При возможности, ухаживайте за ребенком дома
- Не оставляйте его в одиночестве
- Используйте прикосновение, берите на руки, укачивайте, кормите грудью, делайте массаж
- Никогда не принуждайте к еде: часто помогает легкая закуска
- Тепло или холод – например, прикладывайте влажную ткань
- Играйте с детьми – отвлекающая игра может быть хорошим лекарством для детей

Медикаментозное обезболивание

- По часам
- Перорально
- По восходящей “лестнице”

Симптоматическое лечение

- Лечите то, что поддается лечению
- Уход за ребенком
- Назначение паллиативных лекарственных препаратов
- Важность физического обследования
- Подумайте о питании и гидратации
- Поощряйте к соблюдению правил гигиены

Глава 6. Вы можете помочь детям и членам их семьи

Ребенок моего соседа, это и мой ребенок

Африканская пословица

Больные дети – это самые уязвимые люди на земле. Зачастую они не способны сформулировать свои потребности и полностью зависят от тех, кто ухаживает за ними, кто помогает им. Если эти помощники заняты, больны или отсутствуют, потребности детей остаются неудовлетворенными или вовсе незамеченными. Мнением детей зачастую пренебрегают, если его вообще спрашивают, однако дети гораздо больше знают о своей ситуации, чем нам кажется.

Хотя принципы оказания паллиативной помощи детям те же, что и в отношении взрослых (целостный подход, пациент-ориентированная помощь, направленная на поддержание качества жизни), нужно помнить, что у детей есть особые потребности, которые следует учитывать.

- Дети – это не просто маленькие взрослые; у них есть свои потребности.
- Дети тоже люди – у них есть мнения, которые нужно выслушать, и они могут делать выбор.
- Как правило, дети знают гораздо больше, чем мы думаем, и зачастую они более способные, чем нам видится.

Разговор с детьми

Во многих культурах считается, что детей можно видеть, но их не должно быть слышно. Их участие в серьезных разговорах о таких вещах как болезнь и смерть не предполагается. Бывает трудно решить, как много можно рассказать детям разного возраста об их болезни или о болезни кого-то из членов семьи. Нам следует помнить, что дети зачастую знают гораздо больше, чем мы думаем, потому что они способны почувствовать тревогу окружающих, и могут нечаянно услышать разговоры взрослых. И они видят, как болезнь влияет на жизнь других семей.

Один из примеров – разговор о ВИЧ. Детям часто рассказывают об этом в школе, они могут слышать об этом по радио и замечать плакаты в поликлинике, но с ними, возможно, не говорят об этом, когда ВИЧ поражает их и их семью. Иногда правильнее мягко выступить против убеждения, что детям нельзя сообщать такие вещи, которые могут вызвать их беспокойство.



.

- Правда может принести им облегчение, даже если она так же тяжела, как и их тайные страхи.
- Разговор с детьми помогает им выразить свои страхи, свою печаль и задать вопросы.
- Знание правды дает им возможность делать выбор.

Мы не можем оградить детей от тяжелых переживаний, но мы можем оказать им поддержку в их горе.

Общение

Есть много данных, свидетельствующих о том, что дети и члены семьи лучше справляются с бедой, если в их отношениях больше открытости, нежели скрытности. В разговорах с детьми нам нужно уважать мнения их родителей или опекунов, поэтому нам важно уделить время и рассказать членам семьи о том, как важна правдивость, и объяснить им права ребенка.

Многие навыки общения с детьми и взрослыми одинаковы, но в общении с детьми есть свои особенности.

Общие правила общения

- Относитесь к пациенту с уважением, будьте вежливы. Если ребенок достаточно большой, чтобы понимать, о чем вы говорите, обращайтесь не только к родителям, но и к ребенку.
- Ведите диалог с ребенком, а не просто свой монолог. Разговаривайте с ребенком, а не о нем.
- Устройтесь так, чтобы быть на одном уровне с ребенком – вы можете сесть рядом с ним на пол или встать на колени рядом с кроватью.
- Не перебивайте, проявите терпение.
- Избегайте слов, которые дети могут не понять; это может зависеть от возраста ребенка.
- Заверьте детей, что они имеют право задавать вопросы.
- Никогда не навязывайте слишком много информации.
- Никогда не лгите, потому что ложь разрушает доверие.

Особые навыки в общении с детьми

- Как правило, разговоры на важные темы лучше вести в присутствии родителей или опекунов, за исключением случаев, когда ребенок хочет поговорить с вами наедине. Договоритесь с родителями или опекунами с разговоре с ребенком один на один.
- Прямой зрительный контакт может пугать ребенка. Дети чаще предпочитают разговаривать за игрой или рисованием.
- Скажите членам семьи, что вы не станете ничего рассказывать ребенку без их разрешения, но что обманывать ребенка вы не будете.

Трудные вопросы

Как и взрослые, дети могут задавать вопросы, например, такие: “Я поправлюсь?” или “Моя мама умрет?”. На эти вопросы трудно отвечать, особенно если вы не знаете, что им уже говорили или хотят сказать родители. Иногда полезно подумать над вопросом, чтобы понять, что дети уже знают и что их больше всего беспокоит.

Мы можем сказать:

- “Скажи, а почему ты спрашиваешь меня об этом?”
- “Ты спрашивал об этом маму/папу/бабушку? Что они сказали? “
- “Нам нужно поговорить об этом. Скажи мне сначала, что ты думаешь, а потом я тебе скажу, что думаю я”.

Мы хотим, чтобы дети чувствовали, что они могут задавать любые вопросы, даже, если мы не можем сразу дать на них полный ответ: “Это важный вопрос. Я хочу обсудить его, когда поговорю с твоей мамой”.

Если родители не хотят, чтобы дети получали информацию, мы можем рассказать им, что семье легче, когда все открыты для разговора, но, в конце концов, мы должны передать им ответственность: “Это важный вопрос; ты уже говорил(а) об этом с родителями?”.

Эмоциональная поддержка детей

Даже больные дети должны играть и учиться. Это не только “отвлекающая терапия”, это – часть нормального процесса их развития. Нам нужно найти новые формы игры, чтобы дети не испытывали слишком большой физической нагрузки, например, рисование или музыка вместо бега и прыжков. Пока возможно, дети должны продолжать школьные занятия. Их нужно привлекать к участию в жизни семьи и их сообщества; возможно, они слишком больны, чтобы играть в футбол, но сидеть во дворе и наблюдать,

таким образом, участвуя в происходящем, зачастую гораздо лучше, чем лежать дома в одиночестве.

Подобным образом, если они принадлежат к местному религиозному сообществу, их следует, по возможности, привлекать к активной деятельности. Даже совсем юные могут иметь искреннюю веру, которая поддерживает их. У них могут быть вопросы, которые требуют осмысления.

Дети и переживание тяжелой утраты

Представления детей о смерти и умирании с возрастом меняются, и в разном возрасте они по-разному реагируют на утрату. У младших детей возможна регрессия, то есть они могут вести себя, как младенцы или станут капризными и непослушными. Они могут быть очень пассивными или вести себя так, словно ничего не произошло. Как и взрослые, дети могут чувствовать вину, гнев, тревогу или переживать депрессию. У них могут появиться физические симптомы, такие как головная боль или боли в животе. Дети переживают горе гораздо дольше, чем кажется взрослым. Они заново переживают утрату на разных стадиях развития, когда значение утраты может для них меняться.

Поддержка детей

- При возможности, ухаживайте за детьми в домашних условиях.
- Даже больные дети должны играть.
- Пока возможно, дети должны продолжать школьные занятия.
- Вовлекайте детей в жизнь семьи и сообщества.
- Оставьте место для духовной поддержки.
- Признайте различные реакции на утрату.
- Давайте им больше любви и уделяйте им больше внимания.

Эмоциональная поддержка членов семьи

Уход за больным ребенком требует больших сил, особенно когда вы знаете, что ребенок не поправится. Может быть трудно ухаживать за сиротой, в то время, как вы стремитесь заботиться о своих детях. Важно, чтобы мы ценили и признавали труд членов семьи и относиться к ним как к партнерам, которые вместе с нами ухаживают за ребенком.



Родным братьям и сестрам может быть тяжело оттого, что столько времени и, без того скудных, ресурсов отдается их брату или сестре, поэтому мы можем поощрять их к участию в уходе за больным ребенком и показывать, что мы высоко ценим их вклад. При этом мы должны давать им время играть с их друзьями.

Поддержка членов семьи

- Оцените по достоинству их тяжкий труд и похвалите их за то, что они все так хорошо делают.
- Избегайте упреков в их адрес, если уход не очень хороший – поймите их трудности и попробуйте найти путь улучшения ухода за ребенком.
- Привлекайте их к участию в принятии решений.
- Поощряйте их к тому, чтобы они распределяли работу по уходу за ребенком и обращались за помощью к членам их сообщества – ведь все время от времени нуждаются в отдыхе.
- Не забывайте уделять внимание братьям и сестрам ребенка.

Боль у детей

Оценка боли у детей может оказаться непростым делом. Совсем маленький ребенок, не способен сказать, что он чувствует; страх и тревога тоже могут препятствовать разговору. Родители и те, кто ухаживает за ребенком, могут недооценивать или переоценивать боль. Работая с детьми, нам нужно освоить дополнительные навыки. Хорошая новость заключается в том, что самый главный навык – это просто наблюдение, но внимательное и заботливое наблюдение. Даже если дети не в состоянии рассказать нам о своей боли, они выражают ее своим поведением.

Признаки боли у ребенка

- Плач и страдальческое выражение лица (можно спутать с признаками тревоги)
- Отказ от движения
- Отказ от еды
- Плохая концентрация
- Раздражительность или беспокойство
- Нарушенный сон
- Учащенное дыхание или учащенный пульс

Очень полезно понаблюдать за ребенком во время разговора с его матерью, или играя с ним, то есть когда он не осознает, что вы за ним наблюдаете и не беспокоится о том, что вы собираетесь с ним делать.

- **Слушайте ребенка**
- **Слушайте тех, кто ухаживает за ним**
- **Наблюдайте за ребенком, чтобы видеть все своими глазами**

С детьми постарше можно использовать простую оценку боли в баллах: они могут показать степень испытываемой боли на пальцах (по числу поднятых пальцев) или указывая на одну из картинок, где изображены лица с улыбкой, печальным и страдальческим выражением (см. рис. 2) Принципы обезболивания такие же, как и для взрослых: перорально, по часам, ступенчатый переход от ненаркотических анальгетиков к опиоидам. При оказании помощи детям особенно важно избегать инъекций; для некоторых препаратов целесообразным может быть ректальный путь введения. Дозы препаратов приведены в табл. 16. Избегайте назначать детям аспирин. (он может вызвать потенциально смертельное заболевание печени, синдром Рейе), другие же НПВП (например: ибупрофен, диклофенак) и парацетамол могут быть весьма полезны. Помимо медикаментозной терапии, существуют и другие способы облегчения боли, которые мы можем использовать сами и обучать им членов семьи и лиц, ухаживающих за ребенком. Мы можем показать им, что "всегда можно что-то сделать", чтобы помочь ребенку.

Немедикаментозные меры по облегчению боли у детей

- **Сделайте так, чтобы дети чувствовали себя в безопасности** – не оставляйте их наедине с их болью.
- **Держите детей в знакомом окружении** – при малейшей возможности ухаживайте за детьми в домашних условиях или же приглашайте их родственников оставаться с детьми в больнице и приносить любимые игрушки или домашнюю еду.
- **Покажите им, что вы их цените** – слушайте их и показывайте, что считаете их потребности важными.
- **Используйте прикосновение** – обнимайте, берите на руки, кормите грудью, делайте массаж.
- **Кормление** – никогда не заставляйте есть, но часто может быть полезна легкая закуска.
- **Тепло или холод** – например, приложить влажную ткань.
- **Играйте с детьми** – отвлекающая игра может быть хорошим лекарством для детей.
- **Используйте музыку и рассказы**.

Симптоматическое лечение

Оценке симптомов у детей следует обратить большое внимание, так как они не всегда могут объяснить, что их беспокоит, а родители могут упустить какие-то признаки. свидетельствующие о симптоме. Наблюдение и осмотр чрезвычайно важны. Всегда полезно проверить:

- Ротовую полость
- Состояние кожных покровов по всему телу, включая участки тела под подгузником или пеленками и кожу головы.
- Уши – важен наружный осмотр, при возможности используйте отоскоп
- Нет ли припухлости лимфатических узлов
- Ладони и конъюнктива -- нет ли признаков анемии
- Нет ли признаков нарушения дыхания (учащенное дыхание, увеличенная амплитуда движения ребер, раздувающиеся ноздри)
- Нет ли признаков обезвоживания (сухой язык, пониженная упругость кожи (тургор), запавшие глаза).

Принципы симптоматического лечения для детей те же, что и для взрослых:

- **Лечить то, что поддается лечению**
- **Уход за пациентом**
- **Назначение паллиативных Лекарственных препаратов**

В главе 5 описаны методы лечения конкретных симптомов; см. табл. 16, в которой приведены дозы для детей.

Общие проблемы у детей

Питание

- Для больных детей хорошее питание имеет большое значение; при возможности, давайте пищевые добавки
- Предлагайте разную еду, чтобы понять, что ребенок будет есть.
- Кормите малыми порциями и часто.
- Воспаление в полости рта – частая, поддающаяся лечению причина того, что ребенок плохо есть (см. с.40).
- Если ребенку очень плохо, объясните тем, кто ухаживает на ним, что ребенку не нужно много есть (см. с.39) и нельзя заставлять его есть.

Кожные проблемы

- Некоторые кожные проблемы поддаются лечению (например: чесотка, стригущий лишай) – см. с 33.
- Генерализованная сыпь часто вызвана вирусной инфекцией и является самокупирующейся
- Следите за реакцией на лекарства.
- Если ребенок чешется, следите за тем, чтобы его ногти были коротко острижены.
- В случае раздражения кожи от пеленок или подгузников, при возможности снимите их и дайте коже дышать; Используйте защитный крем (например: цинковую мазь или вазелин).

Инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП)

- ИВДП с насморком и повышением температуры часто встречаются у детей.
- Избегайте антибиотиков, так как они не помогут.
- Лечите ИВДП парацетамолом и обильным питьем.
- Следите за признаками нарушения дыхания (см. выше), которые, в свою очередь, могут указывать на легочную инфекцию, и тогда понадобятся антибиотики (Следуйте местным инструкциям).

Ушные выделения

- Острый средний отит (инфекция менее 14 дней) следует лечить антибиотиками (амоксициллин, если реакция отсутствует, заменить на ко-амоксиклав).
- Хронические выделения – это часто встречающаяся и сложная проблема у детей с иммуносупрессией. Основное лечение – чистить уши сухим кусочком ткани, намотанной на палец. Не пользуйтесь ватными палочками. Можно закапывать антибиотик (глазные капли), но курсы антибиотика, принимаемого перорально, не помогают.



Желудочно-кишечные симптомы

- Острый гастроэнтерит лечить только с помощью регидратации.
- В случае хронической диареи или рвоты (длящейся более двух недель) назначайте антидиарейные и противорвотные препараты.
- Запор часто встречается у детей с неврологическими нарушениями и у детей, принимающих опиаты.

Спастичность и мышечный спазм

- Частая проблема при церебральном параличе и других неврологических заболеваниях.
- Придайте ребенку такое положение (используя подушки или другие средства опоры), чтобы его поза не провоцировала спастичность и можно было поддерживать общее нормальное положение тела как можно дольше (например, U-образная подушка из свернутого одеяла может предупредить провисание спины, благодаря слегка склоненному положению головы)
- Предупреждайте контрактуры и пролежни (см. с.49, 34).
- Оборудуйте угловое сиденье с подносом впереди, чтобы при возможности ребенок мог сидеть и наблюдать за происходящем, участвуя таким образом в жизни семьи.
- Диазепам может быть полезен, особенно перед гигиеническими или физиотерапевтическими процедурами.

Поддержка сирот и детей из социально уязвимых групп

Рассмотрение путей оказания помощи сиротам находится за рамками данного пособия, но в целом можно сказать, что действия общества по оказанию поддержки семьям, которые берут на себя заботу не только о своих, но и о других детях, являются наиболее успешными.

Там, где это возможно, родные братья и сестры должны быть вместе, и поэтому иногда наилучшей альтернативой может быть общинная группа, управляемая детьми. Соседи, группы поддержки и благотворительные организации все могут оказывать разнообразную помощь, и, занимаясь паллиативной медициной, мы должны работать в связке с ними.

Выясните, кто помогает сиротам в вашем сообществе. Подумайте, какую помощь вы можете оказать им и чем они могут быть полезны для вас.

Вы можете рассказать другим

Важно информировать о том, что

- Паллиативная медицина может помочь многим людям
- Существует лечение для облегчения боли
- Паллиативная медицина может улучшить качество жизни
- Существуют разные способы оказания паллиативной помощи

Идеи, касающиеся пропаганды паллиативной помощи в местных сообществах

- Консультирование индивидуальных пациентов и членов их семьи
- Информирование людей, занимающих ведущие посты и организация специальных мероприятий
- Беседы о здоровье
- Музыка и драматическое искусство
- Пациенты рассказывают свои истории
- Плакаты и листовки

Информирование тех, с кем мы работаем – несколько идей

- Проводите обсуждения на собрании персонала
- Проводите учебные семинары
- Проведите краткий учебный курс
- Раздавайте информационные листовки

Просвещение общественности страны – несколько идей

- Статьи в газетах
- Интервью на радио
- Плакаты и листовки
- Привлечение политиков и знаменитостей

“Начни с необходимого, затем делай возможное, и окажется, что ты делаешь невозможное.”

Глава 7. Вы можете рассказать другим

“Если хочешь изменить мир, начни с себя”.

Махатма Ганди



Пропаганда

Если мы хотим организовать в местных сообществах или в учреждении, где мы работаем, службу паллиативной помощи, нам нужно рассказать об этом людям. Мы должны информировать пациентов, чтобы они обращались за помощью, а также медицинских работников, членов общества и общественных лидеров, чтобы они могли поддержать наши усилия. И, наконец, мы должны информировать правительственные органы и министерство здравоохранения, чтобы они разработали стратегию развития паллиативной медицины и способствовали обеспечению лекарственными препаратами, чтобы можно организовывать обучение. Процесс информирования и оказание влияния на людей для осуществления перемен, можно назвать пропагандой. Она может включать проведение учебных семинаров, рекламу, формирование общественного мнения и проведение кампаний.

Отстаивание интересов дела начинается там, где мы живем

Пропаганда начинается прямо там, где мы живем. Прежде чем обращаться к высшим должностным лицам, мы должны начать оказывать какой-то объем паллиативной помощи в нашей местности, Мы должны выяснить, что уже делается в нашей стране. Возможно, существует национальная ассоциация, которая сможет нам помочь. Если мы хотим привлечь волонтеров, нам нужно сообщить о наших потребностях и рассказать, чем люди могут нам помочь. Мы можем найти разные формы информирования с учетом местных условий для привлечения членов местных сообществ.

Что мы хотим донести до других?

- Паллиативная медицина может помочь многим людям с неизлечимыми заболеваниями.
- Существуют способы обезболивания и облегчения других симптомов
- Паллиативная медицина может улучшить качество жизни.
- Паллиативная медицина обращает внимание как на физические, так и на психологические и духовные проблемы.
- Существуют разные формы оказания паллиативной помощи.
- Многие люди в местных сообществах могут принять участие в оказание паллиативной помощи.
- Паллиативная помощь не требует больших финансовых затрат и облегчает нагрузку на больничные службы.

Рекламирование паллиативной помощи в местных сообществах – несколько идей

- Информирование отдельных пациентов и членов их семей.
- Информирование лиц, занимающих ведущее положение, например: лидеров сообщества, бизнесменов, учителей, аптекарей, религиозных деятелей.
- Реклама в общественных местах и на различных собраниях, например: в амбулаториях, в больнице, в помещениях, где проводятся собрании общины, в школах, христианских церквах, мечетях, храмах, магазинах, в женских клубах, группах поддержки, молодежных клубах, студенческих группах.
- Проводение мероприятий, таких как спонсируемая экскурсия или “просветительские дни”.
- Использование средств массовой информации, например: местных газет и передач местных радиостанций.

Используйте:

- Беседы о здоровье
- Музыку и драматическое искусство
- Рассказы пациентов
- Листовки (см. Форму 11)
- Плакаты (см. Форму 12)

Пропаганда в органах здравоохранения

Важно повышать информированность работников здравоохранения на всех уровнях. Для многих из них концепция целостного подхода может быть новостью.

Информирование тех, с кем мы работаем

- Проводите обсуждения на собраниях персонала.
- Организуйте учебные семинары – семинар может занимать полчаса или половину рабочего дня. Можно руководствоваться кратким планом, приведенным в начале каждой главы данного пособия. Например: “Что такое паллиативная медицина?” или “Навыки общения”.
- Проводите краткие учебные курсы – можно пригласить в качестве преподавателей людей с опытом работы в паллиативной медицины.
- Раздавайте информационные листовки (см. Формы 11,12 и 14).

Полезно привлекать работников их разных групп. Разным группам нужна будет разная информация, но все они могут внести свой вклад в оказание помощи пациентам, например:

- Волонтеры из местного сообщества
- Фармацевты и их ассистенты
- Консультанты-психологи
- Традиционные целители
- Сиделки
- Уборщики
- Регистраторы, секретари
- Медицинские сестры
- Клиницисты (врачи-консультанты)

Не обязательно делать все сразу. Можно начать с одного семинара для одной группы и потом идти дальше.

Сбор данных

Полезно иметь под рукой основные статистические данные и использовать их, когда рассказываете о своей деятельности. Удобно использовать форму ежемесячного отчета, который можно использовать для сбора данных (Форма 10).

Члены команды по оказанию паллиативной помощи должны уметь ответить на вопросы:

- Скольким пациентам оказывается помощь?
- Какие виды помощи они получают?
- Сколько пациентов было направлено в службу и откуда?
- Сколько было контактов с пациентами – речь может идти о домашних визитах, посещении больничных поликлиник, визиты в стационар, обходы.
- Завершение помощи – смерть пациента или направление в другую службу.

Если мы запрашиваем анальгетики, например, морфин, или дополнительное питание, полезно знать, сколько наших пациентов нуждается в обезболивании и скольким нужно дополнительное питание, так как у них очень малый вес.

Нам нужно описать:

- Какие услуги мы предлагаем
- Какие препараты и другие ресурсы мы используем и где мы их получаем
- Сколько денег мы тратим
- Учебная деятельность, которую мы осуществляем.



«Начни с необходимого, затем делай возможное, и окажется, что ты делаешь невозможное.»

Св. Франциск Ассизский

Пропаганда в более широком масштабе

По мере развития деятельности мы можем начать кампании по пропаганде паллиативной медицины на национальном уровне, с целью повышения осведомленности как общественности, так и правительства. Полезно иметь статистические данные о распространенности заболеваний в стране, о том, какие лекарства доступны, и какая паллиативная помощь оказывается в разных районах.



Повышение осведомленности общественности в наших странах – некоторые идеи

- Статьи в газетах, например, о программах паллиативной помощи, которые начали реализовываться, или о пациенте, чью жизнь удалось изменить.
- Интервью на радио с участием профессиональных медицинских работников или известных людей, которые контактировали со службой паллиативной помощи.
- Рассылайте плакаты/листовки во все больницы страны.
- Направляйте письма чиновникам органов здравоохранения, в больницы, куда или откуда могут быть направлены пациенты, в учебные институты и в министерство здравоохранения.
- Пишите в неправительственные общественные организации и другие организации, связанные со здравоохранением.
- Организовывайте мероприятия в День всемирного хосписного движения и движения в поддержку паллиативной помощи.

Пишите:

- О необходимости паллиативной помощи – кому она может принести пользу; при возможности, включайте статистические данные
- О потребности в морфине и других лекарствах и их доступности для оказания паллиативной помощи (см. Форму 13)
- Об уже реализуемых инициативах по оказанию паллиативной помощи
- О реальных случаях – за каждой проблемой стоят реальные люди
- О дальнейших планах, например: пересмотр политики обеспечения лекарственными препаратами; поддержка обучения; включение паллиативной медицины в планы развития здравоохранения. Высказывайте реалистические и конструктивные предложения.

Практические материалы

Здесь приведены различные материалы (формы), которые вы можете использовать в своей работе. Выберете те, которые будут наиболее полезны, скопируйте или адаптируйте их по своему желанию. Возможно, вы захотите перевести их на свой национальный язык.

1. Обследование пациента в паллиативной медицине

Заполняется медицинским работником при первой встрече с пациентом и затем используется для ведения записей.

2. Карта оценки боли

Вопросы и шкала боли, используемая при обследовании пациента

3. Регистрационная карта пациента

Карта для записей о каждом пациенте, которого посетили члены команды; заполняется при первом визите

4. Карта записи домашних визитов

Хранится у сотрудника выездной службы или у координатора; записи о каждом домашнем визите делают сотрудники службы или члены команды

5. Карта записи визитов выездной службы, хранящаяся у пациента

Карта находится у пациента и заполняется во время каждого посещения службой оказания помощи на дому

6. Карта назначения лекарственных препаратов, хранящаяся у пациента

Памятка для пациентов и тех, кто за ними ухаживает о времени и дозах препаратов, которые должен принимать пациент

7. Форма записи доз морфина, хранящаяся у пациента

Для наблюдения за тем, какое количество морфина принимает пациент; эти записи помогают медицинским работникам регулировать дозы

8. Памятка для волонтеров, осуществляющих помощь на дому

Перечень полезных вещей, которые команда имеет при себе на визитах

9. Форма направления
Заполняется другими организациями/лицами при направлении пациента для оказания паллиативной помощи

10. Форма ежемесячного отчета по оказанию паллиативной помощи для сбора данных
Заполняется каждый месяц для учета числа пациентов и т.п.

11. Информационная листовка о паллиативной медицине
Для рекламы с целью извещения общественности (3 складные страницы)

12. Плакат с информацией о паллиативной медицине
Для рекламы с целью привлечения внимания общественности

13. Образец письма-запроса на получение морфина
Образец письма, которое можно адаптировать применительно к местным условием

14. Плакат ступенчатого обезболивания для вывешивании в амбулатории
Памятка для медицинских работников

15. Шкала оценки профессиональной уверенности
Используется для самооценки или при обучении

16. Дозы лекарственных препаратов в педиатрии
Полезный справочник для медицинских работников

17. Перечень лекарственных препаратов
Перечень основных лекарств, необходимых для назначения в паллиативной медицине и список дополнительных, препаратов, если они доступны

18. Дополнительные ресурсы
Перечень публикаций, web-сайтов, адресов и организаций, который поможет вам получить дополнительные сведения

Обследование пациента в паллиативной медицине

Фамилия, имя пациента		Регистрационный номер пациента	Дата начала обследования
Пол	Возраст	Место жительства	

Направлен
☐Выездной бригдой ☐Поликлиникой ☐Медицинским центром ☐Больничным отделением ☐другое

Диагноз

☐ ВИЧ
☐ Рак
☐ Другое

Краткая история болезни

Что знает пациент о своей болезни?

ВИЧ-статус: ВИЧ + ВИЧ - Тест не сделан Не обсуждался (Отметить нужное)

Принимаемые препараты ☐ Химиотерапия ☐ АРВП ☐ ТБ препараты ☐ Другое
Детали (включая дату начала приема)

Известна ли реакция на препараты?

Члены семьи	Социальные проблемы
Эмоциональные проблемы	Духовные проблемы

Обследование

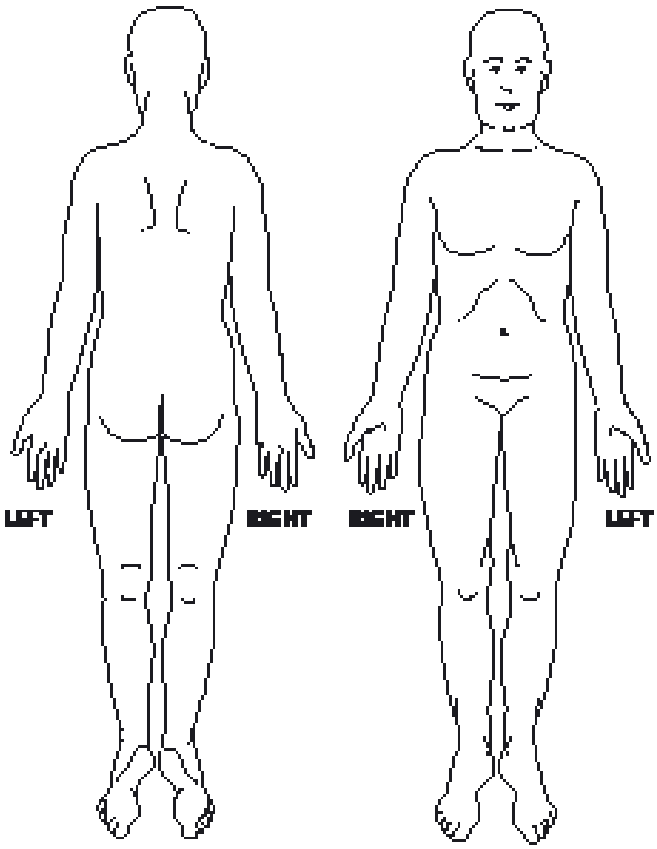
Общее состояние	Вес, кг

Карта тела: Отметьте и опишите локализацию боли, опухшие участки, сыпь, раны и т.д.

Грудная клетка

Живот

Неврологический статус



Перечень проблем

Дата	Проблемы физические/ психосоциальные/духовные	План действий	Решение проблемы

Оценка боли

Выберите шкалу оценки боли, наиболее удобную для пациента:

Покажи на пальцах

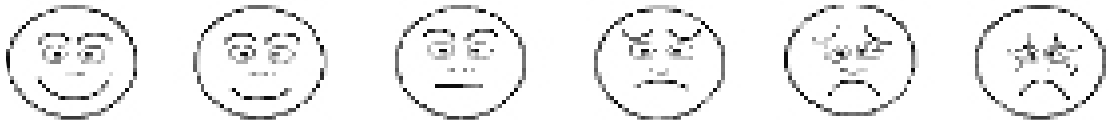
Попросите пациента показать, насколько сильна боль, на пальцах руки



0	1	2	3	4	5
нет боли	немножко	чуть сильнее	еще сильнее	сильная боль	очень сильная боль

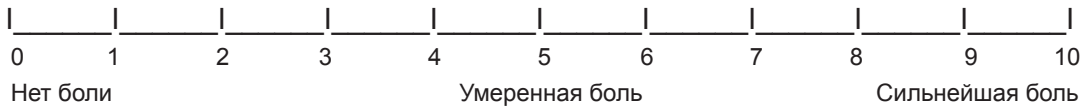
Выражение лица

Попросите пациента указать на картинку, которая показывает, насколько сильна боль



Баллы

Попросите пациента оценить силу боли по шкале от 0 до 10



Семь вопросов, которые нужно задать пациентам

- **Где болит?** (могут быть множественные боли)
- **Когда началась?**
- **Какая боль?** (например, колющая, схваткообразная, жгучая, и т.д.)
- **Время** – Боль постоянная или приходит и уходит?
- **Лечение** – Пробовали какое-то лечение? Помогло ли оно?
- **Изменение** – Что усиливает или ослабляет боль (например: движение, прием пищи, время дня и т.д.)?
- **Причина** – Что вы (пациент) думаете о причинах боли?

ФОРМА 3

Регистрационная карта пациента

РЕГИСТР. НОМЕР ПАЦИЕНТА	ДАТА ПЕРВОГО ВИЗИТА	ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА	ПОЛ	ВОЗРАСТ	МЕСТО ПРОЖИВАНИЯ	НАПРАВЛЕН ИЗ	ДИАГНОЗ	ЗАВЕРШЕНИЕ ПОМОЩИ, ДАТА	ПАЦИЕНТ УМЕР/ ПЕРЕВЕДЕН/ ВЫПИСАН

Карта записи домашних визитов

РЕГИСТР. НОМЕР ПАЦИЕНТА	ДАТА	ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	ИМЯ ПОСЕТИВШЕГО	ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ	ОКАЗАННАЯ ПОМОЩЬ А Б В Г Д Е Ж З И К	ДР. ЗАПИСИ (ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ, ДУХОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ)

ОКАЗАННАЯ ПОМОЩЬ: **А** КУПАНИЕ **Б** ПЕРЕВОРАЧИВАНИЕ **В** ОБРАБОТКА ПРОЛЕЖНЕЙ **Г** КОРМЛЕНИЕ **Д** УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА
Е ТУАЛЕТ **Ж** СТИРКА **З** ПРОВЕРКА ЛЕКАРСТВ **И** ПАСС. И АКТ. УПРАЖНЕНИЯ **К** ДОСТАВКА ЛЕКАРСТВ (КАКИХ ИМЕННО)

ФОРМА 5

Карта записи визитов выездной службы, хранящаяся у пациента

ФАМИЛИЯ, ИМЯ, ОТЧЕСТВО ПАЦИЕНТА	ВОЗРАСТ	ПОЛ	РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР

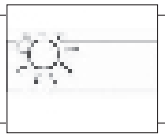
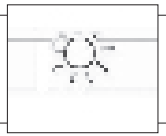
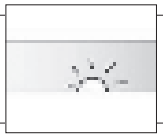
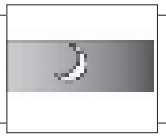
ДАТА ПЕРВОГО ВИЗИТА	МЕСТОНАХОЖДЕНИЕ	ИМЯ ЛИЦА, ПРЕДСТАВЛЯЮЩЕГО ИНТЕРЕСЫ БОЛЬНОГО

ДАТА ВИЗИТА	ИМЯ ПОСЕТИВШЕГО	СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА 1 2 3 4	ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ	ОКАЗАННАЯ ПОМОЩЬ А Б В Г Д Е Ж З И К	ДРУГИЕ ЗАПИСИ (ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ, ДУХОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ)

СОСТОЯНИЕ ПАЦИЕНТА **0** ХОРОШЕЕ **1** АКТИВЕН; МОЖЕТ ВЫПОЛНЯТЬ ЛЕГКУЮ РАБОТУ **2** МОЖЕТ СЕБЯ ОБСЛУЖИВАТЬ, НО НЕ МОЖЕТ РАБОТАТЬ **3** В ПОСТЕЛИ 50% ДНЯ **4** ВСЕ ВРЕМЯ В ПОСТЕЛИ; НЕ МОЖЕТ ОБСЛУЖИВАТЬ СЕБЯ

ОКАЗАННАЯ ПОМОЩЬ: **А** КУПАНИЕ **Б** ПЕРЕВОРАЧИВАНИЕ **В** ОБРАБОТКА ПРОЛЕЖНЕЙ **Г** КОРМЛЕНИЕ **Д** УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА **Е** ТУАЛЕТ **Ж** СТИРКА **З** ПРОВЕРКА ЛЕКАРСТВ **И** ПАСС. И АКТ. УПРАЖНЕНИЯ **К** ДОСТАВКА ЛЕКАРСТВ (КАКИХ ИМЕННО)

Карта записи лекарств, хранящаяся у пациента

ИМЯ ПАЦИЕНТА	ДАТА ВЫДАЧИ КАРТЫ				
	Количество таблеток или мл жидкости, принимаемое в определенное время				
НАЗВАНИЕ И НАЗНАЧЕНИЕ ЛЕКАРСТВА	Ранее утро (6 часов)	Утро (10 часов)	После полудня (2 часа)	Вечер (6 часов)	Перед сном (10 часов)
					

- **Храните все лекарственные препараты в местах, недоступных для детей**
- **Не давайте своих лекарств никому другому**
- **Не прекращайте прием препарата, не проконсультировавшись с медицинским работником**

Форма записи доз морфина, хранящаяся у пациента

Фамилия, имя пациента_____ Дата выдачи карты_____
Форма и способ введения морфина: перорально раствор/таблетки; инъекционно (пожалуйста, обведите нужное)
Содержание активного вещества: раствор ___мг/5 мл, таблетки ___ мг нормальное выведение / модифицированное выведение (пожалуйста, обведите нужное)

Дата	Доза	6 часов	10 часов	14 часов	18 часов	22 часа	2 часа утра	Количество дополнительных доз

- Отметьте галочкой каждый прием регулярной дозы
- Запишите суммарное количество дополнительных промежуточных доз, принятых за сутки

Памятка для волонтеров, оказывающих помощь на дому

Основные предметы

Пластиковые перчатки
Пластиковые защитные покрытия
Пластиковые пакеты
Мыло
Стиральный порошок
Пластиковые бутылки для пациентов с недержанием мочи
Чистая ткань для обработки ран
Чистый перевязочный материал
Липкая лента
Вазелин
Состав Gentian violet paint
Таблетки парацетамола
Аспирин
Слабительные (например: бисакодил в таблетках или суппозиториях)
Пероральный регидратационный солевой раствор
Таблетки Метронизадола (растолченные) для обработки ран
Карта записи домашних визитов
Карта записей, хранящаяся у пациента (оставить у пациента)
Пишущая ручка

Памятка для медицинского работника

Памятка для медицинского работника может включать дополнительные вещи:

Ибупрофен
Кодеин*
Морфин*
Амитриптилин
Диазепам
Метоклопрамид
Амоксициллин
Котримоксазол
Метромидазол
Кетоконазол
Катетеры
Карта назначения доз лекарственных препаратов
Карта обследования пациента

* Необходимо соблюдать национальные предписания о хранении и транспортировке лекарственных препаратов, подлежащих учету.

Направление в службу паллиативной помощи

Адрес службы паллиативной помощи:

_____ Телефон: _____

Кем выдано направление:

_____ Дата: _____

Контактная информация лица/организации,
выдаваших направление:

Фамилия, имя пациента:

Адрес/указания, как добраться/контактная информация для пациента: _____

_____

Ближайшее к дому пациента медицинское учреждение: _____

Возраст: Пол: Главное лицо, ухаживающее за пациентом:

Диагноз:

Знает ли пациент о диагнозе Да/Нет
Знает ли о диагнозе человек, ухаживающий за пациентом Да/Нет

Основные проблемы: _____

_____

_____

Текущее лечение: _____

_____

_____

Цель направления:

Консультация по симптоматическому лечению ☐ Психологическое консультирование ☐

Передача ответственности по оказанию помощи ☐ Распределение помощи ☐

Подпись: _____ Фамилия, имя (печатная расшифровка подписи): _____

Ежемесячный отчет об оказании паллиативной помощи

месяц **год**

пациенты, получающие помощь	на начало месяца	новые направления	смерть/выписка /перевод/отъезд п-та	на конец месяца
новые направления от	волонтеры выездной службы	медицинский центр	поликлиника при больнице	больничное отделение
завершение оказания помощи	пациент умер	выписан под наблюдение др. службы	отъезд пациента	
пациент выписан под наблюдение	выездной службы	амбулатории	поступил в больницу	другое
диагноз п-тов, получающих помощь на конец месяца	Онкология	ВИЧ	другое	
контакты с пациентами/ семьями	домашний визит	посещение амбулатории	посещение больницы	посещение родственников, понесших тяжелую утрату
проведенные учебные семинары	тема		преподаватель	число слушателей
	тема		преподаватель	число слушателей

Паллиативная медицина – это

активная, целостная помощь пациентам на поздней стадии прогрессирующего заболевания...

Облегчение боли и других симптомов и оказание психологической, социальной и духовной поддержки имеет первостепенное значение.

Цель паллиативной медицины – достижение максимально высокого качества жизни для пациентов и членов их семей.

Многие аспекты паллиативной медицины применимы и на более ранних стадиях болезни в сочетании с другими видами лечения [(2)]

[(2)] Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Обезболивание при раке и паллиативная медицина Женева: ВОЗ; 1990.

Службы паллиативной медицины развиваются по всему миру и в разных условиях.

Помощь можно оказывать:

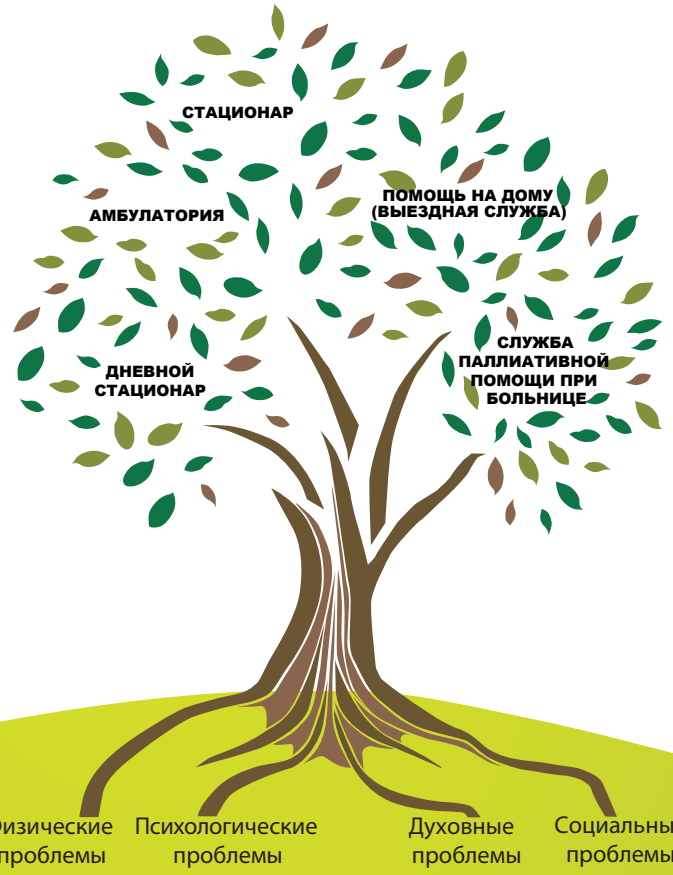
- **В больнице**
- **На дому**
- **В амбулатории**
- **В хосписе**
- **В местном медицинском центре**
- **В передвижной амбулатории**
- **В дневном стационаре.**

Паллиативная медицина не исключает проведение других видов лечения.

Она может проводиться наряду с

- **Антиретровирусной терапией (для пациентов с ВИЧ)**
- **Химиотерапией при раке**
- **Лучевой терапией**
- **...и другими видами лечения.**

Паллиативная медицина



Улучшая качество жизни пациентов на поздней стадии болезни

Что такое паллиативная помощь?

...помощь больным, которые не выздоравливают, тем, кого медицина не может вылечить.

Паллиативная медицина может:

- **Облегчить физические симптомы с помощью лекарственной терапии и качественного ухода**
- **Облегчить психологические и духовные страдания с помощью консультирования, активного слушания и молитвы**
- **Помочь в разрешении социальных проблем, вовлекая в процесс оказания помощи членов семьи и местного сообщества.**

Для этого требуется работать единой командой.

облегчение страданий
обезболивание
участие в решении проблем
оказание поддержки

Кто нуждается в паллиативной помощи?

мы нуждаемся!

Паллиативная медицина оказывает помощь людям с разными заболеваниями

К ним относятся:

- **Рак**
- **ВИЧ**
- **Прогрессирующие неврологические заболевания**
- **Сердечная или почечная недостаточность в конечной стадии**
- **Другие жизнеограничивающие заболевания.**

Цель во всех случаях – наполнить жизнью дни, а не просто длить дни жизни.

Паллиативная помощь – обезболивание

Схема ступенчатого обезболивания ВОЗ [1] – это руководство по качественному обезболиванию.

Люди не должны жить с болью

Морфин является сильнодействующим лекарственным средством для обезболивания. При правильном использования для облегчения боли препарат не вызывает наркотической зависимости.

Морфин должны назначать и контролировать только квалифицированные специалисты.

[1] Всемирная организация здравоохранения. Лестница обезболивания [он-лайн]. На сайте: http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en

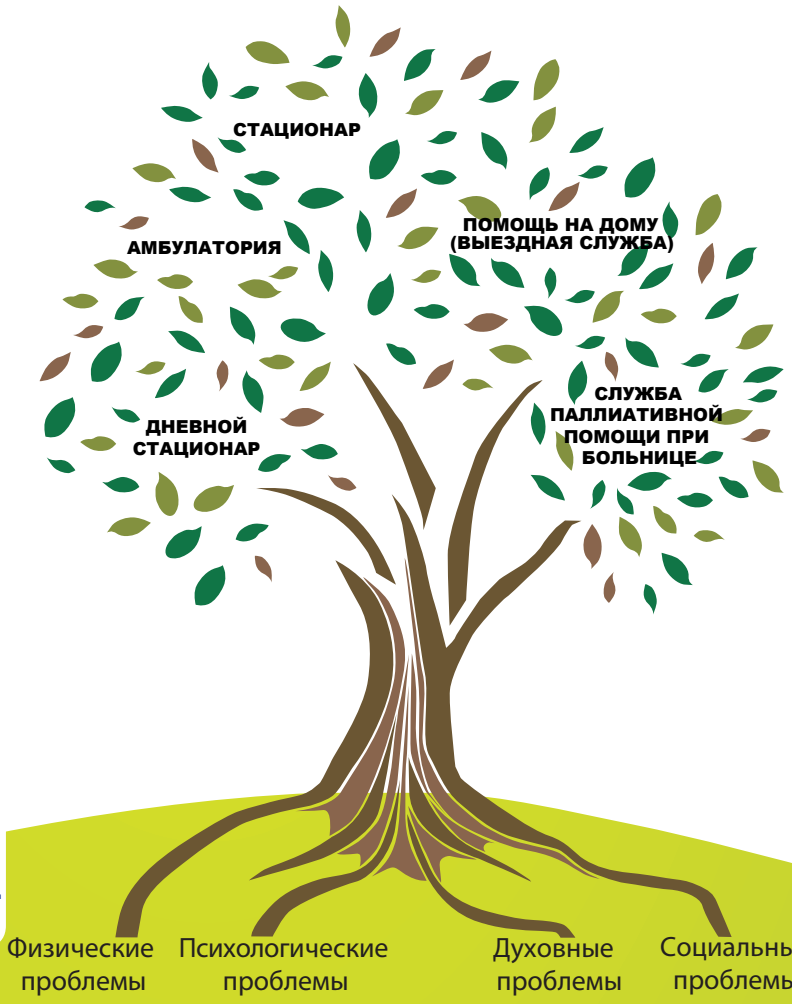
Паллиативная помощь

...это забота о людях, чьи болезни нельзя излечить.

Улучшение качества жизни людей на поздней стадии неизлечимого заболевания

...благодаря:

- **обезболиванию и симптоматическому лечению**
- **вниманию к психологическим и духовным проблемам**
- **вниманию к социальным проблемам.**



Нет необходимости терпеть боль

Паллиативная медицина может помочь людям с разными заболеваниями; паллиативная помощь может осуществляться в разных условиях: в больнице, в амбулатории и на дому

Полните дни жизнью, а не просто длите дни жизни

обезболивание возможность поделиться проблемами

облегчение страданий поддержка

Письмо относительно поставок морфина (образец)

Адрес
Дата

Глубокоуважаемый...

Относительно поставки морфина для оказания паллиативной помощи

К вам обращается медсестра/координатор выездной службы/врач, участвующий в оказании паллиативной помощи пациентам с онкологическими заболеваниями/ВИЧ на поздних стадиях болезни. Паллиативная медицина направлена на оказание помощи тем, чья болезнь неизлечима, но мы можем облегчить их боль и другие мучительные симптомы. В большинстве случаев, это достигается с помощью недорогих лекарственных препаратов, существенно улучшающих качество жизни пациентов. По данным исследований, 70% больных раком или ВИЧ-инфицированных больных страдают от неустранимой боли [1] и в нашей.....программе/сообществе/амбулатории/больнице я вижу многих пациентов, испытывающих страдания, которые можно облегчить.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала трехступенчатую схему обезболивания. [2]. Обезболивание начинается с назначения ненаркотических анальгетиков для слабой боли и переходит к обезболиванию с помощью морфина при сильных болях. Перечень основных лекарственных препаратов ВОЗ рекомендует доступность морфина во всех базовых системах здравоохранения, чтобы его можно было использовать для облегчения боли, не поддающейся действию более слабых анальгетиков [3].

Я не вижу возможности облегчить боль многих моих пациентов с помощью слабых анальгетиков, доступных в настоящее время. Поэтому я обращаюсь к Вам с просьбой обеспечить морфином нашу амбулаторию/программу/больницу, чтобы мы могли следовать рекомендациям ВОЗ. Я безусловно гарантирую соблюдение государственных предписаний касательно безопасного хранения и назначения опиоидных препаратов.

С уважением,

1 2-й Всемирный конгресс Национальных ассоциаций хосписных служб и служб паллиативной помощи, Март, 2005

2 Обезболивание при раке. ВОЗ, 1986

3 Примерный перечень основных лекарственных препаратов. ВОЗ, Март, 2007

Ступенчатое обезболивание



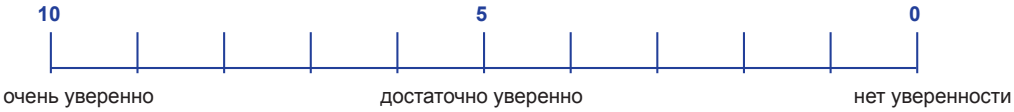
Назначайте обезболивающие препараты: • перорально • по часам • по ступенькам

Источник:: Всемирная организация здравоохранения

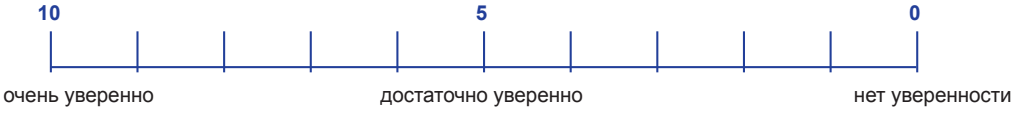
Шкала оценки профессиональной уверенности

ФАМИЛИЯ, ИМЯ: **ДАТА:**

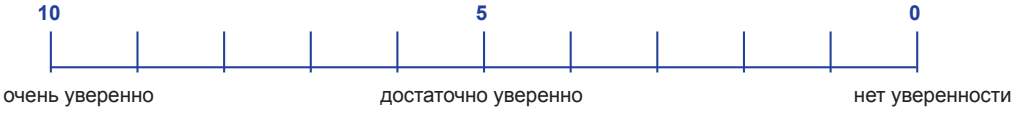
Я могу оценить боль пациента



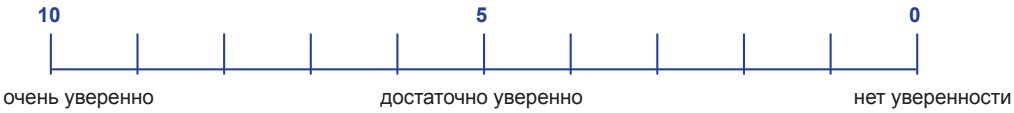
Я разбираюсь в трехступенчатой схеме обезболивания, предложенной ВОЗ



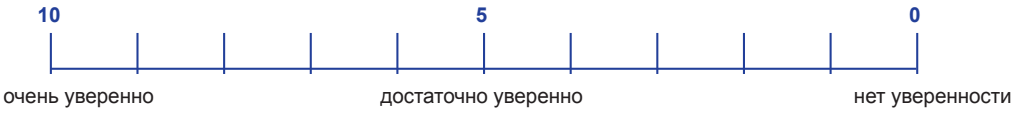
Я знаю, как назначать наркотические анальгетики, такие как морфин



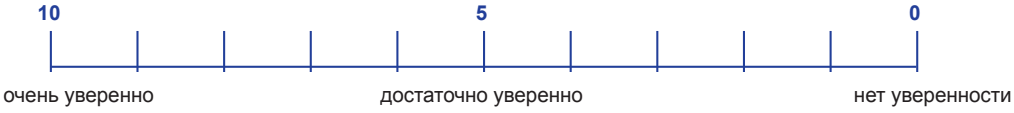
Я понимаю роль паллиативной медицины в оказании помощи онкологическим больным и пациентам с ВИЧ/СПИДом



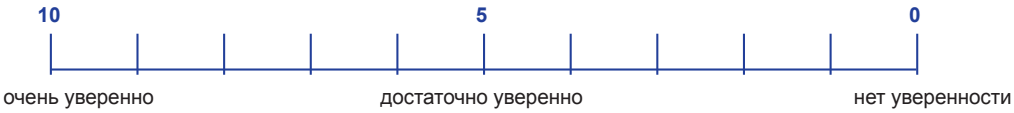
Я знаю, что такое целостные подход при составлении истории болезни



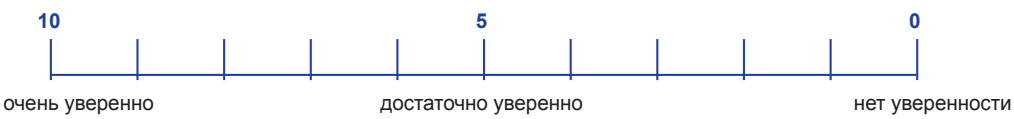
Я могу обсуждать проблемы, вызывающие тревогу у пациента



Я разбираюсь в разных моделях/условиях оказания паллиативной помощи



Я чувствую, что подготовлен(а) для сообщения пациенту плохих новостей



Дозы лекарственных препаратов в педиатрии

Лекарство	Сколько раз в день	Разовая доза с учетом веса	Приблизительная разовая доза с учетом возраста *		
			< 1	1 -5	6-12
Парацетамол (боль или жар)	4	10- 20мг/кг	62.5мг	125 мг	250 - 500 мг
Ибупрофен (боль, жар)	3	5- 10мг/кг	50мг	100мг	100-200мг
Кодеин при умеренной боли или диарее	4-6	0.5 -1 мг/кг	7.5мг	15мг	30мг
Пероральный морфин при сильной боли	6	Начальная доза 0.1 - 0.3мг/кг	1 -2мг	2.5мг	2.5-5мг
Бисакодил при запоре	1	5мг всего	5мг	5мг	5мг
Дексаметазон **	2, утром и в обед	0.1 - 0.5мг/кг	0.5 - 1мг	2мг	4мг
Преднизолон ** (если нет дексаметазона)	2, утром и в обед	1 – 2мг/кг	5мг	15мг	30мг
Амитриптилин при нейропатической боли	1 на ночь	0.2 - 0.5мг/кг max 2мг/кг	-	6.25мг	12.5мг
Метоклопрамид при тошноте/ рвоте	3	0.1 - 0.5мг/кг	5	10мг	10мг
Лоперамид при диарее (NB не назначать при остром гастроэнтерите)	3	0.1 - 0.2 мг/кг	0.5мг	1мг	2 мг
Диазепам при мышечном спазме или возбуждении	2	0.25мг/кг	1.25мг	2.5мг	5мг
Хлорфенирамин при зуде или как седативное на ночь	3	0.1 мг/кг	0.5мг	1мг	2мг
Кетоконазол при сильном кандидозе	1	3 мг/кг	25мг	50мг	100мг

* Данные дозы приведены, чтобы можно было ими руководствоваться; перечислены наиболее доступные препараты. Для доступных жидких форм препаратов, рекомендуется более аккуратное дозирование в расчете мг/кг веса

** Высокие дозы обычно назначают при компрессии спинного мозга и повышенном внутричерепном давлении. Более низкие дозы (в расчете на кг веса) назначают для уменьшения массы опухоли, вызывающей обструкцию, отек или компрессию нерва.
Рекомендуется проводить короткие курсы терапии, которые можно повторить впоследствии.
При длительности приема стероидов более недели их нужно плавно снимать.
В некоторых случаях нужна поддерживающая доза; это должна быть минимальная доза, необходимая для того, чтобы держать симптом под контролем.
При иммуносупрессии дополнительно назначить длительный курс противогрибковых препаратов.

Основные лекарственные препараты, применяемые в паллиативной медицине

Название	Класс	Клиническое применение	Альтернативные препараты
Парацетамол	Ненаркотические анальгетики	Обезболивание с.26 Жар с.32	
Аспирин	Ненаркотический анальгетик	Обезболивание с.26 Жар с.32 Воспаленный рот	
Ибупрофен	НПВП (ненаркотический анальгетик)	Обезболивание с.40 Воспаление Жар с. 32	Диклофенак Напроксен Индометацин
Кодеин	Слабый опиоид	Обезболивание с.27 Диарея с.45 Кашель с. 43	Дигидрокодеин
Морфин	Сильный опиоид	Обезболивание с.27 Одышка, кашель сс.43-44 Стойкая диарея с. 45	Трамадол Оксикодон
Дексаметазон	Кордикостероид	Болезненная опухлость и воспаление с.30 Плохой аппетит с.39 Побочный эффект лекарств с.33	Преднизолон
Амитриптилин	Трициклический антидепрессант Адъювантный анальгетик	Нейропатическая боль с. 30 Депрессия с.38	Имипримин Лофепрамин
Диазепам	Бензодиазепин Адъювантный анальгетик	Мышечный спазм с.31 Тревога и бессонница с. 37 Одышка с.44 Судороги с. 35	Лоразепам
Метоклопрамид	Протоворвотное средство	Рвота с. 41 Плохой аппетит с. 39	Домперидон
Галоперидол	Противорвотное средство Антипсихотическое средство	Рвота с. 41 Икота с. 42 Спутанность сознания и возбуждение с. 36	Хлорпромазин
Магния трисиликат	Антацид	Нарушение пищеварения с. 42 Гастро-эзофагальный рефлюкс с. 42	Алюминия гидроксид Магния гидроксид
Лоперамид	Закрепляющее средство	Диарея с.45	Кодеин Ломотил
Сенна	Слабительное средство	Запор с.46	Бисакодил Магния гидроксид
ПРС	Пероральные регидратационные соли	Диарея с. 45 Регидратация с.	Рисовая вода Кокосовое молоко
Хлорфенирамин	Антигистаминное средство	Зуд с. 33 Побочный эффект лекарств с.33	Прометазин Гидроксизин

Антибиотики			
Метронидазол	Антибактериальное средство для лечение анаэробных инфекция	Инфекция десен/зубов с.40 Инфекционная Диарея (перорально) с. 45 Зараженные раны (наружное) с.34 Вагинальные выделения (вагинально) с. 47	Ко-амоксиклав Тринидазол
Амоксициллин	Антибактериальный препарат	Инфекция грудной клетки с. 43 Кожные инфекции с.33	Эритромицин
Ко-тримоксазол	Антибактериальный препарат широкого спектра	Инфекционная диарея с. 45 При ВМЧ/СПИДе Инфекции мочевыводящих путей сс.47-48 Профилактика пневмоцистоза	Хлорамфеникол Доксицилин
Флуконазол	Противогрибковое средство	Кандидоз полости рта и пищевода с.40	Кетоконазол
Нистатин сусп.	Противогрибковое средство	Кандидоз полости рта с.40	Краситель Генциан-виолет Клотримазол (пессарии)
Уход за кожей			
Вазелин	Увлажнитель кожи с защитным действием	Сухость кожи с. 33 Защита кожи с.33	Жидкий увлажняющий крем
Краситель Gentian violet		Бактриальные, грибковые и вирусные инфекции кожи с.33	
Бензилбензоат (лосьон)	Агент, убивающий чесоточных клещей	Чесотка, вызываемая самками чесоточного клеща с.33	Перметрин (крем/ лосьон)
Клотримазол 1%-й крем	Местное противогрибковое	Грибковые инфекции кожи с.33	Мазь Whitfields Миконазол (крем)
Хлоргексидин 0.05%	Антисептическое средство	Бактериальная кожная инфекция с.33	Генциан-виолет

Дополнительные лекарственные препараты, применяемые в паллиативной медицине

Название	Класс	Клиническое применение	Альтернативные препараты
Баклофен Пиридоксин	Мышечный релаксант Витамин	Мышечный спазм с.31 Недостаток пиридоксина из-за изониазида, вызывающего нейропатическую боль	Диазепам
Прометазин	Протоворвотное средство Антигистаминное средство	Рвота с. 41 Зуд с.33	Циклизин
Гиосцина бутилбромид	Мускариновый холиноблокатор (м-холиноблокатор)	Абдоминальная колика с.31	Пропантелин
Пропантелин	Мускариновый холиноблокатор (м-холиноблокатор)	Спазм мочевого пузыря с. 48 Абдоминальная колика с. 31 Водянистая мокрота с.43	Гиосцина бутилбромид
Valproate	Противосудорожное средство Адъювантный анальгетик	Предупреждение судорог с. 35 Нейропатическая боль сс.30-31	Карбамазепин Фентоит Габапентин
Хинин	Противомалярийное средство	Ночные мышечные судороги и малярия с.32	Диазепам
Паральдегид	Противосудорожное средство	Снятие судорог с.35	Диазепам
Фенобарбитал, инъекционно	Противосудорожное средство	Снятие судорог с. 35 Острое возбуждение и спутанность сознания с.36	Диазепам
Циметидин	Антацид	Нарушение пищеварения с. 42 Гастроэзофагальный рефлюкс с.42	Ранитидин Омепразол
Антибиотики			
Ципрофлоксацин	Широкоспектральное антибактериальное средство	Бактериальные инфекции с.32	Хлорамфеникал
Ацикловир	Антивирусное средство	Инфекции опоясывающий герпес и простой герпес с.33	
Клотримазол (пессарии)	Противогрибковое средство (наружно, местно)	Вагинальной кандидоз с.47 Кандидоз полости рта с.40	Нистатин (пессарии)
Уход за кожей			
Каламиновый лосьон	Лечение зуда	Сыпь с.33	Жидкий крем с 1%-м ментолом
Жидкий крем /UEA с 1%-м ментолом	Увлажнитель кожи	Сыпь с.33	Каламиновый лосьон

Дополнительные информационные ресурсы

Ниже приводятся многие доступные информационные ресурсы, которые помогут вам получить дополнительную информацию. Некоторые материалы можно скачать из Интернета: Нажмите на ссылки, если вы находитесь в режиме он-лайн и следуйте инструкциям по скачиванию. Для получения материалов, доступных в печатном виде, приведены электронные адреса для заказа копии.

WHO integrated management of adult and adolescent illness (IMAI)(Интегрированный подход в лечении подростков и взрослых пациентов. ВОЗ)

Пять буклетов, содержащих практические рекомендации, удобные в использовании

- Паллиативная медицина – удобное для пользования доступное пособие по симптоматическому лечению
- Брошюра для тех, кто осуществляет уход – полезные рекомендации для членов семьи и волонтеров
- Уход при антиретровирусной терапии и профилактике – как назначать антиретровирусные препараты
- Общие принципы качественной помощи при хронических заболеваниях – руководство для работников здравоохранения
- Неотложная помощь – руководство по лечению распространенных заболеваний

Доступны в режиме он-лайн: www.who.int/3by5/publications/documents/imai/en/
Заказать бесплатную копию: imaimail@who.int

Pain and symptom control in the cancer and/or AIDS patient in Uganda and other African countries (Обезболивание и симптоматическое лечение онкологических больных и пациентов с ВИЧ/СПИДом в Уганде и других странах Африки)

Более детальное руководство по симптоматическому лечению, изданное организацией Hospice Africa (Уганда), но полезное для повсеместного использования. Содержит раздел о паллиативной помощи при антиретровирусной терапии.
Он-лайн: www.hospiceafrica.or.ug/redesign/docs/bluebk40506.pdf
Заказать: info@hospiceafrica.or.ug

A clinical guide to supportive and palliative care for HIV/AIDS in Sub-Saharan Africa (Клиническое руководство по паллиативной медицине и оказанию поддержки больным с ВИЧ/СПИДом)

Исчерпывающее пособие с подробным перечнем разнообразных ресурсов.
Он-лайн: www.fhssa.org/i4a/pages/Index.cfm?pageID=3361
Заказать CD-ROM: info@hospiceafrica.or.ug

Cancer pain relief: guide to opioid availability (Обезболивание при раке: руководство по применению и доступности морфина)

Документ ВОЗ, содержащий клиническую информацию по обезболиванию и рекомендации по представлению схем использование правительственным органам.
Сокращенная версия он-лайн: www.medsch.wisc.edu/painpolicy/publicat/cprguid.htm
Заказать: bookorders@who.int

IAHPC manual (International Association for Hospice and Palliative Care) (Пособие, опубликованное Международной ассоциацией хосписной и паллиативной помощи)

Он-лайн пособие, охватывающее все аспекты паллиативной помощи: www.hospicecare.com/manual/IAHPCmanual.htm

Introducing palliative care by Robert Twycross (Твайкросс. Р. Введение в паллиативную медицину)

Прекрасный базовый учебник по паллиативной медицине, дополненное издание. Издательство Published by Radcliffe Medical Press, Oxford.
Доступен в Индии по сниженной цене в The Institute of Palliative Medicine, Medical College, Calicut, Kerala, India
E-mail: pain@vsnl.com
Доступен в Африке по сниженной цене: Wits Palliative -training, PO Box 212, Pimville, 1808, Soweto, South Africa
Email: palliative.training@wits.ac.za

Palliativedrugs.com

Интернет-справочник, содержащий информацию обо всех лекарственных средствах, применяемых в паллиативной медицине. Большое собрание книг по паллиативной медицине можно заказать через интернет: www.palliativedrugs.com

HIV, health and your community (ВИЧ, здоровье и ваше сообщество)

Пособие по разработке программ помощи ВИЧ-инфицированным, включая рекомендации по составлению планов и предложений, а также по обучению.
Он-лайн: www.hesperian.org/mm5/merchant.mvc?Store_Code=HB&Screen = PROD&Product_Code=B200
Заказать: hesperian@hesperian.org

Red Cross guide to setting up CHBC programmes (Пособие по организации благотворительных служб оказания помощи на дому. Издание организации “Красный крест”)

Содержит полезные материалы по принципам и планированию
Он-лайн: www.ifrc.org/cgi/pdf_pubs.pl?health/hivaids/hbc.pdf

Teaching-aids at Low Cost (TALC) (Учебные пособия по доступной цене)

Благотворительная организация, обеспечивающая бесплатными или недорогостоящими книгами и материалами по медицине и здравоохранению, охватывающими широкий спектр тем. Для заказа бесплатных ресурсов по каталогу направьте письмо по электронному адресу: info@talcuk.org
Почтовый адрес: TALC, PO Box 49, St Albans, Herts, AL1 5TX, UK
Он-лайн: www.talcuk.org/index.htm

Hospice Information (Информация о хосписах)

Служба, пропагандирующая паллиативную медицину по всему миру, предоставляющая информацию о существующих службах и национальных ассоциациях, учебных ресурсах, рекламных материалах, фондах и рекомендаций по организации новых служб. Служба издает бесплатный Интернет-бюллетень и журнал, а также предоставляет базу данных об учебных курсах, семинарах и вакансиях в данной области. Сайтом руководит организация Help the Hospices (“Помоги хосписам”) совместно с Хосписом св. Христофора. Служба “Информация о хосписах” обеспечивает легкий доступ к обширным ресурсам, которые предлагают эти две организации.
Он-лайн: www.hospiceinformation.info
Email для рекомендаций по пользованию и информации: info@hospiceinformation.info

Пропагандистские материалы

Корейская Декларация – заявление, принятое на Втором Всемирном Конгрессе Национальных ассоциаций хосписной и паллиативной помощи (Корея, 2005), в котором участвовали представители 35 стран. Этот документ можно цитировать в обращениях к правительствам и публицистических материалах.
Он-лайн: www.worldday.org/documents/Korea_Declaration.doc

Обратная связь

Мы хотели бы получить Ваши комментарии относительно пособия, так как в будущем мы планируем опубликовать издание, исправленное и дополненное на основе обратной связи, полученной от тех, кто пользовался пособием.

Заполните, пожалуйста, эту форму или направьте свои комментарии Claire Morris в Help the Hospices
Email: international@helpthehospices.org.uk
Почтовый адрес: Hospice House, 34-44 Britannia St, London WC1X 9JG, UK

В какой стране Вы работаете?_____

В каких условиях Вы работаете (например: сельская местность, город, служба помощи на дому, амбулатория, стационар, и т.д.)? _____

Как Вы получили экземпляр этого пособие?_____

Как давно Вы им пользуетесь?_____

Как вы его используете? (например: для приобретения собственных знаний, как рабочее пособие, для обучения других и т.д.)_____

Какие разделы пособия наиболее полезны?_____
_____

Какие дополнительные вопросы/области вы бы хотели включить в пособие?_____
_____

Какие разделы пособия наименее полезны?_____
_____

Какую из форм вы использовали (формы-бланки, рекламные материал и т.д.? _____
_____

Как можно улучшить практические материалы?_____
_____

Другие комментарии_____
_____
_____
_____