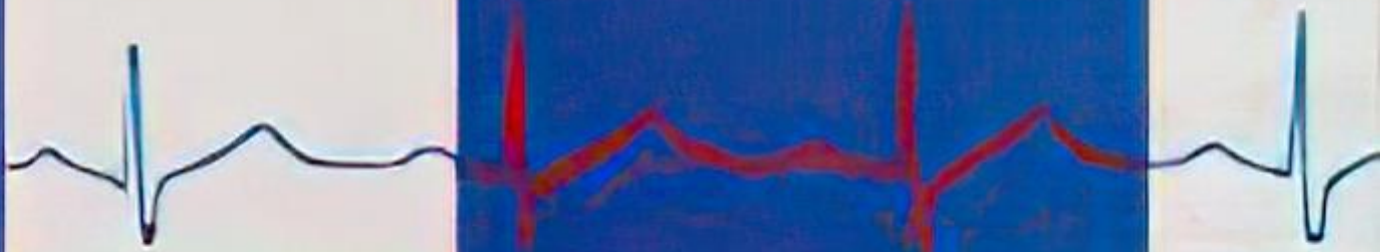


**В.М. ШАТІЛО  
П.В. ЯВОРСЬКИЙ**

# **ПАЛІАТИВНА МЕДИЦИНА**



**МЕДИЦИНА**

## ПОНЯТТЯ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ. КОНЦЕПЦІЯ, СТРУКТУРА, ВИДИ (авт. Шатило В.Й.)

Поняття «паліативна» (медицина/допомога) походить від латинського «PALLIUM» і означає «покривало, покрив, покриття». Іншими словами, це захист і всебічна опіка хворого.

Слово «хоспіс» має значення «будинок для мандрівника». Воно прийшло в англійську мову зі старофранцузької (hospitium — гостинність). Цим терміном з VI ст. н. е. позначали місця відпочинку палігримів.

Паліативна допомога (palliative care - WHO, 2002) — активна і всебічна допомога пацієнтам, які страждають на прогресуючі захворювання на пізніх стадіях розвитку. Основними завданнями є купірування болю та інших симптомів, вирішення психологічних, соціальних і духовних проблем. Мета паліативної допомоги — досягти (наскільки це можливо) якнайвищої якості життя хворих і членів їхніх сімей.

Метою надання паліативної допомоги пацієнтам з пізніми стадіями активного прогресуючого захворювання і невеликою передбачуваною тривалістю життя є максимальне підвищення якості життя, що не передбачає прискорення або віддалення смертельного результату. Активна форма і прогресуючий характер захворювання підтверджуються або оцінюються за допомогою об'єктивних клінічних критеріїв і досліджень. Пізні стадії захворювання важче піддаються чіткому визначенню. Прикладами можуть служити обширне метастазування злоякісних пухлин, рефрактерна серцева недостатність, повна втрата самостійності при нейродегенеративних захворюваннях або СНІДі. Обмежена тривалість життя може визначатися по-різному, зазвичай передбачає очікуваний термін життя менше року, а частіше — до 6 міс.

Саме підтримання максимально можливої якості життя пацієнта є ключовим моментом у визначенні суті паліативної медицини, оскільки вона орієнтована на лікування хворого, а не хвороби, що уразила його. Паліативна медицина займається цілою низкою аспектів життя інкурабельного пацієнта — медичних, психологічних, соціальних, культурних і духовних. Окрім зменшення болю і купірування інших патологічних симптомів, необхідні психосоціальна і духовна підтримка пацієнта, а також надання допомоги близьким вмираючого при догляді за ним. Цілісний підхід, об'єднуючи різні аспекти паліативної допомоги, є ознакою високоякісної медичної практики.

Ставлення до пацієнта, що потребує паліативної допомоги, має включати турботу, відповідальний підхід, повагу до індивідуальності, врахування культурних особливостей і права вибору місця перебування.

Паліативна медицина (palliative medicine) — особливий вид медичної допомоги пацієнтам з активними проявами прогресуючих захворювань у термінальних стадіях розвитку з несприятливим прогнозом для життя, метою якого є забезпечити належну якість життя.

Термінальний догляд (terminal care) — розділ паліативної допомоги, яка зазвичай надається хворим протягом останніх годин або днів їх життя.

### **З історії розвитку паліативної допомоги і медицини**

Початок сучасної паліативної допомоги і медицини слід шукати в перших будинках сестринського догляду, а також хоспісах (будинках для мандрівників), богадільнях і притулках (богоугодних закладах для асоціальних осіб), які виникали в період середньовіччя при костелах і монастирях, оскільки в лікарській практиці було не прийнято мати справи з проблемами вмираючих. Тільки християнська церква брала на себе в ті часи турботу про вмираючих і безнадійно хворих людей, забезпечуючи їм соціальну і духовну підтримку силами сестер милосердя.

Як і всі богоугодні заклади того часу, перші спеціалізовані богадільні і хоспіси спочатку влаштувалися при лікарнях і навіть зливалися з ними. Так, у Польщі богадільні з давніх часів існували переважно під назвою «Приходських госпіталей». І лише в 1843 році, коли на підставі указу від 18 лютого (2 березня) 1842 року було проведено систематичне і правильне розділення добродійних закладів відповідно до різних цілей, їх було перейменовано в будинки притулку для людей поважного віку і немічних.

Деякі з цих будинків дуже давнього походження. Так, наприклад, будинок притулку в Любліні відкрито в 1342 році, у Варшаві будинок Св. Духу і Діви Марії — в 1388, в Радомі — в 1435, у Скерневіцах — в 1530 року.

У Франції і на сьогодні притулки для людей поважного віку, немічних та калік під поширеною назвою хоспіси (hospices) становлять разом з лікарнями загального догляду одне відомство шпиталів.

У Росії перші згадки про богадільні датуються 1682 роком — роком видання указу царя Федора Олексійовича про відкриття в Москві двох шпиталів за новими європейськими звичаями, один у Знаменському монастирі, у Китай-городі, другий - за Никітськими воротами на Гранатному дворі. Одним з перших, хто закликав до повернення всієї європейської медицини «обличчям до вмираючих хворих», був англійський філософ Френсіс Бекон у праці «Про гідність і примноження наук» за 1605 рік: «Необхідний спеціальний напрям наукової медицини з ефективного надання допомоги невиліковним вмираючим хворим».

Таким чином, сучасна історія хоспісів тісно пов'язана з християнською духовною культурою та розвитком сестринства.

У 1879 році Мері Ейкенхед, засновниця ордена сестер милосердя, відкрила в Дубліні (Ірландія) притулок Діви Марії, головним завданням якого була турбота про вмираючих.

У 1905 році ірландські сестри милосердя відкрили аналогічний притулок Св. Йосифа у Лондоні, куди приймали в основному вмираючих. Після Другої світової війни в цьому притулку Сесілія Сандерс стала першим штатним лікарем, у 1967 році вона організує в передмісті Лондона в притулку Св. Христофера перший у світі хоспіс сучасного зразка.

У 1967 році в Нью-Йорку організовано фонд танатології для надання допомоги термінальним хворим зусиллями різних фахівців, тобто зважаючи на міждисциплінарну природу проблем вмираючої людини.

### **Віхи розвитку паліативної допомоги і медицини**

Останнім часом (декілька десятиліть) на тлі тенденцій, пов'язаних, з одного боку, зі збільшенням середньої тривалості життя і підвищенням частки осіб похилого віку, а, з другого — з розвитком у сучасному суспільстві гуманістичних ідей у світі значно зріс інтерес до проблем якості життя і смерті людей похилого віку і безнадійно хворих. Це й призвело до активного розвитку такої специфічної галузі, основним завданням якої є покращання якості життя та полегшення страждань невиліковно хворих.

1. 1967 рік: Сесілія Сандерс організує в передмісті Лондона в притулку Св. Христофера перший у світі хоспіс сучасного зразка.
2. 1969 рік: Елізабет Кюблер-Рос видає першу книгу з танатології, впорядкувавши більше ніж 500 інтерв'ю з умираючими пацієнтами. Книга стає міжнародним бестселером, після чого порушується питання про законодавче врегулювання права участі самого хворого у вирішенні питань щодо умов його смерті.
3. Після тривалих дебатів цю тенденцію було висвітлено і закріплено в так званій Лісабонській декларації, прийнятій ВООЗ у 1981 році. Вона представляє міжнародний звід прав пацієнта, серед яких окремо виділено право людини на смерть з гідністю.
4. У 1986 році ВООЗ приймає «сходінки знеболення».
5. У 1990 році ВООЗ публікує доповідь експертів під назвою «Знеболення при раку і паліативний рух».

Відтак паліативна допомога як самостійний напрям діяльності отримує офіційне міжнародне визнання. У найрозвиненіших країнах світу, що мають на сьогодні значну кількість хоспісів і будинків догляду, починають створюватися перші національні об'єднання й асоціації хоспісної та паліативної допомоги: NHRSCO(США), IANPC (США), EAPC (Італія), Help The Hospices (Великобританія) та ін.

6. 2002 рік: вже у 8 країнах світу створено національні стандарти з надання паліативної допомоги.
7. 2003 рік: розробка Рекомендацій (2003) 24 Комітету Міністрів Ради Європи державам — учасникам організації паліативної допомоги.

На території колишнього СНД однією з перших почала розвивати цей напрям діяльності Росія. З 1990 року існує Російсько-британська асоціація хоспісів. Завданням асоціації є сприяння розвитку хоспісів у Росії і допомога колегам у вирішенні практичних питань. Заснував Асоціацію Віктор Зорза. У 1990 році вийшла в російському перекладі книга Розмарі та Віктора Зорзи «Шлях до смерті. Жити до кінця».

Один із перших у Росії профільних хоспісів для хворих на рак відкрито 8 листопада 1903 року за ініціативою онколога, професора МДУ ім. М.В. Ломоносова Л.Л. Льовшина. У 1897 році Л.Л. Льовшин самостійно організував збір пожертвувань у московських благодійників; 12 лютого 1898 року він отримав схвалення проекту на правління МДУ. До цього тільки меценати Морозови вклали до онкологічного фонду 150 000 карбованців, тому навіть у радянський період — до середини двадцятих років ХХ ст. — установа носила ім'я Морозових.

Після «радянського XX ст. бездуховності», що тривав понад 70 років і перекреслив практично всі завоювання і досягнення російської духовної культури, ренесанс, або відродження, хоспіс-них традицій препадає на 90-ті роки. У цей час 1990 року в Ленінграді відкрито Лахтінський хоспіс — перший хоспіс епохи перебування.

В Україні щорічно близько 500 тис. осіб потребують паліативної допомоги. На сьогодні у країні є тільки 9 окремих стаціонарних хоспісів і 10 паліативних відділень при лікарнях.

Необхідно зазначити, що окремих хоспіс функціонує в м. Коростені — один із найперших і найкращих в Україні.

Це всього лише 650 стаціонарних ліжок при мінімальній потребі в 3000. До 10 % невиліковно хворих одержують допомогу наприкінці життя в медичних закладах. Більшість умирають вдома, страждаючи від відсутності необхідного знеболювання, належного догляду, соціально-психологічної допомоги. Чинний контроль за оборотом наркотичних засобів значно ускладнює призначення і застосування в домашніх умовах опіоїдних анальгетиків.

Останнім часом проблемі розвитку системи паліативної допомоги приділяється більше уваги. Іде робота зі створення Державної програми розвитку паліативної допомоги в Україні до 2014 року.

Проект програми передбачає вдосконалення нормативно-правової бази щодо застосування опіоїдних анальгетиків для потреб невиліковно хворих пацієнтів, створення стаціонарних хоспісів і паліативних відділень при лікувальних закладах, створення мобільних служб із надання паліативної допомоги вдома, навчання медичних і соціальних працівників з питань паліативної допомоги.

*Аспекти паліативної допомоги:*

- медичні аспекти з усунення больового синдрому, догляду за відкритими вогнищами, правил асептики, харчування і особистої гігієни пацієнта;
- психологічні аспекти, пов'язані зі зменшенням рівня стресу і страху, зумовленим прогресуючим захворюванням, що знижує якість життя пацієнта та його близьких;
- соціальні аспекти, пов'язані з вирішенням низки соціально-побутових питань і проблем, забезпеченням необхідної соціальної підтримки для хворого, його сім'ї та доглядаючих його осіб;
- духовні і культурні аспекти, пов'язані із задоволенням релігійних і культурних потреб хворого та членів його сім'ї на основі визнання етно-культурних відмінностей і особливостей;

*Основи стратегії надання паліативної допомоги:*

- дотримання прав людини і прав пацієнта;
- людська гідність;
- соціальна єдність;
- демократія;
- рівноправ'я, солідарність;
- свобода участі в ухваленні рішень і здійсненні вибору.

*Основні принципи паліативної допомоги:*

- паліативна допомога — це невід'ємний складник системи охорони здоров'я;
- будь-яка людина, що потребує паліативної допомоги, повинна мати можливість отримати цю допомогу;
- основною метою паліативної допомоги є досягнення за можливості якнайвищої якості життя пацієнта;
- завданням паліативної допомоги є можливість вирішити фізичні, психологічні та духовні проблеми, що виникають у разі розвитку невиліковного захворювання;
- активні лікувальні заходи слід застосувати лише в тому разі, якщо пацієнт цього хоче; якщо не хоче — лікування слід припинити;

Поняття паліативної медицини. Концепція, структура, види

- доступ до служб паліативної допомоги мусить бути обґрунтованим клінічними показаннями, але не нозологічною формою захворювання, станом хворого та його економічним статусом;
- програми освіти з паліативної допомоги слід внести в підготовку всіх зацікавлених медичних працівників;
- повинні проводитися наукові дослідження з метою поліпшити якість допомоги;
- паліативна допомога повинна отримувати адекватне і рівноправне фінансування.

Кодекс прав хворого онкологічного профілю:

- право на медичну допомогу;
- право на збереження людської гідності;
- право на підтримку;

- **право** на купірування болю і полегшення страждань;
- право на отримання інформації;
- право на власний вибір;
- право на відмову від лікування.

Принципові положення кодексу обґрунтовують необхідність вважати хворого повноцінним учасником ухвалення рішення про програму лікування його захворювання. Участь пацієнта у виборі підходу до терапії захворювання може бути повноцінною тільки у разі його повної інформованості про характер захворювання, методи лікування, передбачувану ефективність і можливі ускладнення. Найважливіше те, що пацієнт має право знати, як його хвороба і лікування, що проводиться, вплинуть на якість життя, навіть якщо він невиліковно хворий, а також право вирішувати, яку саме якість життя він вважає за кращу, і право визначати баланс між тривалістю та якістю свого життя.

Якість життя — це принцип, що дає змогу перевести безглузду останньої боротьби в гідний відхід із життя, який залишається в пам'яті рідних не страшним апогеем відчаю та страждання, а спокійним і величавим відходом людської душі з тіла.

За рішенням хворого право на вибір методу лікування може бути делеговане лікарю. Обговорення методів лікування буває психологічно непростим і для медичних працівників, передбачає наявність абсолютної терпимості та доброзичливості з боку лікарів і середнього медперсоналу. Відповідальність за реалізацію прав хворого на збереження людської гідності та підтримку (медичну, психологічну, духовну й соціальну) виходить за межі компетенції лікаря.

**Одне** з найголовніших завдань паліативної допомоги і медицини — зменшити страждання хворого завдяки купіруванню больових синдромів.

Захворювання на рак не завжди супроводжуються болем. Проте найчастіше біль, а пацієнти побоюються виникнення больових відчуттів. У 1986 році було прийнято директиву про застосування при лікуванні ракових захворювань вискоелективних препаратів морфію. При цьому вони не лише «пом'якшують» біль, а й допомагають підвищити якість життя хворого. Серед іншого, існують поширені методи знеболювального лікування, наприклад, масаж, дихальна терапія, фізіо- і психотерапія. За останні роки методи знеболювального лікування значно покращено.

### **Порівняльний аналіз паліативної терапії і радикальної медицини**

Радикальна медицина ставить перед собою завдання вилікувати хворого або максимально продовжити його життя. Смерть сприймається як абсолютний ворог, у виключно негативних тонах.

Життя — єдина і найбільша цінність, ніяка інша не може замінити її ні на землі, ні на небесах. Тому знання хвороби й уміння її лікувати є вищою метою радикальної медицини. Профілактика захворювань стає гарантією успіху в боротьбі з ними. Доступність радикальної медицини визначається її гарантованою безкоштовністю. Адекватність лікування оцінюється чинником часу. Швидкість лікувального ефекту є найважливішим показником якості лікування.

Конфіденційність у лікуванні гарантується законом. Таємниця діагнозу є неухильним принципом, який може бути застосований у багатьох випадках і до самих пацієнтів, якщо мова йде про невиліковність і смертельний прогноз, «Брехня за ради спасіння» допустима з метою милосердя щодо безнадійного хворого, щоб уникнути суїциду.

У соціально-побутовій ситуації, що склалася, вся відповідальність за хворобу лягає на медичний персонал. Крайні ситуації суїциду або відмови від допомоги і лікування трактуються не як рішення самого пацієнта, а як недогляд. Адекватність волевиявлення пацієнта завжди оцінюється шляхом психіатричного контролю.

Ієрархія взаємин і взаємодій у лікувальних закладах будується за принципами командної системи. Перша особа, яка за все відповідає, — це головний лікар, за ним — начмед, завідувач відділення, лікар, сестра, санітарка і, нарешті, сам хворий, на якого й спрямована вся турбота персоналу. Процес лікування суворо регламентований численними наказами, методичними листами, що гарантує дотримання єдиного підходу до лікування, від лікувально-діагностичного режиму до методів терапії, препаратів, хірургічного втручання тощо.

Узагальнюючи проблеми, спробуємо провести аналіз негативних складових існуючої медичної системи. Принцип радикальної медицини «Вилікувати, не зважаючи ні на що» містить уразливу позицію. Чи можна вилікувати пацієнта на все життя? І якщо так, то тоді він повинен вмирати здоровим?

Але якщо він вмирає не внаслідок хвороби, а ідеально — через старість, то старість — це хвороба чи ні? Тоді в рамках паліативної медицини й виник комплексний підхід до проблем вмираючих, оскільки неминучість відходу кожного вимагала участі всіх. Серед великої кількості рецептів життя не знайшлося сучасної, добре розробленої моделі смерті. Що ж до здобутків давніх культур, які відкрили нам дослідження древніх цивілізацій, таких як Єгипетська, Тибетська, Індійська («Книга мертвих»), то вульгарно-матеріалістична спрямованість науки давно відкинула їх разом з містико-релігійною європейською спадщиною. На сьогодні в рамках паліативної медицини завдяки зусиллям різних фахівців формується « модель смерті », яка б лягла в основу практичної роботи з термінальними хворими та включала медичний, соціальний, психологічний і духовний аспекти роботи з вмираючими пацієнтами.

Отже, радикальна медицина націлена на лікування хвороби і використовує всі засоби, наявні в її розпорядженні, поки є хоча б щонайменша надія на одужання.

*Паліативна медицина* приходиться на зміну радикальній з того моменту, коли всі засоби використані, ефекту немає й перед хворим виникає перспектива смерті.

Отже, основоположним принципом паліативної медицини є визнання природності смерті. Процес смерті має найбезпосеред-ніші аналогії з процесом народження.

Деякі акушери зазначають про значущість у розвитку плоду *третього, дев'ятого і сорокового* дня, коли закладаються екто-, енто- і мезодерма. Релігійні традиції поминання померлого також акцентуються на цих днях. Відхід душі з тіла шляхом спіралеподібного руху з «проходженням через тунель», у кінці якого «сяє світло», має аналогію з процесом пологів. Існує думка, що як людина народжується, так і вмирає: тяжкі пологи — довга смерть і навпаки. Діти повторюють сюжет життя та смерті своїх батьків тощо. Звичайно, ці думки часто не доведені наукою.

Проте можна спиратися на один з матеріалістичних, а отже, задалегідь наукових, доводів щодо того, що «випадковість є проявом закономірності». Фактично в світі немає нічого випадкового. Відповідно, і «ненаукові» дані — не випадкові й мають свою закономірність, відображаючи, можливо, не всю істину, проте значну її частину.

Другий постулат паліативної медицини досить важко засвоюється медиками, вихованими в традиціях радикальної медицини. Звучить він так: процес пологів найсприятливіший для дитини й матері, якщо він відбувається природно, відповідно до біологічних ритмів, коли в нього не втручаються ззовні. Таке саме відношення переноситься в паліативній медицині і на процес людського вмирання. Звичайно, мова йде, перш за все, про формування здатності прийняти й витримати страждання. Вважаючи правильним, що для дозрівання плоду оптимальним терміном є дев'ять місяців, ми повинні визнати, що, оскільки смерть також є природним процесом, вона вимагає певного часу для свого дозрівання.

Вирішувати питання якості життя хворого без урахування поглядів самого пацієнта було б нерозумно, тому необхідно створити бажані для пацієнта умови і досягти оптимальної якості життя.

Можна сказати, що досягнення бажаної якості життя повинно допомогти хворому «дозріти» для смерті, минаючи різні стадії психічних переживань, аж до так званої стадії ухвалення долі.

Особливе ставлення до смерті диктує наступне положення паліативної медицини. **Необхідність** повного контакту між лікарем, сестрою та пацієнтом вимагає повної довіри і, звичайно ж, щирості й відвертості. Питання про те, чи говорити правду про діагноз і прогноз захворювання, вирішується однозначно й індивідуально. Якщо хворий хоче знати правду, йому зобов'язані її повідомити. Проблема полягає у виборі психологічних методів, які дали б змогу сказати пацієнтові правду, не зламавши його психіку. Не слід також нав'язувати хворому своїх уявлень про хворобу і смерть та по можливості захистити його від пресингу з боку родичів.

Хотілося б відзначити близькість паліативної медицини до позицій сімейної медицини. Паліативна медицина орієнтована на підтримку не лише одного пацієнта, а всієї сім'ї.

*Як говорили, епікурейці, боятися смерті безглуздо, оскільки, поки ти є, немає смерті, коли приходиться смерть, немає тебе.*

Комплексний підхід до потреб пацієнта ставить паліативну медицину в розряд не просто прикладної науки, а перетворює її на практичну філософію. Роками ми звикали до боротьби за життя пацієнта до останнього подиху. Але **наскільки** гуманний цей підхід стосовно до вмираючого? Чи не перетворюють наші зусилля його життя на тривалу агонію?

**Паліативна допомога** є складником охорони здоров'я. Формування принципів паліативної медицини виходило з того, що хворі в термінальній стадії хвороби не отримують оптимальних, відповідних їхнім потребам медичної допомоги й догляду в лікувальних закладах загальної

лікувальної мережі. Сучасна паліативна медицина має бути кооперована з офіційною клінічною медициною, оскільки вона забезпечує дієвий і цілісний підхід, доповнюючий спеціальне лікування основного захворювання. Прийоми паліативної медицини можуть використовуватися різними медичними фахівцями при терапії болю, інших симптомів захворювання та особливо при обліку психологічних аспектів лікування. Сучасна паліативна медицина вимагає наявності висококваліфікованих лікарських і медсестринських кадрів, що володіють знаннями в галузі клінічної медицини, фармакології, онкології і психотерапії, а також навичками міжлюдського спілкування. Принципи паліативної медицини стосуються всіх видів паліативної допомоги незалежно від характеру захворювання пацієнта, що її потребує.

Методи паліативного лікування, включаючи медикаментозне та хірургічне лікування, променеву терапію, широко використовуються лікарями різних спеціальностей для зменшення патологічних симптомів і страждань пацієнтів, але становлять лише малу частину широкого спектра засобів паліативної медицини. Фахівець з паліативної медицини в ідеалі має добре орієнтуватися у показаннях і протипоказаннях до застосування цих методів.

### **Значення паліативної медицини для охорони здоров'я**

У деяких країнах розроблено пріоритетні варіанти надання паліативної допомоги з метою адекватного планування й надання відповідних послуг. Однак якщо люди не одержують інформації про існуючі можливості для одержання допомоги, важко бути впевненим у тому, що вибрано оптимальний варіант. На сьогодні в більшості країн системи охорони здоров'я погано пристосовані до обліку побажань пацієнтів щодо місця надання їм паліативної допомоги й проведення фінального періоду життя. У багатьох країнах на державному рівні не ведеться реєстрація даних про місце настання смерті.

1. Політика охорони здоров'я має будуватися з урахуванням права кожної людини на високоякісну паліативну допомогу і на прийняття рішень, що її стосуються, незалежно від виду захворювання, на яке вона страждає. Це право повинне бути відображене в законодавстві з питань охорони здоров'я та соціальної допомоги.
2. Організатори охорони здоров'я повинні вести облік побажань тяжкохворих щодо місця одержання допомоги й завершення життя.
3. Повинна бути налагоджена систематична реєстрація місця настання смерті, такі дані можна використовувати для попередньої оцінки ефективності надання паліативної допомоги.
4. Необхідно сприяти тому, щоб служби охорони здоров'я з'ясували в хворих, де вони бажають одержувати допомогу й де хотіли б закінчити життя. Ступінь задоволення індивідуального вибору має слугувати кінцевим критерієм ефективності.

Розвиток паліативної допомоги необхідний для вирішення низки проблем, таких як:

- постійна щорічно зростаюча кількість інкурабельних онкологічних хворих;
- відсутність єдиних організаційних принципів надання паліативної та протибольової допомоги групі інкурабельних онкологічних хворих;
- відсутність єдиних методів і підходів до надання спеціалізованої паліативної й протибольової допомоги;
- дефіцит бюджету у сфері охорони здоров'я;
- низька кваліфікація медичного персоналу загальнолікувальної мережі щодо паліативної і протибольової допомоги інкурабельним онкологічним хворим.

Тільки налагоджена система паліативної допомоги дає можливість вирішувати складні лікувальні та етичні проблеми безнадійно хворих людей. На сьогодні все більш очевидною є необхідність створення нових і вдосконалення наявних організаційних форм і методів такої допомоги хворим. Паліативна допомога найбільш ефективна там, де до неї існує комплексний клінічний підхід, використовуються всі наявні засоби лікування. Ця допомога не повинна обмежуватися лише доглядом і пасивним спостереженням. Необхідно постійно прогнозувати і завжди діяти відповідно до зміни клінічної ситуації.

Паліативну допомогу не слід розглядати як щось істотно інше, ніж інші форми надання медичної допомоги населенню. Таке розрізнення зробило б її інтеграцію в загальну систему організації медичної допомоги населенню не лише важкою, а неможливою.

Розвиток паліативної медицини позитивно вплинув би на інші галузі охорони здоров'я, зосередивши увагу фахівців на деяких сферах, яким сьогодні приділяється недостатньо уваги, наприклад, на духовних проблемах. Паліативна допомога — не лише одна з ланок системи охорони здоров'я, а філософія допомоги, яка може бути реалізована у всіх відділеннях медичних закладів.

На етапі зародження і розвитку в Україні паліативної медицини надзвичайно важливо повсюдно інтегрувати принципи паліативної допомоги в наявні програми організації лікувально-профілактичної допомоги населенню країни на амбулаторному і госпітальному етапах.

## ПСИХОЛОГІЧНІ, СОЦІАЛЬНІ І ДУХОВНІ АСПЕКТИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

### Психічний стрес

Загальним для всіх пацієнтів на пізніх стадіях розвитку онкологічного захворювання є наявність психоемоційного стресу, що значно погіршує якість життя. Його причинами можуть бути прогресування хвороби, особливості особистості хворого, наявність патологічних симптомів, соціальні, культурні, духовні проблеми, лікування, що проводиться, і взаємини з медичними працівниками.

*Основні чинники розвитку психоемоційного стреси в хворих*

#### **Хвороба:**

- швидке прогресування;
- справжня або очікувана неминучість;
- зміна зовнішності;
- фізична залежність;
- тривалість хвороби;
- психічне виснаження.

#### **Особистість хворого:**

- боязнь болю, смерті, каліцтва;
  - втрата (боязнь втрати) контролю;
  - боязнь втратити незалежність, гідність;
  - відсутність надії, безпорадність;
  - усвідомлення несприятливого прогнозу;
- занепокоєння, невропатія, іпохондрія;
- патологічні симптоми, насамперед біль, що не зменшується.

#### **Соціальні чинники:**

- втрата (страх втрати) роботи, соціального положення, ролі в сім'ї;
- відчуття ізоляції (реальне або уявне);
- незавершені справи (особисті, суспільні, фінансові);
- фінансові труднощі;
- переживання щодо членів сім'ї;
- культурні особливості, такі як відмінності в культурі або мовний бар'єр.

#### **Духовні чинники:**

- релігійні проблеми;
- духовні проблеми (каяття, відчуття провини, невиконані обіцянки, сенс життя).

#### **Лікування, що проводиться:**

- затримка з діагностикою;
- багаторазові невдалі спроби лікування;
- побічні ефекти лікування.

#### **Медичний персонал:**

- погана взаємодія;
- відсутність наступності різних етапів лікування;
- ігнорування близьких осіб, що доглядають хворого.

*Психічний стрес* часто описується як тривога або депресія. Ці проблеми далеко не завжди свідчать про психопатологію, деякі з них, наприклад, заперечення або пасивність слід розглядати як клінічний прояв компенсаторних механізмів.

Рівень психічного стресу залежить від компенсаторних можливостей пацієнта. Нижче наведено чинники, що вказують на невеликий компенсаторний резерв.

**Особистісні чинники:**

- збудливий або песимістичний характер;
- погана переносимість захворювань і стресів;
- важкі спогади про захворювання на рак у друзів і близьких;
- особисті невдачі в недавньому минулому;
- багаточисельні проблеми та обов'язки в сім'ї;
- проблеми в шлюбі;
- психічні розлади в анамнезі;
- алкоголізм або наркоманія в анамнезі.

**Соціальні чинники:**

- слабка соціальна захищеність, ізоляція, обмежені матеріальні можливості;
- низьке соціальне становище;
- культурні (багаті культурні традиції);
- духовні (відсутність релігійної віри та альтернативної системи цінностей).

Лікування психічного стресу полягає, насамперед, в усуненні чинників стресу, якщо це можливо, такими заходами.

**Загальні заходи:**

- дбайливий, тактовний, неспішний підхід;
- уважне вислуховування, налагодження спілкування-;
- запевнення в постійності догляду;
- повага до особистості й індивідуальності;
- обговорення страху перед майбутніми стражданнями, тривалості життя;
- контроль патологічних симптомів, насамперед, купірування болю.

**Соціальні заходи:**

- вирішення соціальних питань, забезпечення соціальної підтримки;
- підтримка сім'ї й осіб, що доглядають;
- духовна сфера: задоволення духовних і релігійних потреб.

**Інші заходи:**

- загальна підтримка і консультування;
- участь у групах підтримки;
- релаксаційна терапія;
- медитація;
- відволікальні заходи;
- соціалізація.

**Психологічні методи лікування:**

- навчання навичок зняття стресу;
- навчання методів компенсації;
- когнітивна терапія;
- анксиолітики, антидепресанти;
- підтримувальна психотерапія.

**Турбота про сім'ю і близьких пацієнта**

Турбота про рідних і близьких, друзів пацієнта — це головна ознака високоякісної паліативної допомоги. Добра турбота про пацієнта допомагає рідним справитися з проблемами, але у них є власні потреби й тривоги, і їм також необхідна підтримка. Це можуть бути проблеми, пов'язані з хворобою та доглядом за пацієнтом, їхніми власними відчуттями і турботами, взаєминами з суспільством, у якому вони живуть.

## Духовні і культурні проблеми

Кожна людина, вірить вона в Бога чи ні, має внутрішнє духовне життя. Духовність визначає мету та сенс життя людини, сприйняття й ставлення людини до інших людей, істот і подій. Духовне життя кожної людини унікальне. Воно засноване на культурних, релігійних і сімейних традиціях, змінюється у міру накопичення життєвого досвіду, є основою думок, віри, системи цінностей і дій. Духовність зазвичай взаємозв'язана з релігійними переконаннями.

Духовні й екзистенціальні переживання — значне джерело клінічних проблем: вони можуть спричинювати або посилювати біль і психологічні проблеми, бути джерелом страждань. Розпізнавання й успішне вирішення духовних і екзистенціальних проблем є важливим складником паліативної допомоги. Духовні й екзистенціальні проблеми термінальних хворих можна приблизно згрупувати таким чином:

### — *ті, що стосуються минулого*

- сенс життя людини;
- цінність взаємин;
- цінність минулих здобутків;
- хворобливі спогади й сором;
- провина за помилки і невиконані обіцянки;

### — *ті, що стосуються сьогодення*

- руйнування власного організму;
- фізичні, психологічні та соціальні зміни;
- зростаюча залежність від інших людей;
- значення людського життя; сенс страждань;

### — *ті, що стосуються майбутнього*

- розлука, що насувається;
- безнадійність;
- безглузде існування;
- думки про смерть;

### — *ті, що стосуються релігії*

- сила віри;
- життя після смерті.

Духовна підтримка орієнтована на особу й починається із са-мосприйняття пацієнта. Деяким людям допомагає усвідомлення того, що питання і сумніви, які їх турбують, не дають спокою й багатьом іншим.

Релігійна віра і переконання пацієнта заслуговують на безумовну повагу. У пацієнта або його близьких необхідно з'ясувати релігійні потреби, наприклад, щодо молитви, їжі, особистої гігієни. Заохочуються всі релігійні обряди та звичаї, включаючи молитви, помазання, пости і періоди самозречення, спеціальні дієти, хрещення й багато іншого.

## Філософія паліативної допомоги

Паліативна допомога має власну філософію, прийняту в усьому світі завдяки її відповідності тим **основам, на які спирається життя людини, і підтверджену авторитетом ВООЗ.**

### Паліативна допомога:

- 1) допомагає пацієнтам жити до самого кінця зі збереженням якості життя і сприймає смерть як природне завершення життя;
- 2) не ставить за мету змінити терміни життя вмираючого хворого;
- 3) сприймає пацієнта і його сім'ю як єдине ціле;
- 4) максимально полегшує біль та інші тяжкі симптоми;
- 5) об'єднує психологічні, соціальні і духовні аспекти турботи про пацієнтів так, щоб вони могли узгодитися із закінченням їх життя, наскільки це можливо;
- 6) дає хворому можливість померти з гідністю, що означає зберегти його особистість та індивідуальність;
- 7) пропонує систему підтримки сім'ям під час хвороби пацієнта і в період його втрати.

Паліативна допомога щонайкраще здійснюється групою людей, фахівців, *що працюють в одній команді й зосереджені на досягненні якнайповнішого благополуччя пацієнта та його сім'ї.*

### Вона включає:

- 1) пацієнта;
- 2) його близьких родичів і/або друзів;

- 3) лікарів і медсестер;
- 4) психологів;
- 5) соціальних працівників;
- б) священника та ін.

### **Роль медичної сестри в паліативній допомозі**

Роль медичної сестри в паліативній медицині дуже відповідальна, тому що сестра має найбільший контакт із хворим і його родиною і виконує найбільший обсяг роботи. У багатьох західно-європейських хоспісах медична сестра є головним координатором дій у команді та центральною особою, *що* приймає рішення щодо догляду.

Для того щоб глибше зрозуміти філософію паліативної допомоги, слід навести визначення ролі медсестри англійського фахівця Вірджинії Хендерсон: «Унікальна роль медсестри полягає в допомозі людині — хворій або здоровій — і зводиться до підтримання здоров'я, або його відновлення, або сприяння мирній смерті і тому, що людина могла б зробити сама, без сторонньої допомоги, якби у нього були необхідні сили, воля і знання».

Звичайно, для медсестри, що спеціалізується на наданні паліативної допомоги, найсуттєвішою є третя складова її професії — догляд за хворим у процесі його вмирання.

Основні функції медичної сестри:

- 1) визначення проблем пацієнта;
- 2) загальний догляд;
- 3) контроль симптомів: виконання призначень лікаря й прийняття самостійних рішень щодо окремих симптомів;
- 4) психологічна і соціальна підтримка пацієнта і його близьких;
- 5) навчання пацієнта і членів його родини;

Щодо сім'ї такого пацієнта необхідно акцентувати увагу на профілактичному аспекті професії медсестри. Надання родичам хворого емоційної і практичної підтримки, навчання основам догляду, роз'яснення планів лікування і змін, що відбуваються в стані пацієнта, підтримання у близьких упевненості, що з хворим поведуться якнайкраще — усе це пом'якшує тяжкість стресу, у якому перебувають родичі, і запобігає їх підвищеній захворюваності в період втрати.

Особливість стосунків хворого, його сім'ї і медичного персоналу в галузі паліативної медицини полягає в тому, що вони базуються на принципах взаємної співпраці. З хворим і його близькими обговорюються можливі варіанти лікування і догляду, рішення про ухвалення найприйнятніших з них приймаються спільно. Медичний патерналізм («Ми фахівці і ми знаємо краще») або надання хворому повної самостійності в ухваленні рішень («Це Ваше Здоров'я, Вам і вирішувати») недопустимі.

Діяльність медсестри, що сприяє одужанню пацієнта, в паліативній галузі представлена мінімально, але завжди треба пам'ятати, що в світовій медичній літературі описана значна кількість випадків спонтанного зцілення, коли хворий з термінальною стадією онкологічного захворювання раптом одужує навіть без отримання протипухлинного лікування.

Психологічна допомога в хоспісі поділяється на три основних напрямки:

- робота з хворими;
- робота з родичами:
  - під час хвороби;
  - після смерті пацієнта;
- робота з персоналом хоспісу.

*Робота з хворими.* У термінальних хворих зростає або знову з'являється потреба в підтвердженні їхньої значущості, любові, прощенні й примиренні з самими собою, з тими, хто їх оточує, і Богом, у розумінні сенсу життя та смерті. Багато пацієнтів потребують духовної допомоги.

Одним з важливих розділів психологічної підтримки хворих є невербальна психотерапія, особливо фізичний контакт. Дуже часто саме тримання за руку, дотик допомогли побудувати близький емоційний контакт із хворими, які вважають себе заразними.

Необхідно зупинитися на чиннику присутності й часу. Відчуття самотності у хворого буває яскраво вираженим, тому найбільше, що можна дати пацієнтові в даному разі, — це наша присутність і наш час. Для хворих у стадії депресії це дуже важливий психотерапевтичний момент (особливо мовчання).

*Мета індивідуальної психотерапії* — допомогти людині знайти сенс життя, розділити його самотність, підтримати, допомогти хворому усвідомити свої тілесні, душевні, духовні потреби.

*Робота з родичами під час хвороби їхнього близького.* Турбота про родичів є важливою складовою турботи про вмираючого. Допомога родичам під час хвороби їхнього близького полягає в підтримці, підбадьорюванні, за потреби — навчанні прийомам догляду за хворим, у забезпеченні інформацією про особливості перебігу захворювання в термінальний період, про потреби хворого, способи їх задоволення.

*Робота з родичами після смерті хворого.* Після втрати близького родичі особливо, потребують психологічної підтримки. Велику психотерапевтичну дію справляють такі моменти: участь у поминаннях колишнього пацієнта, телефонні дзвінки з вираженням співчуття, листівки зі співчуттям, відвідини родичів удома, проведення груп підтримки або тематичних зустрічей для родичів. Такі зустрічі проводять один раз на 3 міс, вони мають неформальний характер і присвячені певній темі; на них присутні й працівники хоспісу. Ці зустрічі дають змогу проявити свої стримувані, а деколи і неусвідомлювані відчуття суму й печалі.

*Робота з персоналом хоспісу.* У хоспісі працюють люди, що бажають допомогти та полегшити чуже горе. Працівники хоспісу розвиваються (психологічно й духовно) і змінюються в процесі роботи з вмираючими людьми. Відбувається природний відбір кадрів, а ті, хто залишаються, стають висококваліфікованими фахівцями.

*Психологічна допомога персоналу передбачає такі елементи:*

- просвітницьку роботу (на заняттях співробітники хоспісу вивчають основи психологічних знань);
  - ознайомлення під час індивідуальних бесід з психологічними особливостями конкретних пацієнтів і тактикою їхнього поводження на певному етапі;
  - багато працівників хоспісу є віруючими людьми й використовують своє духовне життя (відвідини церкви, читання Біблії, молитва) як джерело сили, надії і любові;
  - для запобігання розвитку синдрому згорання і підтримки стомлених співробітників розроблено систему надання годин відпочинку з метою переключити їх на інший вид діяльності;
- Можна сказати, що важлива частина роботи хоспісу — надання психологічної допомоги хворим та їхнім родичам і персоналу. Таким чином, найдоцільнішим є розвиток, психологічної роботи в хоспісі за цими трьома напрямками.

#### **Міждисциплінарний підхід до надання паліативної допомоги**

Для задоволення потреб хворого в комплексному догляді і різних видів допомоги необхідне залучення різних фахівців, як медичних, так і немедичних спеціальностей. Тому бригада або штат хоспісу зазвичай складається з лікарів, медичних сестер, що мають відповідну підготовку, психолога, соціального працівника й священника. Інші фахівці залучаються до надання допомоги на вимогу. Використовується також допомога родичів і волонтерів.

*Необхідність навчання принципам і методам паліативної допомоги.* Щоб забезпечити кваліфіковану паліативну медичну допомогу, необхідно оволодіти знаннями й навичками за такими напрямками:

- елементи і моделі допомоги хворим у кінці життя; завчасне планування допомоги й складання директиви щодо побажань пацієнта про його лікування в кінці життя (врахувати всі бажання та останню волю хворого);
  - психологічні особливості спілкування з інкурабельними хворими і членами їхніх сімей; правила повідомлення хворому поганої звістки щодо його діагнозу й прогнозу (підходи і психологічні методи), купірування депресії, тривоги, делірію;
  - що відбувається в останні години життя (фізіологічні зміни), як поводитися лікарю і родичам, що надають догляд;
  - адекватне знеболення інкурабельних онкологічних хворих за треступеневою схемою ВООЗ і купірування інших патологічних симптомів відповідно до останніх досягнень медичної науки.
- Найважливішою умовою для ефективної паліативної та хоспісної допомоги є ретельний відбір кваліфікованого персоналу з фахівців і постійний процес навчання. Паліативна допомога вимагає великих витрат часу, тому так важливо мати достатню кількість медичного і немедичного персоналу в кожній бригаді. Як правило, люди, залучені до надання паліативної допомоги хворим, починають надавати допомогу на добровільній основі. Персонал повинен зрозуміти й прийняти принципи паліативної допомоги і мати кваліфікацію для її надання. Як ні в якій іншій медичній спеціальності люди, що працюють у хоспісі, мають бути чесними та здатними проявити співчуття до хворого. Люди, що перенесли горе втрати своїх близьких, не повинні залучатися до надання паліативної допомоги раніше, ніж через 2 міс. після цієї події.

Проблема надання спеціалізованої допомоги хворим з поширеними формами злоякісних новоутворень є актуальною для нашої країни. Якість і ефективність організації, застосування й управління паліативною допомогою залежить від оптимального підбору кадрів для роботи в міждисциплінарному колективі, а також від його спеціалізованого навчання та кваліфікації; від мобільності і повноцінності міжвідомчої співпраці та партнерства, від оптимального виділення і перерозподілу ресурсів (фінансових, матеріальних, кадрових та ін.).

Найголовніше — бажання людей забезпечити термінальних хворих і вмираючих медичною допомогою та доглядом, реалізувавши на ділі принцип гуманності нашої медицини й основний принцип загальнолюдської і християнської етики.

### **Вибір лікування**

Паліативна терапія включає цілий арсенал методів лікування, що їх у різних комбінаціях застосовують у кожному конкретному випадку залежно від потреб. Особливості розвитку захворювання можуть, наприклад, вимагати застосування термінового хірургічного втручання: при стенозі дихальних шляхів, дисфагії, непрохідності кишок травного тракту, затримці сечовипускання та ін. Можуть виникнути показання до застосування променевої терапії (при кісткових метастазах) або хіміотерапії (для зменшення маси пухлини).

У будь-якому разі при виборі лікування слід керуватись такими міркуваннями:

- лікування має бути спрямоване, хай на тимчасове, але покращання стану хворого;
- стан хворого дає змогу провести лікування без додаткового ризику;
- побічних ефектів лікування можна уникнути і воно безпечне;
- хворий згоден з планом майбутнього лікування.

Обговорення плану лікування мусить бути колегіальним, усебічним і зваженим, з урахуванням того, що ускладнення й побічні ефекти лікування можуть звести до мінімуму бажаний результат і тільки поглибити страждання хворого. Тому в критичних ситуаціях, розглядаючи можливість застосування складних методів лікування за наявності сумнівів у сприятливому завершенні слід керуватись принципом «Не нашкодь» і залишити хворого у спокої, відмовившись від тяжких і даремних спроб подовжити його життя.

Хворий, якщо він дієздатний, має повне право сам вирішувати свою долю і давати згоду на лікування. Навіть, якщо лікар не згодний з його рішенням, він не може робити будь-що всупереч бажанню хворого або його родичів (у тих випадках, коли пацієнт не може прийняти самостійного рішення). При категоричній відмові хворого від лікування обов'язки медперсоналу залишаються незмінними — усіма можливими методами позбавити хворого від страждань і допомогти його родичам.

## **ХОСПІС. ХАРАКТЕРИСТИКА. ПРИНЦИПИ РОБОТИ**

Холістичний, тобто цілісний, підхід до використання комплементарної і альтернативної медицини як баланс тіла, розуму і духу, можливо, є одним із найширше використовуваних видів допомоги в період закінчення життя.

### **Паліативна і хоспісна допомога**

Паліативна допомога і комплементарна медицина розвивалися пліч-о-пліч, так само, як і звичайна медицина розвивалася паралельно з альтернативною. Увага паліативного догляду була зосереджена на тому, щоб максимально зменшувати страждання хворих і досягти при цьому якнайкращої якості життя пацієнтів, що мають невиліковні захворювання, і членів їхніх сімей.

Хоспісний догляд підтверджує такі цілі паліативної допомоги, визнаючи роль міждисциплінарного підходу й посилення його значущості саме в завершальній фазі життя.

Паліативна допомога в Сполучених Штатах традиційно зводиться до надання паліативної допомоги вдома, тоді як у Великобританії переважає система стаціонарних хоспісів.

Слово «хоспіс» має латинське походження. Латинське слово *hospes* спочатку означало «чужоземець», «гість». Але пізніше значення його змінилося, і воно почало означати також «господар», а слово «*hospitalis*», прикметник від *hospes*, означало «гостинний, доброзичливий до мандрівників».

Від цього слова пішло й інше — «*hospitium*», що означало «дружні, теплі взаємини між господарем і гостем», а згодом, і місце, де ці стосунки розвивалися. Еквівалент у старовірській мові має таке саме значення гостинності. Пізніше латинське «*hospes*» трансформувалося в англійське слово «*hospice*», яке за даними Великого англо-російського словника (1989) означає «притулок», «богадільня». Р. Поллетті відзначає, що хоспісом називалася нічліжка або богадільня, де зупинялися паломники на шляху до Святої землі у термінальній стадії захворювання, але вона визначає далеко не все. Цінність останнього визначення полягає в тому, що саме вона може

відображати думку тяжкохворого пацієнта, зацікавленого у вирішенні посталих проблем, але вже не дуже зацікавленого в лікуванні своєї хвороби (у більшості випадків він знає або здогадується, що від неї немає позбавлення). Будь-який фахівець у галузі паліативної онкології також може взяти це визначення за девіз своєї роботи.

### **Основні принципи діяльності хоспісів**

Сесілія Сондерс залишила нам у спадок, керівні принципи роботи хоспісу. Вона називала їх «перевірочним списком» для кожного члена команди, за яким вони можуть звіряти свої досягнення:

- колектив і кожен співробітник хоспісу повинні мати непоборне бажання продовжувати свою справу;
- хоспіс має бути самостійним і зберігати право вступу в нього тільки за потребою хворого. У хоспісі не повинно бути ніякої корупції;
- хоспіс повинен мати повагу в медичних колах. Що більше його лікарів є фахівцями-онкологами і медсестер мають освіту в галузі паліативної онкології, тим більшу довіру викликає хоспіс;
- з самого початку роботи хоспісу треба ввести службу вдома. Виїзна служба є «серцем» хоспісу, тому що для хворого, чії тяжкі симптоми захворювання вдається тримати під контролем і чия сім'я уміє і може за ним доглядати, природно жити й померати вдома;
- необхідна підтримка уряду; хоспіси і уряд потребують один одного;
- будівля і територія хоспісу мають бути привабливими, але краса інтер'єру не повинна заважати створенню в хоспісі домашньої обстановки для пацієнтів;
- співробітники хоспісу повинні визнавати необхідність навчання;
- треба постійно оцінювати те, що вже зроблено, і не боятися впроваджувати нове (наприклад, організація денного стаціонару як додаток до основних підрозділів — виїзної служби й стаціонару);
- хоспіс має бути невеликим — 20—25 ліжок;
- треба дозволяти хворим давати персоналу вказівки, що робити;
- не можна допускати, щоб хоспіс вважався місцем тільки для вмирання.

*Принципи діяльності хоспісів на сучасному етапі*

1. Послуги хоспісу безкоштовні. За смерть не можна платити, як і за народження.
2. Хоспіс — будинок життя, а не смерті.
3. Контроль за симптомами дозволяє якісно поліпшити життя пацієнта.
4. Смерть, як і народження, — природний процес. Його не можна квати і гальмувати. Хоспіс є альтернативою евтаназії.
5. Хоспіс — система комплексної медичної, психологічної й соціальної допомоги хворим.
6. Хоспіс — школа і підтримка родичів та близьких пацієнта.
7. Хоспіс — це світогляд гуманізму.

Хоспіси — заклади охорони здоров'я для надання медичної, соціальної і психологічної допомоги переважно онкологічним хворим у термінальній стадії хвороби й психологічної підтримки їхніх родичів.

### **Структура хоспісу**

Хоспіс має такі служби: поліклінічне відділення (виїзна служба й денний стаціонар), стаціонар на 25—30 ліжок, організаційно-методичний кабінет.

### **Контингент хворих і критерії відбору**

Як впливає з останнього визначення ВООЗ, паліативна допомога хворим повинна починатися з моменту встановлення діагнозу невиліковного захворювання, яке неминуче приводить до смерті хворих у недалекому майбутньому. Що раніше і правильніше буде організована й надана ця допомога, тим вірогідніше ми зможемо здійснити поставлене перед собою завдання — досягнення максимального поліпшення якості життя хворого і його сім'ї. На цьому етапі паліативна допомога, як правило, надається лікарями, які беруть участь у процесі діагностики й лікування хворого. Критерії відбору хворих для власне паліативної (хоспісної) допомоги, в основному, стосуються тих пацієнтів, радикальне лікування яким було проведено, але захворювання прогресує та переходить у термінальну стадію, або лікування вже не показано у зв'язку з пізнім зверненням хворого по допомогу. Тобто це та група хворих, яким медицина зазвичай «більше нічого не може зробити». На цьому етапі ми говоримо про «допомогу в кінці життя», або «хоспісну допомогу», як розділ

паліативної допомоги, тимчасовий і націлений на надання допомоги хворому (і його близьким) у кінці життя. Проте вона показана і тим пацієнтам, які відчувають фізичні або інші страждання та потребують активного втручання.

Можна виділити *три основні групи хворих*, яким показана спеціалізована паліативна допомога в кінці життя:

- 1) хворі зі злоякісними новоутвореннями IV стадії;
- 2) хворі на СНІД у термінальній стадії;
- 3) хворі з неонкологічними хронічними прогресуючими захворюваннями в термінальній стадії розвитку (стадія декомпенсації серцевої, легеневої, печінкової і ниркової недостатності, розсіяний склероз, тяжкі наслідки порушень мозкового кровообігу та ін.).

На думку фахівців паліативної допомоги критеріями відбору є очікувана тривалість життя не більше ніж 3—6 міс; очевидність того факту, що подальші спроби лікування недоцільні (у тому числі упевненість фахівців у правильності поставленого діагнозу); наявність у хворого скарг і симптомів (дискомфورت), які вимагають спеціальних знань і умінь для проведення симптоматичної терапії.

#### **Показання до тимчасової шпиталізації:**

- необхідність корекції важкого симптому;
- необхідність дати відпочинок родичам;
- соціальні показання (самотній хворий, з доглядом за яким не справляється виїзна служба).

У хоспісі можливе виділення ліжок для пацієнтів з неонкологічними хронічними захворюваннями, що потребують паліативної допомоги. У хоспісі має бути багато персоналу, щоб не було поспіху. Команда хоспісу повинна розглядати сім'ю пацієнта як частину цілого в догляді. Родичі можуть перебувати в хоспісі, коли вони і хворий цього побажають. Для відпочинку родичів виділяють окреме приміщення.

Без постійного зняття фізичного й емоційного стресу в персоналу хоспісу робота буде ефективною.

Духовна допомога важлива в підтримці персоналу й пацієнтів, але поняття духовного і релігійного не завжди збігаються. Відчуття єдності команди має бути вищим за відмінності між людьми і групами. Кожен повинен постійно відчувати, що хтось піклується про нього, і з задоволенням допомагати своїм колегам. Слід заохочувати відкрите спілкування між співробітниками. Треба мати бажання продовжувати доглядати хворих усе краще й краще.

Форми організації паліативної допомоги

Існують різноманітні форми надання паліативної допомоги (ПД) пацієнтам. Вони різняться в різних країнах, оскільки в кожній країні відбувається розвиток цього напрямку за самостійним планом. Відповідно до рекомендацій ВООЗ, усе різноманіття можна розділити на дві основні групи — допомога вдома і в стаціонарі. Стаціонарними закладами паліативної допомоги є хоспіси, відділення (палати) паліативної допомоги, розташовані на базі лікарень загального профілю, онкологічних диспансерів, а також стаціонарних закладів соціального захисту.

Допомога вдома здійснюється фахівцями виїзної служби, організованої як самостійна структура, або структурним підрозділом стаціонарного закладу. Організація паліативної допомоги може бути різною.

Якщо взяти до уваги той факт, що більшість хворих хотіли б провести решту свого життя й померти вдома, то надання допомоги в домашніх умовах було б найдоцільніше. Проте, як відзначає професор А.В. Гнезділов: «2/3 хворих умирають у лікарнях. Це «неякісна цифра», яка свідчить про відсутність можливості отримання хворими допомоги вдома або в хоспісі. Убогі побутові умови, труднощі у взаєминах з рідними змушують багатьох хворих шукати в хоспісі останній притулок». Усі форми паліативної допомоги мають бути запропоновані пацієнтові.

#### **Соціальна допомога**

Соціальна допомога в хоспісі за соціально-психологічними аспектами є проміжною ланкою між медичною і правовою роботою з пацієнтом та його близькими.

Основні завдання соціального працівника:

- встановлення і підтримання зв'язку з трудовими колективами, де раніше працював хворий;
- сприяння в оформленні необхідних документів (оформлення інвалідності і так далі);
- допомога в соціально-психологічній адаптації;
- реабілітаційна допомога;
- різні послуги хворим і їхнім родичам (організація харчування, закупівля продуктів, прання, годування, читання книг, листування з родичами, друзями і т. д.). Соціальний працівник звільняє

медичний персонал, проводячи загальну роботу в хоспісі, що різко підвищує ефективність роботи медперсоналу. Усі ці завдання мають широкий діапазон і вимагають від соціального працівника різноманітних форм фізичної праці, прояву організаторських здібностей, базових правових знань, наявності широкого світогляду та життєвого досвіду, певних рис характеру.

### **Моральна підтримка**

Духовні і релігійні потреби людей мають глибоко особистий характер. Вони часто виступають на перший план з наближенням смерті і тому повинні враховуватися при наданні паліативної допомоги. Є фактичні дані про те, що духовні переконання можуть допомогти хворій людині керувати своїм станом, і навіть впливати на результат хвороби. Вони можуть також впливати на те, щоб родичі змогли змиритися з їхньою втратою.

### **Медико-психологічна допомога в хоспісі**

Необхідно наголосити, що потрібне професійне вміння спілкуватися з вмираючими, оскільки це окремих, великий і важливий аспект паліативної допомоги. Він включає не тільки вербальний контакт, а й невербальні способи спілкування: вміння активно слухати, дотик, поза при розмові і багато чого іншого, що навчений персонал хоспісу і його добровольці постійно вдосконалюють. Психосоціальні та психологічні проблеми близьких пацієнтів (псині реакції на хворобу, вмирання, смерть) — одні з першорядних і серйозних у паліативній допомозі, що вирішуються в хоспісі. Як зняти гостре відчуття провини перед вмираючим? Як допомогти уникати брехні в спілкуванні з хворим? Ці та інші важливі питання підтримки близьких пацієнтів — одна з головних проблем.

Однією з найважчих проблем хоспісу є *психологічна підтримка персоналу*. Групи психологічної підтримки, відпочинок, перемикання на інші види діяльності, наприклад, 30—40-хвилинна робота в дитячому садку, розташованому поруч із хоспісом, делікатність з боку персоналу при переживанні їхнім колегою смерті сього хворого — ці питання також вимагають повсякденної особливої уваги. Таким чином, паліативна допомога в хоспісі — це велике коло завдань, серед яких важко виділити окремі компоненти. Медичні, соціальні, психологічні, духовні та інші завдання, що стоять перед пацієнтом та його родичами, персоналом, добровольцями, органічно пов'язані і витікають один з одного.

### **Проблеми термінальної психотерапії**

Розуміння причин психологічного дискомфорту хворого допомагає працювати в певному напрямі з їх усунення або пом'якшення. Широкий спектр психологічних проблем зумовлює організацію комплексної психологічної підтримки та включає роботу психотерапевта, психолога, священика, а також роботу всієї команди з організації дозвілля хворих, залучення трудотерапевта, соціального працівника і волонтерів.

У хоспісі використовують *такі види психотерапевтичної допомоги*:

- 1) психотерапія середовищем передбачає створення затишної домашньої обстановки, де немає суворого лікарняного режиму: можна брати з собою тварин, свої фотографії, улюблені речі. Бажано, щоб у хоспісі було багато зелені, квітів, картин. У багатьох хоспісах є музичні інструменти, молитовне місце;
- 2) психотерапія за принципом розділення проблем та болю хворого; можливість отримати підтримку і спілкування, дбайливе доброзичливе ставлення близьких і персоналу. У хоспісі людину приймають такою, яка вона є;
- 3) арттерапія з переключенням уваги хворого на творчість (малювання, робота з деревом, рукоділля, читання і т. д.);
- 4) індивідуальний підбір психотерапії.

### **Етико-деонтологічні особливості спілкування з безнадійними хворими та їхніми родичами**

Усе розмаїття підходів до співробітництва лікаря та хворого складається з чотирьох головних компонентів: а) підтримки; б) розуміння; в) поваги; г) співчуття.

**Підтримка** — одна з найважливіших умов правильних взаємин медичної сестри і хворого.

**Співчуття** — ключ до співпраці між медичною сестрою та хворим. Необхідно вміти поставити себе на місце хворого, подивитися на світ його очима. Співчуття — це певною мірою своєрідне поглинання почуттів іншого в свою духовну сферу. Співчувати означає відчувати іншого всім своїм єством. Співчуття починається з факту нашої присутності, інколи мовчазної, з очікування, коли хворий заговорить. Співчуття можна висловити досить просто, поклавши руку на плече хворого, це створює певний позитивно-емоційний настрій, на якому можна будувати взаємну довіру.

Розуміння хворого з боку медичної сестри — це підґрунтя, на якому закріплюється довіра, адже хворий переконується, що його скарги сприйняті медичною сестрою і вона їх активно осмислює. Розуміння може бути виражене й невербальним шляхом: поглядом, кивком голови тощо.

**Повага** передбачає визнання особистості хворого як індивіда і серйозності його тривоги.

**Страх смерті**, як і будь-яка інша емоція, вплетений у живу тканину світовідчуття: у кожного в процесі соціалізації й під

впливом індивідуальних уроджених особливостей складаються відповідні способи емоційного ставлення до світу. Стійкі риси такого ставлення і виражають світовідчуття людини. Слід зауважити, що страх смерті — неоднорідне явище, і це дає підставу виділити чотири різновиди страху.

*Перший різновид* — просто страх перед смертю, перед зникненням людини як індивіда, перед болем — провісником смерті та ін. Таке почуття страху може поєднуватися з думками, спрямованими на пошук шляху порятунку від небезпеки. Це почуття може виливатися як в активну, так і в пасивну поведінку або взагалі зовнішньо ніяк не проявлятися.

*Другий різновид* «страху смерті» — це феномен, який полягає в усвідомленні виключення особи зі стада, зграї. У людській свідомості він віддзеркалюється дуже неприємним уявленням втрати соціального статусу. Таким чином, другий різновид страху смерті набуває редукованої форми, тобто без будь-якого усвідомлення загрози безпосередньої смерті, а лише як дискомфортні переживання десоціалізації, що можуть виникнути (почуття ганьби, неуспішності, неповноцінності, непотрібності тощо). Інколи дискомфорт, спричинений сильними переживаннями, спонукає людину до самогубства (суїциду).

Явища *третього різновиду* належать до страху смерті лише умовно. Це скоріше опосередковане відображення у свідомості людини, не усвідомлюване нею ані як страх, ані як тривога, не асоційоване з поняттям смерті. Це різної інтенсивності дискомфортні відчуття, аж до відчуття смертельної нудьги, яка гірша за Саму смерть, тому що може бути одним із провісників потягу до самогубства. Такий стан дуже складно висловити. Він, і то тільки приблизно, передається словами: на душі нудно, моторошно, гидко та ін.

*Четвертий різновид* страху смерті — це відчуття, зумовлене страхом за збереження популяції (і окремих її членів), до якої належить особа, яка підтримує збереження її членів. Зникнення більшості з популяції деяких видів тварин позбавляють особин, які залишилися, здатності успішно боротися за своє існування. Очевидно, цей тваринний страх став основою страху за дітей, батьків, рідних та знайомих. Водночас саме цей інстинкт страху за інших породжує у людей власну безстрашність.

Релігійний світогляд дає можливість людині ставитися з оптимізмом до критичних ситуацій, у тому числі й до тяжких невиліковних хвороб, які загрожують трагічними наслідками.

Тисячолітня релігійна практика виробила різноманітні механізми й ритуали, завдяки яким пом'якшується страх смерті: молитви, причастя, покаєння тощо.

**Роль медсестри в задоволенні потреб безнадійного хворого:**

- полегшення болю та інших тяжких симптомів;
- психологічна і духовна підтримка пацієнта;
- підтримання у пацієнта здатності вести активне життя перед смертю, що насувається;
- створення системи підтримки в сім'ї хворого під час хвороби і після смерті пацієнта;
- сприяння відчуттю приналежності до сім'ї (хворий не повинен відчувати себе тягарем);
- прояв любові, уваги до пацієнта (спілкування з ним);
- розуміння (що починається поясненням симптомів і перебігу хвороби та можливістю поговорити про процес умирання);
- прийняття хворого в товаристві інших людей (незалежно від його настрою, товариськості й зовнішнього вигляду);
- самооцінка (зумовлена участю хворого в ухваленні рішень, особливо якщо зростає його фізична залежність від тих, хто його оточує, необхідністю знайти можливість для хворого не тільки отримувати, а й давати).

Робота в хоспісі оцінюється не мірою складності, швидкості, якості виконаних маніпуляцій і відсутністю ускладнень, а за ступенем вираженого пацієнтом задоволення. Важливо відзначити зміни в настрої пацієнта, знати, які проблеми його хвилюють, уміти підтримати. Такий підхід до організації та оцінки роботи медичних сестер хоспісів і відділень ПД передбачає не тільки тісну взаємодію медичних сестер з іншими учасниками команди, а й чітке планування догляду за кожним конкретним пацієнтом. Це забезпечує ведення сестринської історії хвороби, що дає змогу планувати дії і вживати заходів щодо догляду. При плануванні й здійсненні догляду основний

акцент робиться на вирішенні пріоритетних і потенційних проблем пацієнта. Медична сестра керується при цьому складністю самої проблеми, гостротою і значущістю її для пацієнта, бажанням пацієнта, доступністю допомоги інших фахівців — учасників команди. Медичні сестри хоспісів і відділень у своїй роботі не можуть обмежитися тільки медичним аспектом догляду за пацієнтом і виконують, здавалося б, не властиві їм функції психолога, священика, соціального працівника, частково дублюючи роботу решти учасників команди. Це також пояснюється тим, що медична сестра перебуває до пацієнта ближче, ніж інші учасники команди. Спілкуючись з пацієнтом практично щодня, вона раніше за інших може відмітити зміни в його самопочутті й настрої, до неї першої звернеться пацієнт з проханням. І тут важливо не втратити, правильно використати час, необхідний для передачі інформації іншим учасникам команди й організації спеціалізованої допомоги. Вирішення проблем із залученням фахівців часто відстрочене за часом, наприклад, отримання пацієнтом пенсії або оформлення інвалідності (такі проблеми можуть викликати серйозний неспокій у пацієнта і позначитися на його самопочутті). Для медичної сестри важливо не тільки своєчасно звернутися до відповідного фахівця, але також пояснити пацієнтові в доступній для нього формі, як саме і в які терміни завдання буде вирішено, і таким чином заспокоїти. Інший приклад. Організація візиту священика, психотерапевта іноді може забрати декілька днів, і пацієнт вимушений чекати. Бесіда медичної сестри з пацієнтом у спокійній обстановці, а не мимохідь здатна зробити це очікування не таким болісним. Можливість розповісти про те, що турбує, зустріти співчуття й розуміння здатна значно полегшити стан хворого. Ще один аспект роботи медичної сестри — навчання пацієнта правилам особистої гігієни, прийманню лікарських засобів, догляду за стоною, поради щодо харчування, навчання відволікальним і релаксивним вправам при больовому синдромі, дихальним вправам при задусі, самомасажу при лімфодемії, а також членів його сім'ї правилам догляду, використанню засобів догляду, особливостям харчування, спілкування. Залучення до процесу догляду родичів пацієнта сприяє не тільки поліпшенню якості догляду, а й несе могутній позитивний заряд, допомагає встановити сприятливий контакт між пацієнтом, його родичами і медичним персоналом.

Робота з волонтерами також входить до функціональних обов'язків медичних сестер хоспісів. Саме медсестра підкаже добровільним помічникам, чим вони можуть бути корисні пацієнтові (сходити в магазин за продуктами, супроводжувати на прогулянці, поговорити і т. д.). При цьому медична сестра керується бажаннями й інтересами пацієнта, захищаючи його від небажаних контактів, водночас надаючи волонтерам можливість реалізувати свою потребу в допомозі хворим. Таким чином, медичні сестри хоспісів і відділень, крім догляду за пацієнтом, виконують функції координатора команди, помічника, радника і захисника пацієнта. Для реалізації названих принципів організації роботи медичних сестер стаціонарів хоспісів і відділень паліативної допомоги (ВПД) потрібне створення декількох обов'язкових умов. Це, перш за все, штатний розклад, складений з розрахунку одна медична сестра на п'ять пацієнтів; формування системи підготовки медичних сестер — фахівців з паліативної допомоги двох рівнів (з середньою і вищою медичною освітою); сприятливі умови для догляду за пацієнтом та наявність необхідних для цього засобів. Не менш важливим в організації роботи медичних сестер стаціонарів хоспісів і ВПД є правильно складений графік чергувань. Звичайний графік роботи палатних медсестер — доба через троє або робота в черговій зміні, де залежно від кількості пацієнтів на відділення (за штатним розкладом) може бути декілька медсестер; відповідно неминуче відбувається розділення роботи, наприклад, розділення на декілька постів або на ділянки роботи (ін'єкції, перев'язки і т. д.). Останній варіант найгірший, оскільки сестра відповідає не за конкретних хворих, а лише за проведення певних маніпуляцій.

Крім звичайної організації роботи медичних сестер доцільно використовувати описану нижче модель. Під час надходження пацієнта в стаціонар старша медсестра підбирає відповідних медичних сестер для догляду за ним (враховується тип особистості пацієнта і медсестер). Надалі впродовж всього періоду перебування пацієнта в стаціонарі ці медсестри ведуть щоденний догляд і спостереження, чергуючи в денну й нічну зміни). З урахуванням того, що в нічний час потреба в персоналі менша, ніж удень, більша кількість персоналу працює в денну зміну. Такий графік роботи кращий через те, що медсестра практично щодня відстежує зміни в стані пацієнта, краще знає його проблеми, частіше бачиться з його сім'єю. Це сприяє встановленню доброго психологічного контакту, підвищенню особистої відповідальності, що у результаті сприятливо позначається на якості лікування та догляду.

*Сестринський персонал, що надає паліативну допомогу* вмираючим хворим, перебуває в стані постійної емоційної і фізичної напруги. Полегшуючи обтяжливі симптоми, зменшуючи страж-

дання й біль, перебуваючи поруч із хворим до останніх хвилин його життя та бачачи смерть, - медичні сестри відчують такі проблеми;

- 1) професійна і людська відповідальність не тільки перед хворим, а й перед його оточенням;
- 2) відчуття власної смертності;
- 3) сприйняття і переживання власної безпорадності;
- 4) дефіцит часу.

У результаті цього медичні сестри, що надають паліативну допомогу, як і весь медичний персонал, самі потребують психологічної підтримки, яку надають психотерапевт і психолог відділення або лікарні паліативної допомоги.

Зменшують психоемоційну напругу:

- добре організована робота підрозділу;
- створення атмосфери співпраці та взаєморозуміння між всіма членами колективу;
- продумана організація роботи;
- наявність для медичного персоналу кабінетів психологічного розвантаження та особистої гігієни;
- розуміння та підтримка адміністрації.

### **Спостереження за тяжкохворими та пацієнтами в агональному стані**

При спостереженні за тяжкохворими медична сестра повинна вміти правильно оцінити деякі найважливіші симптоми і в разі потреби надати невідкладну допомогу. Стежать за температурою тіла (у нормі не вище 37 °С). Гіпертермія — один із симптомів злоякісних новоутворень (але не обов'язковий). Стан хворих з високою температурою тіла часто буває дуже тяжким, іноді пацієнт непритомний. Тому необхідно ретельно спостерігати й доглядати за ним. По можливості встановлюють індивідуальний сестринський пост. Можливі порушення серцево-судинної діяльності, функцій органів травлення, сечовиділення тощо.

Про стан серцевої діяльності можна судити за пульсом та артеріальним тиском.

Пульс — поштовхоподібні коливання стінок артерій унаслідок руху крові й зміни тиску в судинах при кожному скороченні серця. У нормі пульс становить 60—80 за 1 хв.

Артеріальний тиск — тиск крові на стінки судин. У нормі тиск становить 100/60—140/90 мм рт. ст.

Також важливим є спостереження за виділеннями та контроль діурезу (у нормі 1000—1500 мл), дихання (частота дихальних рухів у нормі 16—20 за 1 хв), наявності задухи, її характеру (інспіраторна, експіраторна). В агональному стані у хворого часто відзначаються такі типи дихання:

- дихання *Биота*, яке характеризується рівномірним за глибиною диханням з періодичним виникненням тривалих пауз (до 0,5 хв);
- дихання *Чейна-Стокса* (хвилеподібне збільшення і зменшення амплітуди дихання з наявністю пауз між хвилями тривалістю 40—60 с);
- дихання *Куссмауля* — дуже сповільнене і глибоке.

Вони є показником погіршення стану пацієнта.

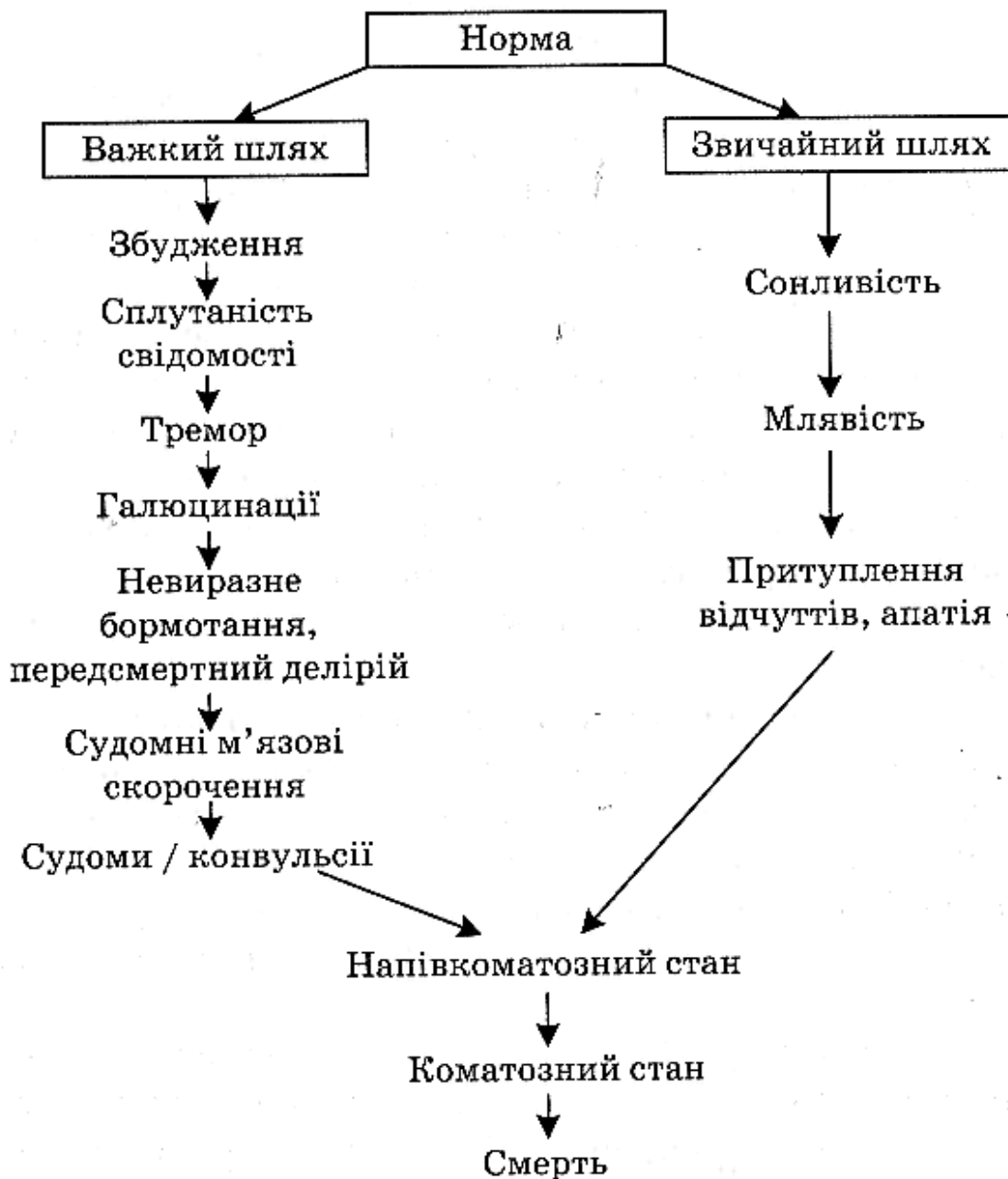
Критичне порушення роботи органів і систем, при якому виникає загроза життю, називається *термінальним (невідкладним) станом* і потребує реанімаційних заходів. За допомогою інтенсивної терапії та застосування реанімаційних заходів у багатьох випадках можна запобігти енергетичному та структурному дефіцитам, що розвиваються в організмі при термінальних станах, усунути їх і вберегти пацієнта від загибелі (схема 1),

Інтенсивна терапія — комплекс методів тимчасового штучного заміщення життєво важливих функцій організму, спрямованих на запобігання виснаженню адаптаційних механізмів та виникненню термінального стану.

Реаніматологія — наука про повернення до життя організму, профілактику та лікування термінальних станів (за В.О. Негов-євким). Для існування організму людини необхідно, щоб до нього безперервно надходив кисень і споживався клітинами, виділявся вуглекислий газ. Ці процеси забезпечує злагоджене функціонування органів дихання і кровообігу під контролем центральної нервової системи. Тому їхнє ураження призводить до смерті («ворота смерті» — за визначенням древніх — легені, серце і мозок). Зупинка життєдіяльності (смерть) може виникнути раптово (при нещасних випадках) чи передбачувано як закономірний наслідок старості або невиліковної хвороби. Про розвиток у пацієнта термінального стану обов'язково треба повідомити родичів. Тривалий процес умирання відбувається в кілька етапів. Передагонія. Фізіологічні

механізми життєдіяльності організму перебувають у стані глибокого виснаження; центральна нервова система пригнічена, можливий коматозний стан; діяль-

**Схема 1. Два шляхи до смерті**



ність серця ослаблена, пульс ниткоподібний, систолічний тиск знижений понад критичну межу (70 мм рт. ст.); зовнішнє дихання ослаблене, неефективне: дихальний об'єм та його частота неадекватні; функції паренхіматозних органів порушені. Передагонія може тривати декілька хвилин, годин, а то й днів. За цей час стан хворого ще більш погіршується і закінчується термінальною паузою. Хворий непритомніє, артеріальний тиск та пульс не визначаються; зупиняється дихання, рефлекси відсутні. Термінальна пауза триває до 1 хв.

Наступний етап умирання — агонія (боротьба). Унаслідок виснаження центрів життєдіяльності вищого порядку (ЦНС) виходять з-під контролю (активуються) бульбарні центри та ретикулярна формація. У хворого відновлюється м'язовий тонус та рефлекси, з'являється зовнішнє дихання (безладне, з участю допоміжних м'язів). Над магістральними артеріями пальпується пульс, може відновлюватися тонус судин — систолічний артеріальний тиск зростає до 50—70 мм рт. ст. Однак в цей час метаболічні процеси в клітинах організму стають незворотними. Різко знижується тиск, серцеві скорочення сповільнюються до 20—40 за 1 хв, дихання стає нерівномірним, поверхневим, з рідкими короткими і глибокими дихальними рухами та нарешті зовсім припиняється, хворий непритомніє. Відбуваються мимовільні сечовипускання й дефекація. Зіниці розширюються, зникає

рогівковий рефлекс. Спостерігаються загальні тонічні судоми, знижується температура тіла. Швидко згорають останні запаси енергії, акумульовані в мікроергічних зв'язках. Тривалість агонального періоду в пацієнтів, які помирають від хронічних захворювань, — кілька годин.

Потім настає клінічна смерть. *Основні ознаки клінічної смерті*

— відсутність пульсації над магістральними артеріями (сонною та стегною); розширення зіниць з відсутністю фотореакції; відсутність самостійного дихання.

*Допоміжні ознаки:* зміна забарвлення шкіри (сіра чи синюшна); непритомний стан; відсутність рефлексів та втрата м'язового тону.

Важливими чинниками, що впливають на ефективність реанімації при клінічній смерті, є температура навколишнього середовища та тривалість вмирання. При раптовій зупинці серця клінічна смерть в умовах нормотермії триває до 5 хв, при мінусових температурах — 10 хв і більше. Тривалий період вмирання значно погіршує ефективність реанімації, скорочуючи період клінічної смерті.

**Біологічна смерть** настає тоді, коли внаслідок незворотних змін в організмі та, насамперед, у ЦНС повернення до життя неможливе. Лікар констатує факт смерті й записує в карті стаціонарного хворого день і час. Після того, як лікар зареєстрував факт смерті, необхідно:

- 1) поставити ширму біля ліжка померлого або вивезти ліжку в інше приміщення;
- 2) забрати подушку;
- 3) зняти одяг з померлого;
- 4) покласти померлого на спину, закрити очі, підв'язати нижню щелепу, розігнути кінцівки;
- 5) накрити померлого простиралом.

Виконавши всі ці дії, тіло залишають у відділенні на 2 год. Після цього його оглядають, і за наявності так званих достовірних ознак смерті (трупне заклякання, трупні плями, зниження температури тіла нижче 20 °С) медична сестра записує чорнилом на стегні померлого його прізвище та ініціали, номер карти стаціонарного хворого. Тіло перевозять на спеціальній каталці в патологоанатомічне відділення для подальшого розтину із супровідним документом, який заповнює лікар. Речі померлого, які були в нього у відділенні, забирають, описують і передають родичам. Цінності з померлого медична сестра знімає в лікувальному відділенні в присутності чергового лікаря, оформлюючи це актом, і також передає рідним. Близню з ліжка померлого, включаючи матрац, подушку й ковдру, кладуть у мішок і віддають на дезінфекцію. Ліжку й тумбочку протирають відповідно до санітарно-протиепідемічного режиму.

Смерть, яка настала вдома, констатується лікарем, який видає довідку — діагноз і причини смерті.

#### **Реанімаційні заходи**

*Перша стадія реанімації* — надання першої медичної допомоги:

- 1) забезпечення прохідності дихальних шляхів (відкрити рот, звільнити від сторонніх предметів та рідин, відхилити голову пацієнта максимально назад, підкласти під голову валик, вивести нижню щелепу);
- 2) проведення штучної вентиляції легенів «рот до рота»;
- 3) закритий масаж серця.

*Друга стадія* серцево-легенево-мозкової реанімації — надання спеціалізованої медичної допомоги. Інтубують трахею, забезпечують ефективну вентиляцію легенів за допомогою апарату штучної вентиляції легенів (**ШВЛ**). Проводять також медикаментозну терапію. При всіх видах зупинки кровообігу застосовують розчини адреналіну гідрохлориду (1 мл 0,1 % розчину), атропіну сульфату (3 мл 0,1 % розчину).

Є такі види зупинки кровообігу: асистолія, фібриляція, «неефективне серце»:

- при асистолії електрокардіограф реєструє пряму лінію;
- фібриляція шлуночків проявляється частим хаотичним скороченням окремих волокон міокарда (нерівномірні «зубці» високо-, середньо- та дрібнохвильової амплітуди);
- «неефективне серце» — ресстрація при електрокардіограмі шлуночкового комплексу у хворих з відсутньою насосною функцією серця. За наявності високохвильової фібриляції можна застосувати 2 % розчин лідокаїну (по 0,5 мг на 1 кг маси тіла повторно). При «неефективному серці», зумовленому різким зменшенням об'єму циркулюючої крові, для забезпечення його насосної функції струминно внутрішньовенно чи внутрішньоартеріально вливають гемодинамічні розчини (рефортан, стабізол, по-ліглюкін, реополіглюкін), кристалоїди, глюкокортикоїди; при масивних крововтратах — консервовану кров та її компоненти. Електрична фібриляція серця, в умовах операційної, — відкритий масаж серця.

## Особливості надання реанімаційної допомоги в стаціонарі

*Як правило, у лікарні хворий помирає найчастіше в ліжку:*

- 1) для забезпечення твердої поверхні (лише в цьому разі масаж серця буде ефективним!) під спину хворого негайно підкладають спеціально заготовлений щит (бильце від функціонального ліжка) або хворого зсувають на край ліжка, на раму чи кладуть його на підлогу;
- 2) тривалість проведення першої стадії реанімації повинна бути мінімальною; уже через 5—7 хв необхідно надавати спеціалізовану медичну допомогу. Це положення часто визначає ефективність реанімації;
- 3) при первинній зупинці кровообігу (фібриляція серця), діагностованій протягом перших 20—30 с, доцільно здійснити «передсерцевий удар» — енергійно вдарити кулаком по середині груднини. У деяких випадках така механічна дефібриляція відновлює синусовий ритм і діяльність серця;
- 4) при обструкції верхніх дихальних шляхів (тотальний ларингоспазм, ларингостеноз, потрапляння в голосову щілину стороннього тіла) для відновлення їхньої прохідності іноді необхідно зробити конікотомію або трахеостомію. Прогноз реанімації найбільш сприятливий при первинній зупинці дихання, найнесприятливіший — при первинній мозковій смерті.

Комплементарна медицина як складова хоспісної допомоги

Поняття «комплементарний» походить від латинського «*complementum*» — «доповнення», тобто доповнення до чогось основного або головного.

Таким чином, комплементарна, або доповнююча, медицина / допомога — це поле діяльності, яке об'єднує ті напрями й складові допоміжної лікувальної практики, що виходять за рамки офіційних протоколів лікування. Поняття комплементарної медицини / допомоги часто замінюють поняттям альтернативної, або нетрадиційної, медицини, хоча це далеко не одне і те саме.

Головна відмінність поняття комплементарної медицини від альтернативної полягає в тому, що комплементарна медицина включає лише ті напрями і практики, які описані, досліджені та дієвість яких підтверджена клінічно, тоді як поняття альтернативної медицини включає практично все те, що виходить за рамки конвенціональної медицини.

Таким чином, поняття комплементарної медицини набагато вужче за поняття альтернативної.

В онкології під терміном «комплементарна допомога» слід розуміти сукупність різних прийомів і методів, які можуть використовуватися для посилення позитивних тенденцій у основному курсі спеціального протипухлинного лікування. Комплементарна допомога / терапія в онкології стосується, перш за все, комплексного та інтегрованого підходу до лікування, який передбачає, окрім самого курсу спеціального протипухлинного лікування, використання широкого арсеналу додаткових лікувальних засобів і терапій. Водночас комплементарна медицина сьогодні широко використовується у сфері паліативної допомоги для поліпшення якості життя й збільшення прогнозованих термінів виживання.

Комплементарна допомога / терапія є складовою і проміжною ланкою, що об'єднує аспекти куративної та паліативної допомоги.

Якщо йдеться про комплексний підхід, слід зазначити, що суть його — у грамотному використанні на всіх стадіях процесу лікування онкологічного захворювання трьох складових: кура-тивної, комплементарної та паліативної допомоги. Ці три напрями формують систему «рятівного кола» онкологічного хворого.

Комплементарна терапія, яку застосовують у паліативній медицині, може здійснюватися активним або пасивним способом. При активній терапії хворий працює в рамках своїх можливостей.

Пасивні заходи, яких уживають за домовленістю з лікарем, можуть, наприклад, привести до зниження болю або стабілізації загального стану здоров'я.

Таким чином, пасивне лікування може значною мірою посприяти фізичному і психічному розслабленню хворого.

Найголовнішим досягненням комплементарної терапії є незмінне поліпшення якості життя пацієнтів та істотне продовження прогнозованих термінів виживання.

### Реакція пацієнта на майбутню втрату життя

За даними дослідження, пацієнт, коли дізнався, що він безнадійно хворий, а медицина безсила і він помре, переживає різні психологічні реакції, які можна розділити на п'ять послідовних стадій:

I стадія — стадія «заперечення» («ні, не я», «це не рак», «не може бути! це помилка!»);

II стадія — «заперечення» + «протест» («чому я?», «не може бути!», «цепомилка!»);

III стадія — «прохання про відстрочення» («ще не зараз», «ще трохи»);

IV стадія — «депресія» («так, це зі мною, я помру», «немає виходу, все кінчено»);

V стадія — «прийняття факту смерті» («хай буде», «нікуди не подінешся, доля»). Для деяких пацієнтів і їхніх близьких I стадія є шоковою як неспецифічна реакція на сильний подразник, а II стадія — «заперечення» + «протест» — може поєднуватися з агресією, яка переважає, приводячи до пошуків причини («хто винен?», «його згубили», «отруїли», «опромінили», «оглянули й вчасно не визначили хворобу!»).

Емоційно-психологічне перебування пацієнта на V стадії зазнає принципових змін. Людина готує себе до смерті, приймає її як факт. "У цій стадії йде інтенсивна духовна робота: покаяння, заглиблення в себе, оцінка свого життя й тієї міри добра і зла, якою можна його оцінити. «Я ніби знову відкрив життя, в тому числі і самого себе», — говорять багато пацієнтів. Необхідно пам'ятати, що психологічна реакція людини, її близьких на втрату, смерть і горе має захисний характер та вимагає доброзичливої й кваліфікованої допомоги.

Загальні принципи психотерапевтичної підтримки хворих (А.В. Гнезділов, 1995): у стадії «заперечення» не заважати хворому, «міст» до людини повинен будуватися від нього, а не від лікаря; у стадії «агресії» доцільно дати хворому можливість «виговоритися», у депресивній стадії необхідно розділити з ним переживання; у стадії «прийняття» необхідно підтримати пацієнта, тут важливо дати хворому можливість і час пройти цю стадію в хоспісі або вдома у присутності працівників хоспісної служби.

Дослідження якості життя в паліативній медицині

*Якість життя як критерій оцінки ефективності надання паліативної допомоги.* Якість життя є основним критерієм оцінки ефективності всієї системи медико-психо-соціальної допомоги в паліативній медицині. З тієї причини, що паліативні хворі в більшості належать до найскладнішої в етичному аспекті категорії пацієнтів, то клінічні дослідження якості життя з їхньою участю мають свою специфіку. Ця специфіка проявляється, перш за все, в тому, що в міру посилення процесу обмеження фізичних і фізіологічних можливостей та параметрів організму пацієнта підвищується значення психосоціальних і духовних критеріїв якості життя.

Таким чином, оцінка якості життя в паліативній медицині має свою динамічну особливість, залежно від стану й стадії термінальності пацієнта. Водночас для оцінки ефективності паліативного лікування можуть використовуватися і стандартні підходи.

Таким чином, головне завдання оцінки якості життя в клінічних дослідженнях паліативних хворих — це визначення найоптимальнішої стратегії їхнього ведення.

#### **Якість життя в клінічній практиці**

У клінічній практиці, як і в клінічних дослідженнях, необхідна точна й адекватна оцінка стану хворого, його реакції на лікування та інші методи підтримувальної терапії. Оцінка якості життя — простий і надійний спосіб визначення впливу хвороби на стан хворого, беручи до уваги його фізичний, емоційно-психологічний стан, взаємини з родичами і медперсоналом. Такий методологічний підхід забезпечує побудову цілісної програми паліативної допомоги, сформованої на вичерпній інформації, максимально орієнтованої на інтереси хворого і членів його сім'ї. Не менші можливості закладено в методі індивідуального моніторингу стану хворого (оцінка загальної якості життя і його окремих складових протягом тривалого періоду спостереження), оцінюванні вираженості симптомів (оцінка рівня різних станів якості життя залежно від тих або інших патологічних симптомів, наприклад, болю, загальної слабкості та ін.).

*Метод оцінки якості життя в клінічній практиці дає змогу:*

- підвищити ефективність паліативного лікування;
- проводити своєчасну корекцію терапії;
- забезпечити адекватну психологічну і соціальну допомогу вмираючому хворому для підтримки якості його життя на максимально можливому рівні до моменту летального результату.

Оцінка **паталогічних** симптомів

Одним з основних завдань у паліативній медицині є контроль різних патологічних симптомів, таких як біль, загальна слабкість, нудота та ін. У сучасній практиці паліативної допомоги оцінка вираженості симптомів і ступеня впливу їх на якість життя ґрунтується на сприйнятті хворого і проводиться за допомогою спеціальних інструментів.

*До інструментів оцінки симптомів відносять описані нижче шкали та різні опитувальники.*

Поодинокі **шкали:**

- візуально-аналогові шкали;
- цифрові оцінювальні шкали;
- вербально-аналогові шкали, або шкали, вербальних оцінок.

*Точна оцінка і вимір інтенсивності симптомів допомагає:*

- у **клінічній** практиці:

- досліджувати причину і механізми виникнення симптому; розробляти адекватний план лікування; визначати ефективність і адекватність лікування; здійснювати моніторинг динаміки симптому;

- у клінічних дослідженнях: проводити епідеміологічні дослідження; вивчати механізми формування симптомів; порівнювати ефективність методів лікування.

## **ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ПРИ СИНДРОМІ ХРОНІЧНОГО БОЛЮ**

Навряд чи знайдеться людина, яка хоч раз в житті не відчувала біль. Біологічне призначення болю полягає в його сигнальній функції. Він попереджає нас про існування або виникнення патологічного процесу в організмі.

Біль нерозривно пов'язаний із життям людини. Він захисник і сигналізатор, модулює наші відчуття, емоції, схиляє до роздумів, примушує діяти або не діяти. Хронічний же біль зі «сторожового собаки» нашого організму перетворюється на «скаженого пса», а це є серйозною загрозою для життя. Запобігання цьому процесу є першочерговим завданням будь-якого спеціаліста. Проте існує абсолютно інший тип болю, який не лише не виконує своєї позитивної сигнальної функції, а навпаки, порушує діяльність органів і систем організму, самої центральної нервової системи, різко обмежує активність хворого, порушує його сон, критично знижує якість життя, а у тяжких випадках приводить до суїцидальних спроб (хронічний біль).

Хронічний біль треба розглядати не як симптом, а як самостійне патологічне явище. Біль перетворюється на серйозну стресову перешкоду для нормального функціонування організму, «розхиляє» психічну рівновагу аж до декомпенсації, утруднює, а деколи робить неможливим соціальне спілкування.

**Хронічний біль** — явище не тимчасове і не продовження гострого болю, а ситуація, що вимагає індивідуального підходу до вибору лікування. При затяжному болю, розвиваються зміни в центральній і периферійній нервовій системі, що мають, залежно від ступеня прояву, скороминущий або незворотний характер.

Відомо, що на рівні спинного мозку в шляхах болевідної системи при тяжкому хронічному болю можуть відбуватися «пластичні» зміни. Тільки при консервативному лікуванні із самого початку можна запобігти виникненню хронічного больового синдрому (хвороби).

**Ноцицепція** — це нейрофізіологічне поняття, що означає сприйняття, проведення і центральну обробку сигналів про шкідливі процеси або впливи. Тобто це фізіологічний механізм передачі болю, він не стосується емоційної складової. Важливе значення має той факт, що саме проведення больових сигналів у ноцицептивній системі не еквівалентне болю, що відчувається. За класифікацією IASP виділяють ноцицепторний біль — пов'язаний з подразненням периферійних больових рецепторів, локальний та іррадіювальний. Локальний біль частіше зумовлений подразненням соматичних ноцицепторів, які містяться на поверхні або в глибині тіла (м'язовий спазм, ураження м'яких тканин, ураження кісток). Іррадіювальний біль здебільшого є вісцеральним, пов'язаним з подразненням ноцицепторів внутрішніх органів і передається в інші зони тіла або на шкіру (канцероматоз серозних оболонок, гідроторакс, асцит, перерозтягнення стінок порожнистих органів і капсули паренхіматозних органів, закріп, порушення кишкової прохідності).

**Біль** — емоційна реакція організму на пошкоджену вальний вплив.

**Біль** — це усе, що завдає занепокоєння хворому.

### **Фізіологічна роль болю**

Біль є найважливішим компонентом захисної системи організму. Це найважливіший сигнал про ушкодження тканин і розвиток патологічного процесу, постійно діючий регулятор гомеостатичних реакцій, включаючи їхні вищі поведінкові форми. Однак це не означає, що біль має тільки захисні властивості. За певних умов, зігравши свою інформаційну роль, біль сам стає частиною патологічного процесу, нерідко небезпечнішого, ніж ушкодження, що його спричинило.

Повніше біль як прояв визначено Міжнародною асоціацією з дослідження болю (1979): біль — це неприємне сенсорне й емоційне переживання, пов'язане з дійсним або можливим ушкодженням тканин. Біль завжди суб'єктивний. Кожна людина пізнає це слово через переживання, пов'язані з одержанням якого-небудь ушкодження в ранні роки свого життя. Біль, безперечно, є відчуттям,

що виникає в якій-небудь частині або частинах тіла, але він також є неприємним і тому емоційним переживанням,

*Необхідно пам'ятати, що:*

- *біль* — одна з головних причин звернення по медичну допомогу;
- *біль* — симптом багатьох захворювань і дій зовнішніх по-шкодjuвальних чинників;
- *біль* — біологічний механізм захисту;
- *біль* — сигнал запобігання небезпеці для здоров'я і життя;
- *біль*, має об'єктивні і суб'єктивні компоненти;
- *біль*, який відчуває людина, не має об'єктивних методів виміру.

Але людина, яка страждає від болю, боїться його і чекає на допомогу.

**Виділяють такі типи болю:**

1) ноцицептивний;

2) нейропатичний;

3) змішаний. Також розділяють:

а) стадійний **біль** — короткий за тривалістю, виникає в початковий період при одержанні травми;

б) гострий біль — виникає в результаті ушкодження тканин. Він має різну тривалість, але не більше 6 міс. Припиняється після загоєння і має передбачуване закінчення;

в) хронічний біль — зберігається триваліший час, ніж потрібно для загоєння. Хронічний біль стає більше патологічним, ніж важливим для виживання. Це виражене відхилення від загального правила, яке підтверджує, що біль має цінність для виживання;

г) біль, спричинений лікуванням:

- поліміозити; канцероматозна сенсорна нейропатія; остео-артропатія;
- ускладнення хірургічного лікування: біль у зоні післяопераційного рубця, фантомний біль, анастомозити, утворення спайок у серозних порожнинах, набряк кінцівок після лімфаденек-томії;
- ускладнення після хіміотерапії: стоматит, полінейропатія, генералізована міалгія, симетрична артралгія, асептичні некрози;
- ускладнення після променевої терапії: променеві пошкодження шкіри, підшкірних жирових клітин, кісток, органів травного тракту, сечових органів, спинного мозку; фіброз навколороз-тіпціопаних тканин із вторинною травмою нервових структур, ВДвксити, постгерпетична невралгія, мієлопатія.

**Ноцицептивний біль** описується як гострий, ниючий, пульсуючий.

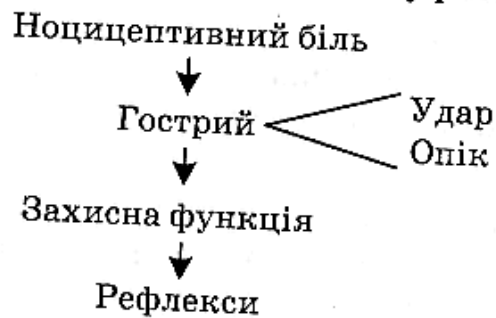
Біль — це типовий, еволюційно вироблений процес, що виникне, в результаті дії на організм ноцицептивних чинників або ослаблення протибольової системи. Він включає перцептуальний, вегетативний, емоційний, поведінковий, руховий, антиноцицептивний компоненти і направлений на захист організму від пошкодження і на усунення болю.

Відчуття болю залежить від активізації ноцицепторів, що належать мієліновим і немієліновим волокнам, і пов'язаних з ними нейронів висхідних трактів спинного мозку та стовбура мозку, що прямують в ретикулярну формацію, таламус і кору великих півкуль головного мозку. Існують різні типи ноцицепторів, які контролюють цілісність функціонування органів і тканин, а також реагують на різкі відхилення параметрів внутрішнього середовища організму. У шкірі переважають мономодальні механорецептори і полімодальні ноцицептори, трапляються і бімодальні ноцицептори (термо- і механорецептори).

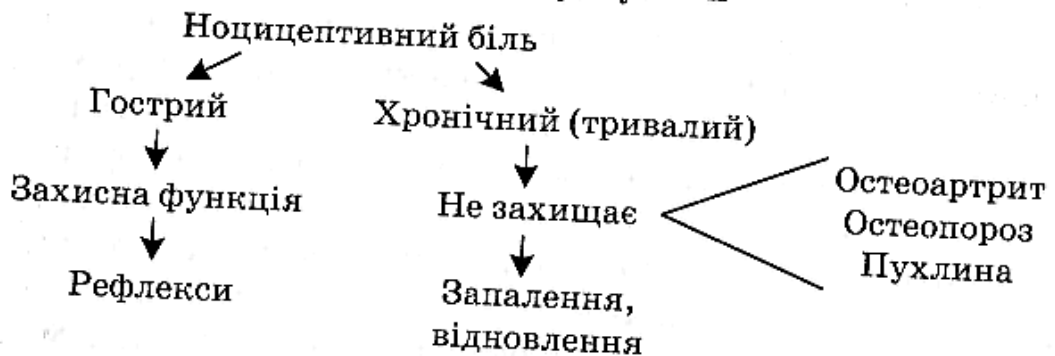
Активізація рецепторів вісцеральної аферентної ноцицептив-ней системи зазвичай виявляється у вегетативних реакціях і характеризується зростанням м'язового тону, розвитком тривожного стану, відчуттями тупого, дифузного (вісцерального) болю, часто ускладненого проєкційними болями шкірних зон або їх гіперальгезією. Ноцицептивні структури, що викликають відчуття первинного, вторинного і вісцерального болю, мають і різну морфофункціональну організацію, і зв'язки з відповідними периферичними і центральними структурами мозку. Ноцицептивні соматичні аферентні волокна пов'язані з нейронами спиноталамічного, спиноретикулярного, спиномезенцефалічного, спиноцеревікоталамічного трактів і тракту, що йде до ядер дорсальних стовпів.

Проте в літературі, присвяченій проблемам болю, зустрічається розділення останнього на соматичний і вісцеральний залежно від зони ураження (схема 2,3). При цьому як основна характерна межа вісцерального болю визначається його протипатичний характер.

**Схема 2. Ноцицептивний біль у разі удару і опіку**



**Схема 3. Ноцицептивний біль у разі остеоартриту, остеопорозу, пухлин**



Об'єктивні передумови що дозволяють виділити вісцеральний біль як особливий вид ноцицепції:

- а) сигнальне значення болю при ураженні внутрішніх органів;
- б) вісцеральний біль не локалізований, широко іррадіює і сигналізує не про загрозу пошкодження, а в більшості випадків дозволяє констатувати розвиток вже патологічного процесу, який далеко зайшов;
- в) больовий сигнал про пошкодження шкірних покривів тіла і опорно-рухового апарату формує адаптивну поведінку (реакція уникнення), тоді як вісцеральний біль — це завжди "невідрагована" емоція.

Таким чином, існує три основні риси, які відрізняють вісцеральний біль від соматичного:

- 1) недостатність сигнального значення;
- 2) неповноцінність у формуванні адаптивної поведінки;
- 3) неадекватність вегетативного забезпечення больової реакції запитам пошкодженого органу і організму в цілому.

Системи соматичного і вісцерального болю становлять загаль-и у систему ноцицептивного збудження, що формує різні поведін-КОВі афектно-емоційні і вегетативні прояви больової реакції. На сьогодні велика увага приділяється ендогенним системам контролю передачі больових сигналів. Існують чотири ендогенні пнальгетичні системи:

- а) нейронна опіатна — енкефалінергічна;
- б) нейронна неопіатна — норадреналінова, серотонінова і до-фамінергічна;
- в) гормональна опіатна — ендорфінова;
- г) гормональна неопіатна — пептиди та інші регулювальники.

Нейронна опіатна аналгетична система утворена трьома рівнями мозку — середнім, довгастим і спинним мозком. На всіх трьох рівнях чітко локалізовані ендогенні опіодні пептиди (енкефаліни). Ці хімічні сполуки були вперше виділені в 1975 році з мозку морської свинки.

Біохімічними попередниками ендогенних опіодних пептидів є три види пропептидів: проопіомелано-кортин, проенкефалін А і проенкефалін В.

Дофамінова система також бере участь в регуляції болю. Зменшенню аналгезії при стресі сприяє блокада дофамінових рецепторів галоперидолом, а активація дофамінергічної системи підсилює морфінову анестезію. Одним з можливих механізмів збільшення обміну дофаміну є його

компенсаторна активність унаслідок блокади наркотичними анальгетиками пресинаптичних закінчень дофамінергічних нейронів.

Останніми роками широко та інтенсивно вивчається роль хо-лінергічних механізмів у формуванні болю. Активізація хо-лінергічної модальності галантаміном зменшує рухову реакцію на біль, але підсилює інтенсивність емоційних проявів. Активація хо-лінергічної системи підсилює, а її блокада послаблює морфінову анальгезію.

Гормональна опіатна анальгетична система утворена п'ятьма рівнями мозку — спинним, довгастим, середнім мозком, а також гіпоталамусом і гіпофізом. Ендорфін, увійшовши до кровоносного русла, гальмує ноцицептивні нейрони і, потрапивши через систему портальної вени в спинномозкову рідину третього шлуночка мозку, має пряму гальмівну дію на нейрони таламуса, а також порушує гальмівні нейрони центральної сірої речовини і таким чином сприяє тривалій і глибокій анальгезії.

Окрім опіоїдних пептидів в активації антиноцицептивних механізмів беруть участь також інші нейропептиди, широко представлені в ЦНС. До них належать бомбезин, речовина Р, вазопресин, соматостатин. Загальною ознакою, яка впливає на розподіл цих речовин у мозку, є те, що велика їх кількість виявляються в тих структурах, які вважаються основними центрами формування больового та емоційного збудження, а також структурами, що беруть безпосередню участь в механізмах розвитку знеболювального ефекту при різних діях.

Ендогенні анальгетичні системи в організмі ніколи не функціонують окремо одна від одної. Кожна з них, маючи особливу структурно-функціональну організацію і взаємодіючи з іншими системами, дає змогу організму усувати негативні наслідки, викликані будь-якими ноцицептивними чинниками, а також перебудовувати функції його найважливіших систем під час розвитку різних ноцицептивних рефлексів, починаючи від простих захисних реакцій на біль і закінчуючи складними емоційними і стресовими реакціями вищих відділів мозку.

Нейропатичний (проекційний) біль є проявом порушення функції центральних структур проведення больових імпульсів і часто супроводжується сенсорною дисфункцією, парестезіями і алодинією.

#### Схема 4. Нейропатичний біль



**Алодинія** — це надзвичайно сильне патологічне больове відчуття, коли невеликі (сенсорні, тактильні та ін.) подразники також сприймаються як больові. Алодинія — надзвичайний прояв нейропатичного болю (рис. 1).

Алодинія — біль в результаті звичайно нормальних, безбольових стимулів.

Гіпералгезія — підвищене відчуття болю на незначні стимули.

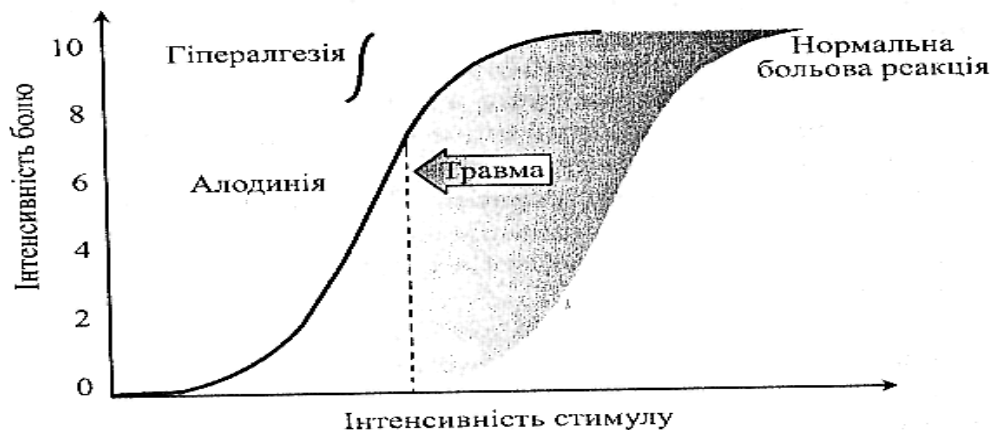


Рис. 1. Сенситизація

Каузалгія (симпатично посиленій біль) — змішаний розлад периферійної іннервації в первинних ноцицептивних і постган-гліонарних симпатичних волокнах. Лікування каузалгії — складна проблема, яку не завжди можна розв'язати і яка потребує застосування комбінованої терапії в поєднанні з психологічною підтримкою.

Ознаки каузалгії (IA&P Ргезз, 1993):

- гіперестезія і гіпоалгезія;
- пекучий біль, напади болю, які провокуються емоціями, теплом, холодом;
- алодинія;
- порушення симпатичних ефекторних впливів;
- гіперпатія;
- трофічні зміни шкіри та інших тканин;
- вазомоторні порушення;
- гіпергідроз.

Виявлення механізмів хронічного больового синдрому має велике значення для вибору методу лікування. Біль в онкохворих розрізняється за причинами і клінічними проявами. Основу успішної терапії хронічного больового синдрому формують рання діагностика та своєчасне комплексне лікування в ранній стадії.

*Медична сестра*, яка надає допомогу людині, що страждає від болю, повинна знати:

- а) чинники, що впливають на виникнення і відчуття болю;
- б) доступні методи оцінки болю в людини;
- в) методи, застосування яких повинно сприяти усуненню чи зменшенню болю і почуття страху.

**Причинами болю** (чи посилення його) в онкологічних хворих є;

- шум;
- безсоння;
- депресія і страх;
- спрага;
- інфекції;
- — недостатнє харчування;
- переохолодження;
- дефіцит знань;
- недбале ставлення лікарів;
- порушення технологій догляду і виконання маніпуляцій;
- відсутність спілкування й інформації.

Шкідливі фізичні, психічні, духовні, соціально-побутові чинники, що сприяють появі, стабілізації й посиленню болю, включають у поняття «сумарний біль». Виявлення й усунення цих чинників сприяє ефективнішому усуненню болю.

Необхідно пам'ятати, що медичний персонал — один з головних чинників провокування або зниження ризику посилення і стабілізації болю. Наприклад, було встановлено, що медичні сестри часто переоцінюють ступінь полегшення болю після приймання пацієнтом анальгетиків і занижують рівень болю, що відчувають пацієнти.

Перша, найчастіша причина болю у хворих зі злоякісними утвореннями пов'язана з ростом і поширенням пухлини:

- ураженням кісток (метастазування);
- здавлюванням нервів;
- проростанням пухлини м'які тканини;
- залученням до процесу внутрішніх органів;
- підвищенням внутрішньочерепного тиску;
- м'язовим спазмом, зумовленим болем і ураженням кісток;
- поширенням пухлини в заочеревинний простір. Біль, пов'язаний з механічним тиском пухлини чи метастатичним ураженням має переміжний або безперервний характер.

Інфільтрація нервів, тривале їхнє стиснення призводить до їхньої підвищеної чутливості, незначних фізичних і хімічних подразнень. У таких випадках біль має характер поверхневого печіння, супроводжується втратою місцевої чутливості, може бути різким, «стріляючим». Такий біль ваяско купірується шляхом уведення опіатів. їхній розвиток у хворого вимагає введення до-поміжних лікарських засобів (антидепресантів, нейролептиків).

Друга група причин, що зумовлюють і підтримують біль, може бути пов'язана з хірургічним лікуванням, хіміо- і променевою терапією.

Для хворих із хронічним болем характерні:

- тривалий анамнез болю, що триває понад 6 міс;
- багаторазові і невдалі спроби лікування;
- часті зміни медичних працівників;
- труднощі з ліками;
- можливі операції;
- альгогенні психосиндроми;
- психосоціальні наслідки.

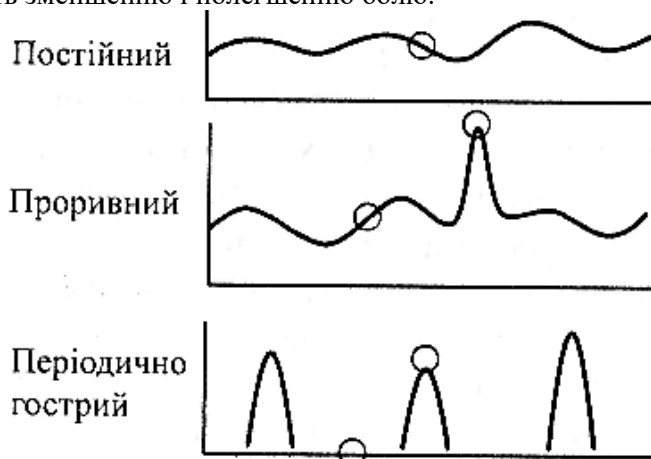
Тісний зв'язок хронічного болю з депресією очевидний. Так, Дж. Мюррей наголошує, що при хронічному болі треба перш за все виявляти депресію; С. Тайрер (1985) наводить статистичні дані про наявність психічних розладів депресивного характеру у половини хворих, що страждають на хронічний біль; за даними С.Н. Мосолова, у близько 60 % хворих із депресією виявляють хронічні больові синдроми. Деякі автори висловлюються ще чіткіше, вважаючи, що в усіх випадках хронічного больового синдрому відзначається депресія, беручи за основу те, що біль завжди супроводжується негативно-емоційними переживаннями та блокує можливість людини отримувати радість і задоволення від життя. Таким чином, повноцінне лікування хворого з хронічним болем неможливе без купірування супроводжуючої депресивної симптоматики.

#### Принципи контролю за болем

1. Загальномедичний принцип — лікувати не тільки симптомів, а й пацієнта і навіть його родини.
2. Необхідно диференціювати вид і локалізацію болю, щоб зробити купірування за можливості специфічним.
3. Якщо пацієнт скаржиться на біль, незважаючи на приймання анальгетиків, необхідно виходити з принципу, що правда на боці пацієнта, а не медичного працівника.
4. Біль необхідно лікувати превентивно, а не за потреби.
5. Варто обмежити і тримати під контролем використання хворим власного лікарського арсеналу.

Оцінка болю включає:

- локалізацію болю;
- інтенсивність болю і його тривалість (рис. 2);
- характер болю;
- чинники, що сприяють виникненню і посиленню болю;
- наявність болю в анамнезі;
- реакцію людини на біль;
- чинники, що сприяють зменшенню і полегшенню болю.



Треба за можливості пропальпувати больові ділянки тіла, звернути увагу на: підвищення місцевої температури, припухлість, розмір болісної ділянки.

Оцінити життєво важливі показники: пульс, тиск, дихання.

Застосувати заходи, що зменшують біль (зміна положення тіла, ритуальні рухи, харчування, застосування тепла чи холоду).

Виявити супровідні симптоми (нудота, головний біль, запаморочення, затримка сечовипускання, закрепи, неспокій).

Найефективнішим способом оцінки болю є **шкала** оцінки болю:

— *найпростіша описова шкала інтенсивності болю:*

- відсутність болю;
- середній біль;
- стерпний біль;
- сильний біль;
- надто сильний біль;
- нестерпний біль;

— *цифрова шкала інтенсивності болю:*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

*Відсутність болю — середній біль — нестерпний біль;*

— *візуально-аналогова шкала:*

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 відсутність болю найсильніший біль.

Страждання — сильний фізичний чи психологічний біль, що турбує людину.

**Стрес** — стан організму, що проявляється напруженням або специфічними пристосувальними реакціями у відповідь на дію зовнішніх або внутрішніх чинників.

**Відчуття жаху** — почуття, стан дуже великого переляку, панічного страху, що оточує когонебудь.

Рекомендується послідовно вирішувати такі завдання для зменшення болю:

- збільшити кількість годин неперушеного бодем сну;
- полегшити біль у хворого під час відпочинку;
- полегшити біль у хворого в період активного життя.

**Паліативна** (симптоматична) допомога пацієнтам з хронічним бодем включає лікарські засоби, фізіо- і психотерапію.

### **Методи усунення болю**

За даними Комітету ВООЗ щодо знеболення (при раку), у 30— 50 % онкохворих біль є основним симптомом, але лише половина з них одержують ефективне знеболення. З урахуванням того, що зростання онкозахворюваності зберігатиметься, у перспективі, за прогнозом ВООЗ, близько 90 % хворих, які перебувають на обліку, потребуватимуть лише паліативної терапії, у тому числі знеболення.

У програмі ВООЗ щодо боротьби з раком проблема лікування хворих із хронічним больовим синдромом є одним з пріоритетних завдань сучасної онкології:

- Створення глобальної системи для поширення знань пре способи зменшення болю.
- Доведення до відома хворих та їхніх сімей того факту, що біль майже завжди можна передолати.
- Уведення в програму навчання лікарів і медичних сестер відповідної дисципліни.
- Повне викладення методів знеболення у стандартних посібниках щодо ведення хворих на рак.
- Застосування знеболювальних засобів у лікарнях загального профілю, центрах охорони здоров'я і навіть у домашніх умовах, а не лише у спеціалізованих онкологічних центрах.
- Перегляд державного законодавства у галузі лікарських засобів, щоб хворим на рак були доступні необхідні для знеболення препарати (схема 5).

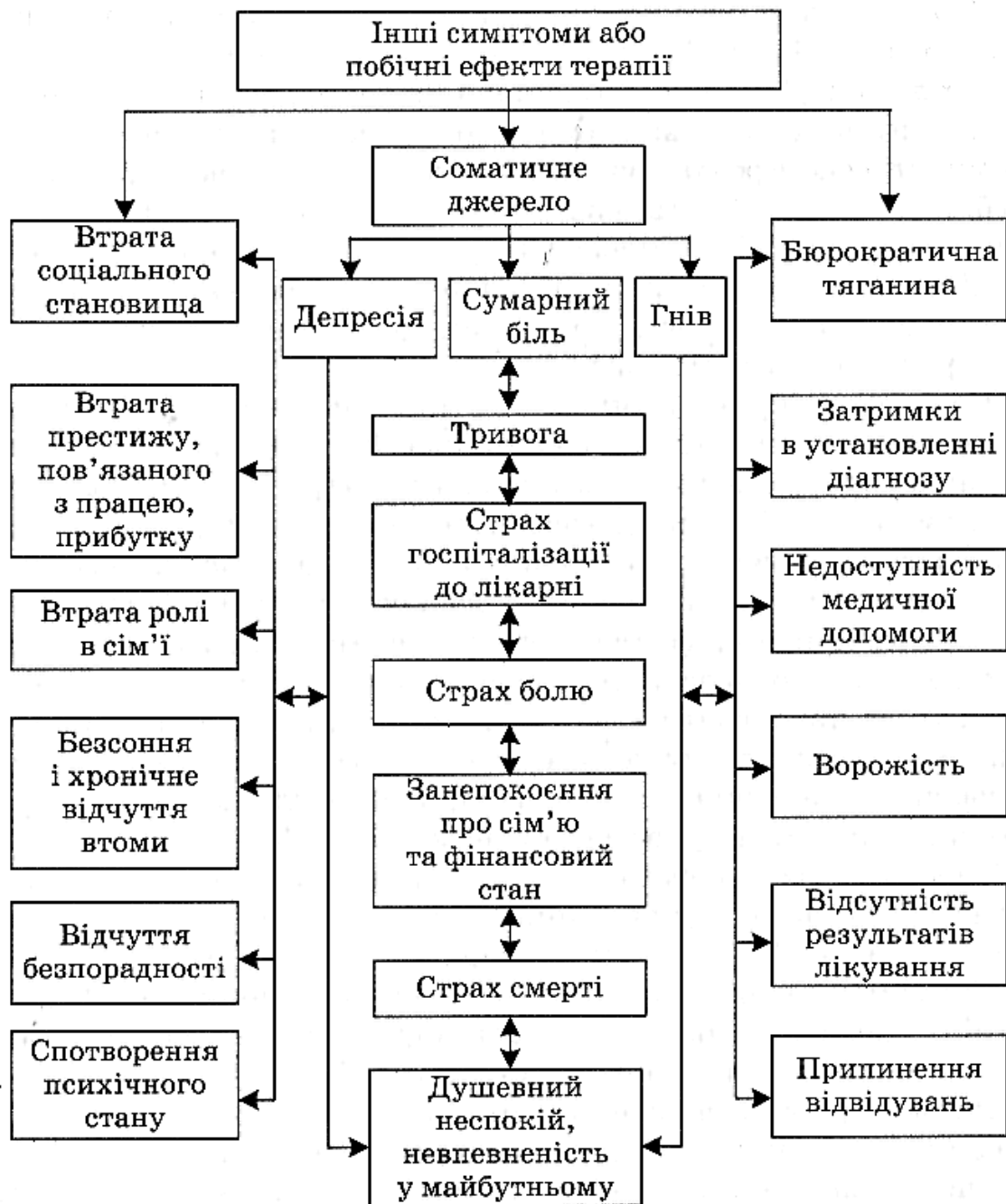
*Фармакотерапія* є основним способом контролю за бодем у невиліковних хворих. Наукові дослідження і клінічний досвід застосування анальгетиків в онкологічних хворих дали змогу встановити такі важливі принципи:

- а) дозу анальгетика варто підбирати індивідуально;
  - б) краще застосовувати анальгетики перорально;
  - в) безсоння варто лікувати активно;
  - г) побічні ефекти слід усувати систематично;
  - д) деяким хворим потрібно призначати допоміжні лікарські засоби;
  - є) необхідно уважно стежити за процесом полегшення болю в конкретного хворого.
- Збільшення позабюджетних грошових асигнувань з державних і приватних джерел для підтримання місцевих і національних програм щодо знеболювальної терапії.

Хронічний больовий синдром переважно супроводжує поширений пухлинний процес. Тривалий біль призводить до формування патологічних реакцій у центральній і периферійній нервовій системі. На цьому тлі зростає вплив суб'єктивних і психологічних чинників на механізми болю і, як наслідок, розвивається стійкість до різних методів його лікування. Серед іншого це спричинює включення до механізмів патологічного болю інших систем — ендокринної і кровоносної, з

подальшим розвитком стресових реакцій. У подібних випадках для купірування болю необхідна не тільки анальгезивна, а й складна патогенетична терапія.

**Схема 5. Чинники, які видозмінюють сприйняття болю хворим (ВООЗ, 1986)**



На думку спеціалістів, для визначення хронічного больового синдрому доцільно використовувати таке поняття, як «сумарний біль», що включає оцінку не лише фізичних, а й психічних, соціальних і духовних чинників, які впливають на розвиток механізмів болю. Комплексна оцінка причин виникнення «сумарного болю» дає змогу об'єктивніше оцінити інтенсивність болю і виробити ефективну лікувальну тактику.

Кожний лікар знає, наскільки важко буває спілкуватися з пацієнтом із хронічним болем. Увага хворого фіксована на больових відчуттях, і нерідко питання лікаря про його настрій, проблеми, спосіб життя, дитинство сприймаються вкрай негативно, зумовлюючи агресію і роздратування. Це може бути пов'язане з тим, що біль, який поєднується з депресією, слугує своєрідним захисним механізмом, відволікаючи хворого від нестерпних, травмуючих його психіку, гнітючих,

обтяжливих переживань і спогадів. Знаючи це, лікар має бути терплячим, делікатним і дуже обережним при розпитуванні хворого.

На сьогодні пріоритетними при лікуванні хронічного болю є антидепресанти, що мають серотонінергічну активність: трициклічні антидепресанти — амітриптилін (триптизол), докsepін (синекван), кломіпрамін (анафраніл); селективні серотонінергічні антидепресанти або інгібітори зворотного захоплення серотоніну в пресинаптичній мембрані — флуоксетин, сертралін (золофт), пароксетин (паксил), флувоксамін (феварин). Для отримання достатнього протибольового й антидепресивного ефекту антидепресанти треба призначати в достатній клінічній дозі і щоразу. Наприклад, доза амітриптиліну не має бути менше, ніж 75 мг, курс лікування — не менше ніж 6 тиж. Призначають препарат, поступово підвищуючи дозу, по 1/4 таблетки кожні 3 дні, основну дозу (2/3 добової) дають перед сном, після досягнення ефекту. Препарат відміняють, поступово знижуючи дозу, щоб уникнути синдрому відміни. Флуоксетин призначають відразу в лікувальній дозі 20 мг (одна капсула) на добу на термін, не менший, ніж 6 тиж. Відміну препарату можна проводити одномоментно, оскільки він належить до пролонгованих антидепресантів.

Разом з цим ефективність лікування хронічного больового синдрому зростає при введенні в терапію міорелаксантів центральної дії, що дає змогу, розриваючи патологічне коло, впливати на больовий синдром й оптимізувати функціональну активність центральної нервової системи. Препаратом вибору серед центральних міорелаксантів є толперизон (мідокалм), що, на відміну від усіх інших міорелаксантів, дає можливість поєднувати лікування із застосуванням будь-яких психоактивних засобів без ризику посилити побічні ефекти, розвиток синдрому відміни, залежність і/або кумуляцію.

Результати вивчення анальгетичної дії антидепресантів з хронічними больовими синдромами свідчать, що клінічний анальгезивний ефект настає раніше і при менших клінічних дозах, ніж антидепресивний (табл. 1).

**Перелік основних наркотичних і ненаркотичних анальгетиків для лікування гострого і хронічного больового синдрому**

<b>Міжнародна і торговельна назви</b>	<b>Виробник</b>	<b>Форма випуску</b>
<b>Наркотичні анальгетики</b>		
<i>Бупренорфін</i>		
<i>Сангезик</i>	Rusan Phanna (Індія)	Таблетки 0,2 мг
<i>Бупремен</i>	Menon Phanna (Індія)	Розчин для ін'єкцій (ампули)
<i>Бупресик</i>	Jata Phanna (Індія)	0,3 мг/1 мл, 0,6 мг/2 мл
<i>Бупренорфіну гідрохлорид</i>	«Здоровье» (Україна)	Розчин для ін'єкцій 0,3 мг/1 мл
<i>Піритрамід</i>		
<i>Дипідолор</i>	Gedeon Richter (Угорщина)	Розчин для ін'єкцій (ампули) 15 мг/2 мл
<i>Препарати кодеїну</i>		
<i>ДНС-континус</i>	Mundipharma GmbH (Австрія)	Таблетки 60, 90, 120 мг
<i>Дигідрокодеїн</i>	Росія	Таблетки 15 мг
<i>Кодеїну фосфат</i>	Росія	Порошок 15 мг
<i>Бупторфанол</i>		
<i>Морадол</i>	ICN-Galenika (Югославія)	Розчин для ін'єкцій (ампули) 2 мг/мл
<i>Препарати морфіну</i>		
<i>Морфіна гідрохлорид</i>	Росія	Розчин для ін'єкцій 1 % /1 мл
<i>МСТ-континус</i>	Mundipharma GmbH (Австрія)	Таблетки 10, 30, 60, 100, 200 мг
<i>Омнопон</i>	Росія	Розчин для ін'єкцій 1% /1 мл, 2% /1 мл

Продовження табл.

Міжнародна і торговельна назви	Виробник	Форма випуску
<i>Тримеперидину гідрохлорид</i>		
<i>Промедол</i>	Росія	Розчин для ін'єкцій 1% /1 мл, 2% /1 мл, таблетки 25 мг
<i>Просидол</i>		
<i>Просидол</i>	Росія	Таблетки букальні 10, 20 мг, розчин для ін'єкцій (ампули) 1% /1 мл
<i>Пентазоцин</i>		
<i>Фортвін</i>	Ranbaxy Laboratories Ltd. (Індія)	Розчин для ін'єкцій (ампули) 30 мг/1 мл
<i>Фортрал</i>	KRKA (Югославія)	Таблетки 50 мг
<b>Антагоністи наркотичних анальгетиків</b>		
<i>Налоксон</i>		
<i>Налоксон</i>	Polfa (Польща)	Розчин для ін'єкцій (ампули) 0,4 мг/1 мл
<i>Налорфін</i>		
<i>Налорфін</i>	Росія	Розчин для ін'єкцій (ампул) 0,05 %, 0,5 %
<b>Ненаркотичні анальгетики</b>		
<i>Натрію метамізол</i>		
<i>Анальгін</i>	Росія	Розчин (ампули) 25 %, 50 %, таблетки 500 мг
<i>Натрію диклофенак</i>		
<i>Натрію диклофенак</i>	Lupin International (Індія)	Розчин для ін'єкцій (ампули) 75 мг/3 мл
<i>Диклоран</i>	Lupin Laboratories (Індія)	Таблетки 50 мг, таблетки ретард 100 мг
<i>Кеторолак</i>		
<i>Кетанов</i>	Ranbaxy Laboratories Ltd. (Індія)	Розчин для ін'єкцій (ампули) 30 мг/1 мл, таблетки 10 мг

Міжнародна і торговельна назви	Виробник	Форма випуску
<i>Кетопрофен</i>		
<i>Кетонал</i>	Lek D.D. (Словенія)	Таблетки ретард 150 мг, капсули 50 мг, свічки 100 мг, розчин для ін'єкцій (ампули) 100 мг/2 мл, таблетки форте 100 мг
<i>Парацетамол</i>	Росія	Таблетки 500 мг
<i>Трамадол</i>		
<i>Трамал</i>	Росія Gronenthal GmbH (Німеччина)	Розчин для ін'єкцій (ам- пули) 5 % / 2 мл, капсу- ли 50 мг, свічки 0,1 г, таблетки ретард 150 мг

#### Загальні принципи медикаментозного лікування больового синдрому

1. Застосовується єдина тактика лікування гострого і хронічного болю, заснована на суворій відповідності за засоби знеболений, що призначаються, залежно від їхньої інтенсивності. Остання встановлюється лікарем за простою шкалою, у якій ділять інтенсивність болю на чотири ступені, що має велике значення для практичної охорони здоров'я, оскільки показання до призначення сильнодіючих наркотичних засобів (препарати морфіну, бупренорфін, піритрамід, промедол, просидол, препарати фентанілу та ін.) повинні встановлюватися тільки при сильному і дуже сильному (3—4 бали) гострому больовому синдромі (ГБС) або хронічному больовому синдромі (ХБС).

При помірному болю (2 бали) призначають опіоїдний анальгетик центральної дії трамадол, що не належить до наркотичних засобів, у поєднанні з ненаркотичними анальгетиками периферійної і центральної дії. Наркотичні засоби слід призначати тільки при сильних (3—4 бали) ГБС і ХБС. Така тактика призначення засобів знеболень дає змогу запобігти невинуватому призначенню сильнодіючих наркотичних засобів пацієнтам, що їх не по Паліативна допомога при синдромі хронічного болю

требують, і уникнути можливих ускладнень, пов'язаних з пригнічувальною дією наркотиків на життєво важливі функції. Максимальна тривалість призначення наркотичних засобів визнається тяжкістю, тривалістю й особливостями перебігу больового синдрому.

2. Лікування болю має бути за можливості етіопатогенетичним (тобто направленим на усунення його причин), а не симптоматичним. Це найрадикальніший підхід, що дає швидкий позитивний результат (виняток становлять інкурабельні захворювання). У багатьох випадках етіологія сильного болю, наприклад спастичного, не вимагає застосування наркотичних засобів.

3. Засіб знеболень має бути адекватний інтенсивності болю і безпечний для пацієнта, тобто повинен усувати біль, не даючи тяжких побічних ефектів. У разі призначення анальгетика, недостатнього для усунення болю, останній зберігається й починає швидко наростати за рахунок сумації больових стимулів і перезбудження провідних нервових структур; у результаті формується больовий синдром, що важко усувається. Ще небезпечніше призначення дуже сильного наркотичного засобу при слабкому чи помірному болю. Відомі випадки смерті молодих пацієнтів у ранні терміни після малих оперативних втручань у результаті призначення їм для знеболень морфіну, бупренорфіну та інших потужних опіоїдів, що привели до глибокої медикаментозної депресії центральної нервової системи, зупинки дихання і кровообігу.

4. Монотерапія наркотичними засобами будь-яких больових синдромів (у тому числі найсильніших) не повинна застосовуватися. З метою підвищити ефективність і безпеку

знеболення наркотичний засіб завжди слід поєднувати з ненаркотичними компонентами, що обираються відповідно до патогенезу конкретного БС.

5. Тривалість призначення і дози наркотичних засобів наведено в переліку Ухвали Уряду від №681 30.06.98 р. «Про затвердження переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і їх прекурсорів, що підлягають контролю в Україні» (усі препарати морфіну, омнопон, промедол, просидол, бупренорфін, препарати фентанілу, пентазоцин, декстроморамід, піритрамід, тилідин та ін.).

**Порядок і терміни** призначення наркотичних засобів у медичній практиці

Порядок і максимальні терміни призначення наркотичних (оігіоїдних) засобів різні при різних ГБС і ХБС.

Бупренорфін за умови поєднання з анальгетиком периферійної дії призначають у мінімальній разовій дозі (0,3 мг внутрішньом'язово або 0,2—0,4 мг під язик); добова доза не перевищує 0,6—1,2 мг. Цього вистачає для повноцінного знеболення за відсутності істотних побічних ефектів. Тривалість застосування бупренорфіну та інших наркотичних засобів для післяопераційного (посттравматичного) знеболення не повинна перевищувати 5—7 діб, після чого в міру зниження інтенсивності ГБС слід переходити до менше потужного і безпечнішого опіюду трамадолу, продовжуючи поєднувати його з анальгетиками периферійної дії і поступово знижувати дозу анальгетиків.

За наявності показань до тривалішого призначення сильнодіючих наркотичних засобів (повторне оперативне втручання тощо) питання про продовження терапії ними має бути узгоджений з головним лікарем або його заступником з відміткою про це в історії хвороби. Додатковим засобом при післяопераційному знеболенні, що різко підвищує анальгетичний ефект наркотичних і ненаркотичних анальгетиків, може бути агоніст адренорецепторів клофелін (0,1—0,15 мг на добу внутрішньом'язово), що належить до антигіпертензивних засобів і володіє властивостями анальгетика центральної дії. Його призначення особливо показане хворим з артеріальною гіпертензією із контролем артеріального тиску.

Слід зазначити особливі переваги просиділу в таблетках: приймати його за щоку 20 мг і бупренорфін у 0,2 мг сублінгвально як протишокові засоби при тяжкій гострій травмі в невідкладній медицині і медицині катастроф. Ці неінвазивні форми обох наркотичних засобів не поступаються ін'єкційним за швидкістю і якістю знеболення, зручні для застосування і не вимагають дотримання стерильних умов і використання шприців.

При різних варіантах помірного і сильного ГБС разом з опіюдами можуть бути застосовані також: буторфанол 4—6 мг на добу, иальбуфін 30—60 мг на добу або пентазоцин 60—90 мг на добу у поєднанні з ненаркотичними анальгетиками. Ці препарати близькі за ефективністю до просидолу й промедолу. Основна побічна\* дія, що утруднює активізацію оперованих хворих, — седація, не-; рідко дисфорія (неповна психічна адекватність).

При гострому болю іншого генезу (спастичний, ішемічний, за-<sup>1</sup>пальний) головним патогенетичним засобом знеболення є відповідний агент, що усуває спазм, ішемію або справляє протизапальну дію: атропіну гідрохлорид, платифілін при спазмі паренхіматозних органів (ниркова, печінкова коліка та ін.), нітрати при стенокардії, нестероїдні протизапальні засоби при зубному, суглобовому болях тощо.

У тяжких випадках цих видів ГБС вищеописану терапію слід доповнювати опіюдом. При цьому необхідно мати на увазі, що у виснаженого болем пацієнта сильний наркотичний засіб після усунення болю може спричинити глибоку депресію центральної нервової системи з пригніченням дихання і гіпоксією, особливо небезпечною для хворих з ішемічною хворобою серця, похилого віку й ослаблених пацієнтів.

При виникненні ГБС (особливо післяопераційного) у пацієнта, що має залежність від наркотичних засобів, останні мають бути йому призначені в достатніх дозах на весь період, необхідний для усунення ГБС і запобігання синдрому відміни. Обмеження дози і особливо раптове припинення введення наркотичного засобу можуть призвести до тяжких ускладнень. Подальша тактика терапії наркотичними засобами має визначатися за участю нарколога (табл. 2).

Таблиця 2

**Фармакологічний вибір для лікування болю при процедурах**

Препарат	Доза, що рекомендується	Парентеральна доза	Час до процедури
Діазепам (група бензодіазепінів)	0,2 мг/кг; максимум 10 мг	0,1—0,2 мг/кг	1—2 хв
Мідазолам (група бензодіазепінів)	0,3—0,5 мг/кг; максимум 15 мг	0,05 мг/кг можна повторити двічі	3—5 хв
Морфін (група опіоїдів)	0,15—0,3 мг/кг	0,05—0,1 мг/кг	5—10 хв
Фентаніл (група опіоїдів)	0,15 мкг/кг; максимум 400 мкг	0,5—1,0 мкг/кг в/в	3—5 хв

72

Препарат	Доза, що рекомендується	Парентеральна доза	Час до процедури
Лідокаїн (група місцевих анестетиків)		Розводять лідокаїн та ізотонічний розчин натрію хлориду 1:9	Уводять підшкірно за типом лимонної шкірки, якщо необхідно глибше (наприклад при плевральній пункції)
ЕМЛА (знеболювальний пластрин або мазь, до складу яких входять лідокаїн і пілокарпін)	Наносять на незмінену шкіру, не втирають		Наносять за 1—4 год до проведення запланованої процедури
Аметоп (гель 4 % тетракаїн)	Ще не зареєстрований		30 хв до процедури

#### Знеболювальні ступені В003

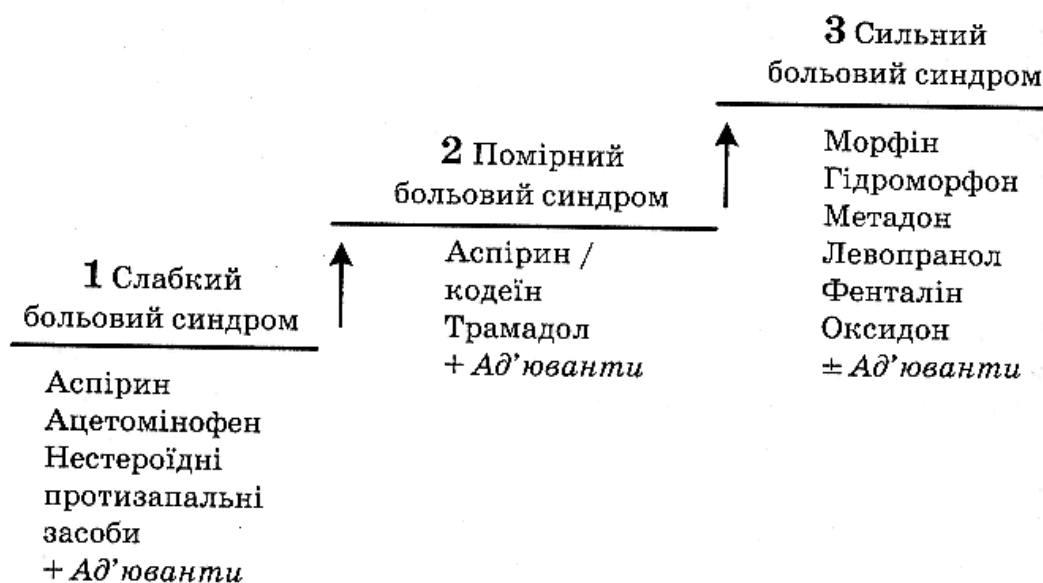
Знеболювальні ступені запропоновано Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) (схема 6). Підхід до призначення знеболювальних препаратів ґрунтується на оцінці болю самим пацієнтом, медичними працівниками згідно з методами оцінки больового синдрому.

Найпопулярнішою є візуальна аналогова шкала (ВАШ). Біль оцінюється в балах як легкий, середній, тяжкий. Нестероїдні протизапальні препарати (ацетаминофен) рекомендують використовувати при болю всіх ступенів. Необов'язково починати знеболення згідно з першим ступенем. Сильний біль вимагає негайного застосування наркотичних анальгетиків.

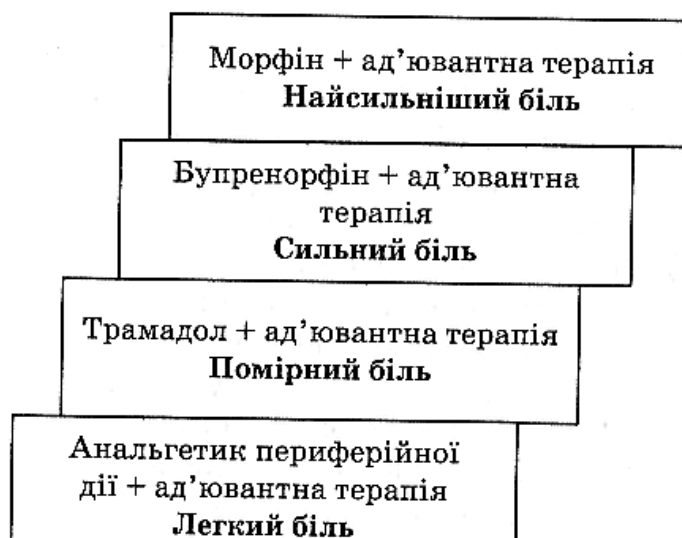
Для практичного застосування розроблено і рекомендовано схему лікування ХБС відповідно до градацій інтенсивності болю (схема 7).

Протибольову терапію треба починати при появі перших ознак болю. Анальгетики призначають через однакові проміжки часу, не чекаючи відновлення болю, з метою забезпечення постійного знеболення. Ад'ювантні й симптоматичні препарати необхідно призначати суворо за показаннями.

**Схема 6. Треступенева "драбина знеболення"  
(знеболювальні ступені; за ВООЗ)**



**Схема 7. Оптимальна схема фармакотерапії  
хронічного болю при раку**



За пацієнтом встановлюють постійний контроль, особливо на початку лікування. Надалі також потрібне спостереження за ним з метою корекції лікування і профілактики можливих ускладнень.  
74

**Паліативна допомога при синдромі хронічного болю**

*Ліпальгетики периферійної дії* (ненаркотичні анальгетики і ЦвОтероїдні протизапальні засоби)

Дія периферичних анальгетиків пов'язана, головним чином, з Пригніченням утворення простагландинів і послабленням сенси-Щльвивної дії брадиканіну на больові рецептори.

Класичним препаратом цієї групи є аспірин.

Аспірин (ацетилсаліцилова кислота) справляє анальгезивну, Жарознижувальну і протизапальну дії, зменшує агрегацію тромбоцитів. Основний механізм дії — інактивація циклооксигенази II порушення синтезу простагландинів. Препарат може застосовуватися при слабкому больовому синдромі, у тому числі при запальних ускладненнях. В онкологічній практиці ще однією перепитою препарату є його антитромботична і антиагрегантна дія. Оскільки анальгезивна дія аспірину виражена слабо, а побічні ефекти, особливо в разі тривалого застосування, виникають час-то, останніми роками для лікування ХБС його практично не використовують.

Парацетамол справляє анальгезивну, жарознижувальну і слабку протизапальну дію. Інгібітор синтезу простагландинів впливає на центр терморегуляції гіпоталамусу. Як анальгетик застосовується при болю малої й середньої інтенсивності протягом нетривалого періоду (6—8 днів). Комбіновані препарати на основі парацетамолу мають вираженіші протизапальні (парацетамол + ібупрофен) або анальгезивні (парацетамол + кодеїн) властивості. Спазмолекс (парацетамол + дицикломіну гідрохлорид + декстропропоксифену гідрохлорид), який містить інгібітор ацетилхоліну та центральний наркотичний анальгетик, дає виражений знеболювальний ефект порівняно з ефективністю наркотичних анальгетиків.

• Побічні реакції при прийманні препаратів групи парацетамолу виникають рідше, ніж при прийманні аспірину. Найчастіше є: нудота, біль у надчерев'ї, алергійні реакції, рідко — анемія, тромбоцитопенія і метгемоглобінемія. У разі тривалого застосування може проявитися гепатотоксична дія препаратів, тому необхідний постійний контроль аналізів крові й функціональних показників печінки.

Анальгін (метамізол) справляє більш виражену анальгезивну, жарознижувальну і спазмолітичну дію. Пригнічує біосинтез ендогенних, субстанцій, що зумовлюють біль (ендопраксиди, брадикініни, простагландини та ін.), перешкоджає проведенню больової Паліативна допомога при синдромі хронічного болю

вих імпульсів, підвищує поріг збудження на рівні таламусу. На основі анальгіну розроблено низку комбінованих препаратів; анальгезивна і спазмолітична дія яких більш виражена. Найві-доміші з них баралгін і його аналоги (спазмалгін, спазган, триган тощо), які вирізняються вираженою спазмолітичною дією та спричинюють розслаблення гладеньких м'язів. Високою ефективністю вирізняється триналгін, з особливою спазмолітичною і знеболювальною дією, що триває при одноразовому парентеральному введенні 6—8 год. Препарати цієї групи з успіхом застосовують для лікування больового синдрому легкого та середнього ступеня тяжкості. Побічні явища: лейкопенія, агранулоцитоз, шкірні алергійні реакції — можливі при тривалому застосуванні препаратів.

Нестероїдні протизапальні препарати мають виражені анальгезивні та протизапальні властивості, пригнічують агрегацію тромбоцитів. Вони ефективні при больовому синдромі слабкої і середньої інтенсивності. Основними механізмами дії є блокування циклооксигенази та пригнічення синтезу простагландинів, які взаємодіють з больовими рецепторами. Ці препарати показані при метастатичному ураженні скелета, пухлинах м'яких тканин, вісцеральному болю. Найвідоміші препарати цієї групи:

- *натрію диклофенак* (вольтарен, верал, дикломакс, наклоф, ортофен);
- *індометацин* (індобене, індовісес, індотард, метіндол);
- *напроксен* (апранакс, дапрокс ентеро, напробене);
- *кетопрофен* (кетонал, кनावон, профенід, фастум);
- *кеторолак* (кетанов, кеторол, торадол).

Найкраще вивчена центральна протибольова дія кетопрофену (кетонал), яка зумовлена здатністю:

- завдяки високій жиророзчинності швидко проникати через гематоенцефалічний бар'єр;
- справляти центральну дію шляхом інгібування та деполіаризації нейронів задніх стовпів спинного мозку;
- селективно блокувати рецептори ИМРА, спричиняючи прямий та швидкий вплив на трансмісію болю;
- впливати на гетеротримерний С-протеїн, який міститься в постсинаптичній нейронній мембрані, а та зв'язується з нейрокінінами, що полегшують проходження аферентних больових сигналів;
- контролювати рівень серотоніну та зменшувати вироблення субстанції Р.

Кетонал є сильним периферійним анальгетиком з досить вираженою центральною дією, чинить протизапальний і жарознижувальний вплив, пригнічує агрегацію тромбоцитів. Препарат за анальгетичним ефектом прирівнюється до морфіну гідрохлориду 1 тому може застосовуватися для післяопераційного знеболений. У практиці паліативного лікування онкохворих кетонал ефективний при лікуванні хронічного больового синдрому помірної інтенсивності (особливо при кісткових метастазах та ураженні м'яких тканин із запальним компонентом), при сильному больовому синдромі поєднання кетоналу з опіоїдами дає змогу у 2—4 рази знизити їхню дозу, суттєво зменшуючи ризик розвитку тяжких побічних ефектів (пригнічення дихання, брадикардія,

артеріальна гіпотензія, нудота, блювання тощо). Випускається в ін'єкційній формі, у таблетках, капсулах, свічках та у вигляді крему. .

Похідні диклофенака, індометацину та напроксену мають виражену протизапальну дію, ефективні при кісткових і суглобних болях, невралгіях і міалгіях. Кетопрофен і кеторолак більш ефективні як анальгетики периферичної дії й призначаються при травмах і в післяопераційний період.

Нестероїдні протизапальні препарати є в різних лікарських формах для місцевого, ентерального і парентерального застосування. Найчастіше побічними діями при застосуванні препаратів цієї групи є: нудота і блювання; біль у надчерев'ї; закріп або діарея; запаморочення; головний біль; сонливість; алергійні реакції; шкірні висипи; рідше — ерозивно-виразкові ураження та перфорації травного тракту; кровотечі. З особливою обережністю їх треба призначати при хронічній серцево-судинній патології, нирково-печінковій недостатності, виразковій хворобі шлунка та тонкої кишки. Імовірність розвитку ускладнень значно зростає при комбінованому й тривалому призначенні препаратів.

#### **Тактика знеболювальної терапії при легкому болю**

При легкому болю (1—3 бали за ВАШ) показана терапія відповідно до I ступеня знеболювальних ступенів ВООЗ. До основних препаратів цього ступеня належать ацетамінофен (парацетамол), нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) і ад'юванти. Протипоказання до призначення НПЗП однакові для всіх вікових груп. Останніми роками досить широко застосовуються інгібітори циклооксигенази-2 (ЦОГ-2). Інгібітори ЦОГ-2 мають ефект **НПЗП**, але при їхньому застосуванні значно знижується ризик геморагічних ускладнень. Основний принцип призначення препаратів — приймання лікарських засобів планово, по годинах, а не на вимогу. Якщо для досягнення знеболювального ефекту потрібне перевищення рекомендованої дози, то слід переходити до II ступеня знеболювальних ступенів ВООЗ.

Тактика знеболювальної терапії при середньому болю

При середньому болю (4—6 балів за ВАШ) показана терапія відповідно до II ступеня знеболювальних ступенів ВООЗ. При болю від легкого до середнього можна додати до ацетамінофену або ібупрофену опіоїди, такі як кодеїн.

Кодеїн — це препарат вибору при переході болю від легкого до середнього, але він часто асоціюється з нудотою. Доза кодеїну — 0,5—1,0 мг/кг кожні 4 год. Якщо немає достатнього ефекту від дози кодеїну 1,0 мг/кг, то кодеїн треба відмінити і призначити опіоїд для болю від середнього до сильного. Внаслідок граничного ефекту кодеїну будь-яке збільшення дози понад 1,0 мг/кг призводить тільки до посилення побічного ефекту без значного посилення знеболення.

Альтернативами, особливо враховуючи нудоту, можуть бути гідрокодон у дозі 0,1—0,2 мг/кг кожні 4 год або оксикодон дозю 0,1 мг/кг кожні 4 год. Оксикодон можна застосовувати при II—III ступенях знеболювання. Застосування опіоїдів починається з II ступеня (помірний біль).

Оптимальним анальгетиком є наркотично безпечний опіоїд середньої сили дії трамадол (трамал) в одній з неінвазивних форм. Найбільше показане призначення таблеток ретард **100, 150** або 200 мг, *що* мають тривалий ефект (10—12 год). Можуть бути застосовані також капсули (50 мг), свічки (100 мг), ін'єкції (50 мг в 1 мл), тривалість дії яких становить 5—6 год. Добова доза трамадолу може досягати 600 мг, а тривалість ефективної терапії може становити декілька місяців. Просидол у таблетках 20 мг за щічно дещо перевершує трамадол за анальгетичним потенціалом і призначається наступним після трамалу при недостатній ефективності останнього. Просидолі займає проміжне місце між II і III ступенями терапії ХБС. Незважаючи на приналежність до наркотичних засобів, просидолі вирізняється хорошою переносимістю пацієнтами й рідко спричинює серйозні побічні ефекти. Добова доза коливається від 60 до 500 мг, тривалість успішної терапії може досягати декількох місяців.

При сильному ХБС слід застосовувати медикаменти, рекомендовані для застосування на II ступені, доступні в готових комбінаціях з ацетамінофеном або іншими НПЗП. У разі використання готової комбінації важливо стежити за загальною дозою неопіоїдних препаратів. Якщо максимальна доза не полегшує біль, то рекомендується застосовувати чистий опіоїд з окремою дозою НПЗП або ацетамінофену. Одночасне призначення опіоїду і НПЗП часто ефективніше, ніж застосування одного опіоїду. Проте цей підхід передбачає прийом великої кількості таблеток. До сьогодні немає форми ацетамінофену пролонгової дії; його призначають кожні 4—6 год.

Перехід від середнього до сильного болю зазвичай короткий, відзначається швидкий прогрес до сильного болю; тому переходять відразу до опіоїдів III ступеня для середнього і сильного болю.

#### **Тактика знеболювальної терапії при сильному болю**

При сильному болю (7—10 балів за ВАШ) показана терапія відповідно до III ступеня знеболення за ВООЗ. Якщо не було зазначено побічних ефектів при прийманні морфіну, то це опіоїд вибору при болю від середнього до сильного. Морфін недорогий і доступний у різних формах.

Справжні опіати, морфін і його аналоги — похідні опіуму — призначають згідно з рекомендаціями Комітету експертів ВООЗ (1986) у разі посилення больового синдрому від слабкого до помірного та сильного. Спочатку призначається слабкий опіат (кодеїн), потім сильний (морфіну гідрохлорид).

Морфіну гідрохлорид — центральний анальгетик, агоніст опіоїдних рецепторів — спричинює гальмування полісинаптичних рефлексів ноцицептивної системи. Депресивна дія морфіну на стовбурові структури мозку при підвищенні дози проявляється розвитком сонливості (наркоз), пригніченням дихання, кашлем, симпатичними рефlekсами. Найтяжчим побічним проявом ді морфіну гідрохлорид є пригнічення життєво важливих центрів довгастого мозку. У результаті передозування препарату розвиваються пригнічення дихання, аж до апное, брадикардія, артеріальна гіпотензія, що може призвести до смерті хворого уві сні під час наростаючої гіпоксії. Комітет ВООЗ зі знеболення визнає, що при неконтрольованому збільшенні дози морфін може сприяти скороченню життя хворого.

У разі первинного призначення морфіну гідрохлорид в результаті активізації блювотного центру можливі нудота та блювання, у подібних випадках доцільне призначення антиеметиків. Морфіну гідрохлорид справляє також виражену дію на периферійні органи. У результаті спазму гладеньких м'язів порожнистих органів розвиваються: спазм ворота, сегментарні спазми тонкої кишки, скорочення сечоводів, спазм сечового міхура і його сфінктера, спазм сфінктера Одді. Клінічно це проявляється закрепами, порушеннями сечовипускання, дискінезіями жовчних проток. Тому хворим, які одержують морфін, показане призначення проносних, протиблювотних і спазмолітичних препаратів.

У разі тривалого призначення морфіну та інших опіатів з'являється звикання, яке вимагає постійного збільшення дози препарату. Можливий також розвиток психічної та фізичної залежності. Однак ця обставина не повинна перешкоджати призначенню препарату невиліковному хворому з поширеним пухлинним процесом. Серед іншого, розвиток залежності від наркотичного засобу ні в якому разі не може бути причиною відміни препарату у хворого з хронічним больовим синдромом. Ін'єкції морфіну гідрохлориду призначають у дозі 10—20 мг з інтервалом 4—6 год. Оптимальна доза препарату може бути визначена лише в стаціонарних умовах.

***На сьогодні монотерапія морфіну у високих дозах не може вважатися сучасним методом усунення болю. Потрібна комбінована фармакотерапія з використанням усього спектра симптоматичних засобів.***

Оmnopон і промедол призначають по 20 мг через 3—4 год.

Трамадолу гідрохлорид (трамал, традол) — синтетичний опіоїдний анальгетик центральної дії, ефективний при купіруванні помірного або сильного больового синдрому (анальгезивний потенціал порівняно з морфіном становить 10—20 %). Справляє також протикашльову дію, не пригнічує дихання і моторику кишок. Трамадол не спричинює психічної й фізичної залежності і тому не внесений у Конвенцію про наркотичні засоби та не підлягає спеціальному обліку.

Початкова разова доза трамалу — 50—100 мг, добова — 200—400 мг. Дія препарату починається через 25—45 хв після приймання капсул і триває від 3,5 до 6 год, максимальна концентрація в крові досягається через 2 год. Тривалість дії таблеток трамалу ретард удвічі більша — 6—12 год. Побічні дії при прийманні трамалу бувають рідко: посилення потовиділення, головний біль, запаморочення, утруднення при ковтанні, загальна слабкість, швидка стомлюваність, загальмуваність, зниження апетиту, сухість у роті, закрепи, метеоризм, іноді — серцебиття і колапс. Для уникнення побічних явищ рекомендують короткочасний (на 40—60 хв) постільний режим після приймання перших доз препарату.

Альтернативами морфіну є гідроморфон (ділаудид), оксико-дон, оксиморфон або фентаніл.

Переважає більшість цих опіоїдів доступна в пероральній формі у вигляді препаратів швидкої й пролонгованої дії.

Фентаніл випускається в парентеральній, трансдермальній і трансмукозальній формах. Коли побічні ефекти опіоїду стають некерованими або нестерпними, рекомендується ротація опіоїдів (заміна одного опіоїду на інший). При сильному ХВС застосовують анальгетик III ступеня бупренорфін в таблетках 0,2 мг під язик. Максимальна добова доза — 3,0 мг. Побічні ефекти менше виражені, ніж у морфіну. При добрій ефективності та переносимості можна застосовувати протягом кількох місяців.

**Бупренорфін** — напівсинтетичний опіоїдний анальгетик, за силою знеболювальної дії дещо поступається морфіну, але за тривалістю перевищує його майже удвічі. Препарат вводять по 300 мкг внутрішньом'язово або повільно внутрішньовенно 2—3 рази на добу. У поєднанні з верапамілом (80—120 мг на добу) бупренорфін дає ефект при нейропатичному болю. Найпоширеніші побічні ефекти: сонливість, запаморочення, нудота, блювання, погіршення апетиту. Побічні явища, як правило, стихають через 6—15 днів від початку лікування, після застосування препарату доцільно дотримуватися постільного режиму на 1—2 год. В амбулаторній практиці бупренорфін діє краще, ніж морфін.

**Буторфанолу тартрат** (стадол, бефорал) — синтетичний опіоїдний анальгетик з групи агоністів-антагоністів опіоїдних рецепторів. За інтенсивністю та тривалістю анальгезивної дії порівняно з морфіном ефективний при больовому синдромі середнього і сильного ступеня. Для внутрішньом'язового введення препарат призначають у дозі 2 мг через 4 год, дія починається через 30—40 хв. Порівняно з морфіном, препарат справляє домірно-виражену побічну дію: седація, нудота і блювання, посилення потовиділення, запаморочення, рідко — дисфорія та галюцинації. Побічна дія менше виражена при підшкірному введенні препарату. Важливою перевагою препарату є його наркологічна безпека, у зв'язку з чим буторфанолу тартрат можна виписувати на звичайному рецепторному бланку. Препарат не внесений у Конвенцію про наркотичні засоби ВООЗ.

У разі подальшого наростання ХБС і недостатнього знеболення бупренорфіном у максимальній добовій дозі слід переходити до анальгетика IV ступеня морфіну. Препаратами вибору в цьому разі є лікарські форми морфіну сульфату пролонгованої дії (10—12 год): таблетки ретард (МСТ-континус та ін.) у дозах 10, 30, 60, 100, 200 мг або капсули з мікрогранулами повільного вивільнення в дозах 30, 50, 100 мг. Добова доза визначається тяжкістю ХБС і становить на початку терапії 60—90 мг, а при тривалому лікуванні поступово зростає та може досягати 500 мг і більше (при задовільній переносимості). Лікування болю найпотужнішим опіоїдом морфіном в інкурабельного пацієнта продовжується стільки, скільки потрібно для полегшення його страждань.

Таким чином, основний перелік опіоїдних анальгетиків для лікування ХБС в онкологічних хворих повинен включати такі препарати в неінвазивних за можливості ретардних формах: тра-мал — таблетки ретард (капсули, свічки, ін'єкції), просидол — таблетки защічні, бупренорфін — таблетки під'язикові, морфіну сульфат — таблетки ретард (МСТ) та ін.

Разом з оптимальними опіоїдами в певних ситуаціях, наприклад, у разі їхньої поганої переносимості, можуть бути застосовані інші опіоїди, Трамал може бути замінений еквівалентним за силою анальгезивної дії справжнім опіоїдом кодеїном: дигідроко-деїн — таблетки ретард у дозах 60, 90, 120 мг (тривалої дії — 12 год), кодеїну фосфат — **порошок 10 мг** (тривалість дії — **4 год**). Застосування при ХБС опіоїдних агоністів-антагоністів буторфанолу, пентазоцину, нальбуфіну, близьких за анальгезивним потенціалом до просидолу, можливе, але небажане через їхню антагоністичність з опіоїдами III (бупренорфін) і IV (морфін) ступенів терапії і можливості дестабілізації терапевтичного ефекту за необхідності переходу до потужніших наркотичних засобів.

При ХБС **наркотичні** засоби слід призначати в поєднанні з тими або іншими ненаркотичними анальгетиками, ад'ювантними та симптоматичними засобами (за показаннями) для підвищення ефективності знеболення і зменшення побічних ефектів препарату.

При особливо тяжкому нейропатичному ХБС онкологічного й особливо неонкологічного генезу (наприклад, постфантомний ХБС, каузалгія, аплодинія) наркотичні засоби мало ефективні й не мають бути основним засобом терапії. Вони можуть бути тимчасовим або додатковим засобом лікування болю під час спеціальної патогенетичної терапії цього типу ХБС (агоністик а-адренорецепторів, антагоністи кальцію і брадикініну, регіонарні блокади), що дає змогу в більшості випадків усунути або значно зменшити біль. Необхідно пам'ятати, що оптимальною дозою є та, яка адекватно полегшує біль. Препарат вводиться по годинах, а не на вимогу хворого.

Морфін також можна вводити ректально за наявності в хворого блювання і неможливості приймати препарат перорально. Ефективність препарату при такому введенні не поступається його введенню через рот.

Якщо за станом хворого немає можливості використовувати пероральне або ректальне введення наркотичних анальгетиків, то застосовують підшкірні або внутрішньом'язові їхні ін'єкції.

Парентеральна доза препарату зазвичай становить 1/2 тієї перо-ральної дози, що забезпечувала задовільне знеболювання.

***Хворі, що одержують наркотичні анальгетики, повинні бути поінформовані:***

- про регулярність приймання препарату кожні 4 год;
- що найкращими додатковими термінами введення препарату протягом дня звичайно є 10—14—18 год;
- що така схема введення дає змогу досягти оптимального знеболювального ефекту препарату та звести побічні ефекти до мінімуму;
- про зміст призначення лікарських засобів, мету їхнього призначення («для полегшення болю», «для поліпшення сну», «для зменшення нудоти», «для очищення кишок»);
- про дози (кількість таблеток, об'єм розчину (мл), частоту приймання в день, приймання ліків до або після їди, рідина, якою можна запивати лікарський засіб);
- про можливості виникнення побічних явищ, їхні прояви і можливі заходи щодо профілактики й усунення.

Способи введення анальгетиків

Спосіб уведення анальгетиків визначається станом пацієнта і його побажанням. При зміні способу введення препарату проводиться корекція дози.

*Ентеральний спосіб*

Ентеральний спосіб є найпоширенішим:

- препарати для ентерального застосування є дешевшими, ніж їхні парентеральні аналоги;
- легко здійснювати модифікацію доз;
- не вимагають великого досвіду роботи;
- зручні для призначення в різних умовах (стаціонар, денний стаціонар, хоспіс, удома та ін.);
- мінімальний ризик розвитку побічних ефектів і ускладнень;
- низький ризик розвитку толерантності.

Ентеральні форми анальгетиків випускаються в різних модифікаціях (таблетки, сиропи, краплі і т. д.).

Не рекомендується призначати анальгетики ентерально:

- якщо пацієнт віддає перевагу іншому способу введення анальгетика;
- в разі високого ризику аспірації;
- при дисфункції травного тракту;
- при вираженому больовому синдромі та за потреби швидкого досягнення знеболювального ефекту;
- якщо недоступні препарати пролонгованої дії на час тривалого призначення анальгетика.

*Парентеральний спосіб*

Парентеральний спосіб уведення анальгетиків застосовують, якщо потрібно отримати "швидкий ефект або якщо з якої-небудь причини неможливий ентеральний спосіб приймання лікарського препарату (наприклад, порушення пасажу по травному тракту

**І т. д.).**

На сьогодні існують технічні можливості, що дають змогу забезпечити постійний рівень анальгетика в сироватці крові пацієнта. При цьому в разі потреби можливе одномоментне болюсне введення деякої дози препарату. Тобто пацієнт може самостійно коригувати дозу препарату залежно від інтенсивності больового синдрому. Це так звана контрольована пацієнтом анальгезія (КПА). Такий спосіб дає пацієнту й членам його сім'ї можливість контролювати больовий синдром без участі медичного персоналу, що приводить до кращого контролю больового синдрому, знижує занепокоєння, а отже, покращує якість життя.

Наркотичні анальгетики можуть застосовуватися як у вигляді монотерапії, так і в комбінації з іншими лікарськими засобами, такими як бензодіазепіни, нейролептики, стероїди тощо.

Слід пам'ятати, що кодеїн не рекомендується вводити внутрішньовенно через високий ризик артеріальної гіпотензії.

Перехід до препаратів пролонгованої дії

Як стартовий препарат рекомендується застосовувати морфіну гідрохлорид. Досягнувши стійкого знеболювального ефекту, потрібно переходити до препаратів пролонгованої дії, щоб допустима

норма приймання препарату становила 2—3 рази на добу. Більшість наркотичних анальгетиків пролонгованої дії відповідають цій вимозі (табл. 3).

До препаратів пролонгованої дії належать:

— морфін пролонгованої дії. Існують такі його комерційні похідні:

- ораморф 8Н (ОгатоґрЬ. 8К) з інтервалом введення 8—12

**год;**

- контин (М8 Сопііп) з інтервалом введення 12 годин і кадї-

ан (Кайіап) з інтервалом введення 18—24 год;

— оксикодон (Охусойопе, Охусоптлп) з інтервалом введення 8—12 год;

— гідроморфон (Нуаґопіоґрпопе, Нуаґотоґрпсопііп у Канаді) з інтервалом введення 8—12 год.

— трансдермальний фентаніл (пластирі Бига^езіс) з періодом напіввиведення 48—72 год.

Початкові дози наркотичних анальгетиків

Таблиця

Лікарський препарат	Еквіанальгезивна ентеральна доза (за одиницю береться доза ентерального морфіну — 30 мг)	Початкова ентеральна доза		Співвідношення ентеральної і парентеральної дози
		Маса тіла пацієнта < 50 кг	Маса тіла пацієнта > 50 кг	
Кодеїн	190 мг (максимальна допустима доза — 120 мг)	0,5—1 мг/кг кожні 3—4 год	15—30 мг кожні 3—4 год	1,5:1 (тільки підшкірно, не вводити внутрішньовенно!)
Гідрокодон (Vicodin)	30 мг	0,1—0,2 мг/кг кожні 3—4 год	5—10 мг кожні 3—4 год	Недоступний у парентеральній формі
Оксикодон (Percocet)	20 мг	0,1—0,2 мг/кг кожні 3—4 год	5—10 мг кожні 3—4 год	Недоступний у парентеральній формі
Морфін	30 мг	0,15—0,3 мг/кг кожні 3—4 год	5—50 мг кожні 3—4 год	3:1
Гідроморфон (Dilaudid)	7,5 мг	0,05 мг/кг кожні 3—4 год	1—2 мг кожні 3—4 год	5:1
Оксиморфон (Numorphan)	—	—	—	—
Фентаніл у тому числі і у вигляді трансдермального	Ентеральний морфін у дозі 45—134 мг на день у вигляді трансдермального фентанілового пластиру зі швидкістю подачі препарату 25 мкг/год. Нині ентеральний трансмукозальний фентаніл застосовується для знеболення при процедурах, але не у хворих із ХБС. Дози тут не вказано, оскільки немає достатньої практики			—

26

#### Седация і когнітивні порушення

Перед першим призначенням наркотичного анальгетика необхідно поінформувати пацієнта й членів його сім'ї, що протягом декількох перших днів він може бути сонливим, млявим і нетовариським (седативний ефект). Надалі цей побічний ефект, як правило, зникає без корекції дози наркотичного анальгетика. Інколи седативний ефект триває довго. Це може статися під час швидкого прогресування основного захворювання, а також при порушенні функції печінки і/або нирок, коли пролонгується дія лікарського препарату і/або розвиваються метаболічні або електролітні порушення. У такому разі включення в комплекс знеболювальної терапії ко-анальгетика (ад'юванта), як правило, дає змогу знизити дозу наркотичного анальгетика навіть у пацієнтів з вираженим больовим синдромом. Прикладом таких ко-анальгетиків можуть бути карбамазепін

(фенлепсин), який застосовується в комплексній терапії нейропатичного болю, і кортикостероїди в комплексній терапії при кістковому болю.

Альтернативою також може бути призначення психостимуля-торів. У якості ко-анальгетиків вони протидіють седації, створюючи більше терапевтичне вікно для призначення наркотичних анальгетиків. При цьому слід враховувати, що для пацієнтів з артеріальною гіпертензією, судомами в анамнезі та підвищеною емоційною лабільністю краще уникати призначення психостиму-ляторів. Психостимулятори будуть ефективнішими в пацієнтів із супутньою депресією, порівняно з трициклічними антидепресантами.

## Делірій

Делірій — це симптом, який посилюється в міру прогресування хвороби. Треба враховувати, що збудження може бути виявом погано контрольованого болю, особливо з когнітивними порушеннями.

### Делірій

- порушення свідомості;
- зміни ходу думки;
- гострий початок та лабільний перебіг.

### Супутні зміни:

- збуджений емоційний стан;

Паліативна допомога при синдромі хронічного болю

- неспецифічна неврологічна патологія;
- зниження функціональних можливостей. Види делірію:
- *гіперактивний*:

- асоційоване порушення поведінки;
- галюцинації;
- марення;

— *гіпоактивний*:

- усамітнення;

— *змішаний*:

- наростаючий;

- затихаючий. Причини делірію: інфекція, гострі метаболічні порушення, патологія ЦНС, травма, гіпоксія, синдроми відміни, токсини та наркотики, ендокринопатії, гострі судинні порушення, закріп, затримка сечовиділення тощо.

Оцінка стану повинна здійснюватися за результатами послідовних спостережень, медичного огляду когнітивного статусу за шкалою M88E (Гоїзієіп Міпі-Мепіаі 8Ше Ехат), перегляд прийому медикаментів та ретельне лабораторне обстеження для виявлення причини делірію.

Принципи лікування зводяться до чотирьох аспектів:

### 1. Лікування причини. Медикаментозне:

- антихолінергіки;
- анальгетики;
- адекватна гідратація.

### 2. Медикаментозна терапія

— *нейролептики*:

- галоперидол (неседативний);
- хлорпромазин (седативний);
- рисперидон (неседативний);
- оланзапін (седативний);
- кветіапін (седативний).

— *седативні нейролептики*:

- хлорпромазін;
- оланзапін;
- кветіапін.

### 3. Немедикаментозна терапія: — обмеження присутності сторонніх;

- постійна наявність медичного працівника;
- адекватне м'яке освітлення;
- обмеження подразнювальних факторів.

### 4. Консультація психіатра.

Делірій у термінальних хворих

- оризнаки настання смерті;
- збудження, хвилювання;
- стогін, хрип;

- незворотній стан;
- лоразепам чи мідазолам, щоб допомогти заспокоїтися;
- седативні нейролептики.

### Міоклонус

Міоклонус — це мимовільні скорочення м'язів у притомному стані. У більшості здорових людей буває міоклонус під час засипання. Висока разова доза наркотичного анальгетика або тривала терапія можуть спричинити міоклонус через накопичення метаболітів. Слід пам'ятати, що міоклонус може бути ідіосинкратичною реакцією на застосування наркотичного анальгетика незалежно від дози та тривалості терапії. При вираженому міоклонусі слід перейти до альтернативного наркотичного анальгетика або додати до отримуваної терапії препарат з групи бензодіазепінів, наприклад клоназепам.

### Ад'юванти (ко-анальгетики)

Ад'юванти — препарати різних фармакологічних груп, що за механізмом дії не належать до анальгетиків, але які часто використовуються в комплексній знеболювальній терапії для посилення ефекту як ненаркотичних, так і наркотичних анальгетиків. Тому їх називають ко-анальгетиками.

У паліативній медицині ад'юванти також застосовуються за їхніми прямими показаннями.

Призначення ко-анальгетиків також дає змогу знизити дозу наркотичного анальгетика, що особливо актуально в разі розвитку побічних ефектів. Ад'юванти з різними механізмами дії можна комбінувати для потенціювання ефекту (табл. 4).

Лікарський засіб	Спосіб уведення	Режим дозування	Кратність призначення	Коментарі
<b>Психостимулятори</b>				
Метилфенидат (Риталин)	Ентеральний	Початкова доза — 2,5—5 мг 2 рази на добу	Опівдні, опівночі	Ефективний при вираженому седативному ефекті на тлі приймання наркотичних анальгетиків. Сприяє короткочасному полегшенню депресії
Декстроамфета-мін	Ентеральний	Дозу препарату слід поступово збільшувати на 0,05—0,1 мг/кг до максимальної добової дози 20 мг	Зазвичай двічі — вранці і вдень	Слід пам'ятати, що препарат може підсилити дисфорію/збудження. Приймання препарату в період неспання (не призначати перед сном)
<b>Трициклічні антидепресанти (при виникненні токсичності, можна спробувати призначити інші препарати цієї групи)</b>				
Амітриптилін (Еіауп)	Ентеральний	Початкова доза — 10 мг, з поступовим збільшенням на 0,2—0,4 мг/кг кожні 2—3 дні до максимальної добової дози 5 мг/кг	Увечері(перед сном)	Виявляє високу ефективність при нейропатичному болю, дізестезії; покращує сон

Лікарський засіб	Спосіб введення	Режим дозування	Кратність призначення	Коментарі
Дезипрамін (Norpramine), Нортриптилін (Pamelor)	Ентеральний	10 мг, поступово підвищуючи до максимальної добової дози 3 мг/кг	Ввечері (перед сном)	Необхідно контролювати рівень гематологічних показників. У дітей, враховуючи особливості метаболізму, потрібно призначати антидепресанти 2 рази на день. Препарати цієї групи дають седативний ефект, спричиняють сухість у роті, артеріальну гіпотензію, затримку сечовипускання
<b>Антиконвульсанти (протисудомні)</b>				
Фенітоїн (Dilantin)	Ентеральний, парентеральний (внутрішньовенно)	Початкова доза — 5 мг/кг на добу. Максимальна добова доза — 1000 мг	2—3 рази на добу	Доцільно призначати, коли потрібний дуже швидкий ефект. При цьому необхідний додатковий контроль гемодинамічних показників, особливо при внутрішньовенному введенні

Лікарський засіб	Спосіб введення	Режим дозування	Кратність призначення	Коментарі
Карбамазепін (фенлепсин)	Ентеральний	Початкова доза 10—20 мг/кг на добу; при необхідності дозу збільшують не більше ніж на 100 мг/тиж. Максимальна добова доза — 1200 мг	2 рази на добу	Потрібно уникати комбінації з трициклічними антидепресантами. Також з обережністю слід застосовувати у пацієнтів з мієлосупресією (можуть пролонгувати мієлосупресію)
Габапентин (Neurontin)	Ентеральний	Максимальна добова доза становить 3600 мг	Від 1 до 3 разів на добу (зі збільшенням добової дози збільшується разовість приймання)	Мінімальні побічні ефекти. Препарат належить до високовартісних
<b>Кортикостероїди</b>				
Дексаметазон (Decadron, дексон)	Ентеральний, парентеральний	Початкова доза, як правило, 0,5—1 мг/кг на добу. Доза варіює від клінічних показників	Мінімальна разовість — 2 рази на добу. Часто використовують безперервну інфузію методом титрування	Зазвичай стимулює апетит, покращує настрій, з іншого боку — може призвести до розвитку синдрому Кушинга, емоційної лабільності. Побічні ефекти нарастають поступово під час тривалого застосування

Лікарський засіб	Спосіб уведення	Режим дозування	Кратність призначення	Коментарі
<b>Баклофен</b> (міорелаксант центральної дії)	Ентеральний	Початкова доза — до 2,5–3,5 мг/кг на добу. За необхідності дозу дуже обережно можна підвищувати кожні 3 дні, але не більше 60 мг на добу	1 раз на 4 тиж.	Основні показання до лікування гіперкальціємії. Також призначають при кістковому болю під час остеопорозу. При цьому необхідно контролювати рівень кальцію і фосфору в крові. <b>Увага!</b> Різка відміна може зумовити галюцинації, судоми, збудження тощо
<b>Біфосфонати</b>				
<b>Памідронат</b> (Aredia)	Парентеральний, суворо внутрішньовенно	Звичайна доросла доза становить 90 мг 1 раз на 4 тиж. Рекомендована доза для дітей становить 1,5–2 мг/кг 1 раз на 4 тиж	1 раз на 4 тиж.	Основне показання до лікування гіперкальціємії. Також призначають при кісткових болях у поєднанні з остеопорозом. При цьому необхідно контролювати рівень кальцію і фосфору в крові

Лікарський засіб	Спосіб уведення	Режим дозування	Кратність призначення	Коментарі
				Немає максимальної дози, але є поняття мінімальної ефективною дози
<b>Бензодіазепіни</b>				
<b>Клоназепам</b> (Klonopin)	Ентеральний	Початкова доза — 0,01 мг/кг. Зазвичай не вимагається підвищення добової дози понад 1 мг	Кожні 12 год	Ефективний при занепокоєнні. Оптимальний лікарський засіб для купірування міоклонусу під час застосування наркотичних анальгетиків
<b>Лоразепам</b> (Ativan)	Ентеральний, парентеральний	Початкова доза 0,02–0,05 мг/кг, але не більше 4 мг на добу	Кожні 4–8 год	Ефективний при судомах, м'язових спазмах, занепокоєнні, нудоті. У США є ректальні і сублінгвальні форми
<b>Діазепам</b> (Valium)	Ентеральний, парентеральний, ректальний	Початкова доза 0,2–0,3 мг/кг (або 1 мг на кожен рік життя). Максимальна доза визначається тяжкістю стану	Кожні 4–8 год	Справляє подразливу дію при введенні в периферійну вену. Діаземультс Е — спеціальна лікарська форма для периферійних вен

Лікарський засіб	Спосіб уведення	Режим дозування	Кратність призначення	Коментарі
<b>Нейролептики</b>				
<b>Галоперидол</b> (Haldol)	Ентеральний, парентеральний (у тому числі й підшкірно)	Початкова доза 0,025—0,075 мг/кг на добу. Максимальна добова доза — 30 мг	Кожні 8—12 год	Застосовується для купірування делірію, нудоти, блювання або для седатії. <b>Увага!</b> Може спричинити артеріальну гіпотензію (коригується уведенням дифенгідраміну 1 мг/кг)
<b>Різні групи</b>				
<b>Бетанехол</b> (Urecholine)	Ентеральний, сублінгвальний	Початкова доза — до 10 мг у дорослих. Повторюйте кожну годину до появи сечовипускання або до досягнення максимальної дози 50 мг. При сублінгвальному введенні стартова доза у дорослих — 2,5 мг. Повторюйте кожні 15—30 хв до появи сечовипускання або досягнення максимальної дози 10 мг	До 4 разів на добу	Застосовується при затримці сечовипускання, спричиненій наркотичними анальгетиками. Багато призначати до їди, оскільки зумовлює нудоту і блювання

Лікарський засіб	Спосіб уведення	Режим дозування	Кратність призначення	Коментарі
<b>Баклофен</b> (міорелаксант центральної дії)	Ентеральний	Початкова доза — до 2,5 3,5 мг/кг на добу. За необхідності дозу дуже обережно можна підвищувати кожні 3 дні, але не більше 60 мг на добу	1 раз на 4 тиж.	Основні показання до лікування гіперкальціємії. Також призначають при кістковому болю під час остеопорозу. При цьому необхідно контролювати рівень кальцію і фосфору в крові. <b>Увага!</b> Різка відміна може зумовити галюцинації, судоми, збудження тощо
<b>Біфосфонати</b>				
<b>Памідронат</b> (Aredia)	Парентеральний, суворово внутрішньовенно	Звичайна доросла доза становить 90 мг 1 раз на 4 тиж. Рекомендована доза для дітей становить 1,5—2 мг/кг 1 раз на 4 тиж	1 раз на 4 тиж.	Основне показання до лікування гіперкальціємії. Також призначають при кісткових болях у поєднанні з остеопорозом. При цьому необхідно контролювати рівень кальцію і фосфору в крові

Лікарський засіб	Спосіб введення	Режим дозування	Кратність призначення	Коментарі
Алендронат (Fosamax)	Ентеральний	Звичайна доросла доза — 20–40 мг	1 раз на 4 тиж.	Приймається натще за 30 хв до їди, запивати слід водою. Пацієнтові рекомендується перебувати у вертикальному положенні з метою знизити ризик подразнення стравоходу або утворення ерозій
<b>Місцеві анестетики</b>				
Капсаїцин (капсикам; мазь)	Місцевий	Початкова концентрація препарату — 0,025 %, у динаміці можливе підвищення до 0,075 %	3 рази на день	Капсаїцин ефективний при периферійному нейропатичному болю. Капсаїцин у момент нанесення зумовлює появу дискомфорту (печіння) при аплікації, що швидко минає
EMLA (комбінована мазь, що містить лідокаїн і пілокарпін)	Місцевий	Наносити на шкіру тонким шаром	При плановому знеболенні експозиція повинна становити 1–2 год	Докладний опис наведено в розділі, що стосується болю при процедурах. Ефективна при герпетичній невралгії. Не рекомендується наносити на

За допомогою ад'ювантних і симптоматичних засобів можна посилити дію анальгетиків, а також запобігти або купірувати різні симптоми, що супроводжують хронічний больовий синдром. Глюкокортикоїди завдяки їхній протизапальній і протина-бряковій дії виявляються ефективними при головному болю, зумовленому підвищенням внутрішньочерепного тиску; при болю і наслідок розтягнення капсул печінки та селезінки; при стисненні нервів і спинного мозку; пухлинах заочеревинного простору й малого таза; порушеннях лімфовідтоку, інфільтрації м'яких тканин тулуба і шиї; кісткових метастазах. Серед іншого, глюкокортикоїди підвищують апетит і в деяких випадках спричинюють незначну ейфорію, сприяючи покращанню настрою. Найчастіше з глюкокортикоїдних препаратів застосовуються дексаметазон (даксин, дексабене, дексавен, дексазон, фортекортин та ін.).

Для покращання апетиту та настрою препарат призначають у невисоких дозах (2–4 мг) одноразово вранці. При підтримувальній терапії добову дозу препарату ділять на 2–3

приймання. У разі підвищення внутрішньочерепного тиску внаслідок пухлинного або метастатичного ураження головного мозку, необхідно призначати більші дози дексаметазону (8—32 мг) за 3—4 приймання. Спочатку препарат протягом 3—4 днів вводять парентерально, потім переходять до таблеткової форми. Курс лікування: 3—4 тижні, відміну препарату здійснюють поступово, зі щотижневим зниженням дози.

Побічна дія дексаметазону частіше проявляється при тривалому застосуванні нудотою, блюванням, брадикардією, аритмією, гіпотензією, іноді — колапсом (особливо при введенні високих доз препарату внутрішньартеріально), гіперглікемією і зниженням імунітету (загроза загострення інфекцій). Можливий розвиток стероїдних виразок травного тракту. Тому для захисту слизової оболонки шлунка, як правило, рекомендується призначення ранітидину.

Протисудомні препарати допомагають при вираженому ней-ропатичному нападоподібному болю. У подібних випадках можна призначати карбамазепін (карбадак, карбатол, тегретол, фінлеп-син тощо), який також справляє антидепресивну дію й не пригнічує інтелектуальну діяльність.

Препарат призначають у дозі 200—1200 мг на добу за 2—3 приймання. Аналогічну дію справляє клоназепам (антелепсин), добова доза якого — 1—4 мг. Протисудомні препарати спочатку призначають у мінімальних дозах, потім дозу доводять до максимальної й поступово знижують.

Побічна дія препаратів: втрата апетиту, нудота, блювання, головний біль, сонливість. Рідко — лейкопенія, тромбоцитопенія, агранулоцитоз, гепатит і шкірні алергійні реакції.

Психотропні засоби (транквілізатори, нейролептики, антидепресанти) є обов'язковим компонентом комбінованого лікування ХБС, так як різні психічні розлади виникають у більшості пацієнтів, у тому числі: депресія, іпохондрія, страхи, безсоння, астенія, агресивність, психогенна невралгія, анорексія, нудота, блювання, порушення функції кишок, дизурія та ін.

Транквілізатори призначають для усунення страху, неспокою, тривоги, при порушеннях сну.

Анксиолітичні седативні препарати (бензодіазепіни) підвищують стійкість організму до болю й пом'якшують психопатичні порушення.

Діазепам (валіум, реланіум, седуксен, сибазон, фаустан) призначають у дозі 5—60 мг на добу за 2—3 приймання. Підбір дози індивідуальний залежно від вираженості симптоматики. Тим, хто працює, основну дозу препарату призначають на ніч.

Феназепам ефективніший при страху і тривожному синдромі, призначають по 1—2 мг 2—3 рази на добу.

Тазепам (оксазепам, нозепам) справляє анксиолітичну та седативну дію, призначають по 5—10 мг 2—3 рази на добу.

Рудотель — транквілізатор, який призначають у денний час по 5—10 мг 2—3 рази на добу.

Баклофен — справляє антиспастичну і помірну анальгезивну дію, підбір дози здійснюється індивідуально, середня добова доза: 30—75 мг за 3 приймання.

Найчастіші побічні явища при прийманні бензодіазепінів: сонливість, адинамія, головокружіння, іноді — порушення сну, галюцинації. У разі тривалого застосування можливий розвиток лікарської залежності, порушення пам'яті.

Антидепресанти підвищують ефективність лікування ХБС, потенціюючи дію анальгетиків, особливо при нейропатичному болю, що супроводжується гіпер- і парестезіями. Найефективнішими в подібних випадках є амітриптилін (амізол) і іміпрамін (меліпрамін, прилоіган). Початкова доза препаратів 2—50 мг на ніч, потім протягом 5—6 днів дозу індивідуально підвищують до 150—200 мг (основна частина дози приймається на ніч). Позитивний ефект препаратів проявляється через декілька днів.

Лікування продовжується тривало, при досягненні ефекту дозу препарату знижують поступово.

Побічні ефекти: нудота, загальна слабкість, пітливість, ортостатичний колапс, у разі тривалого застосування можливі закрепи, дизурія й аритмія.

Нейролептики застосовують, головним чином, при супровідних психічних розладах і тяжкому больовому синдромі, який погано купірується опіоїдами. Нейролептики потенціюють дію наркотичних анальгетиків, купірують психомоторне збудження, дають седативний ефект.

Галоперидол (галопер, сенорм) призначають по 0,5—5 мг 2—3 рази на добу після їди. За потреби дозу збільшують до досягнення ефекту (10—14 мг на добу), надалі поступово знижуючи її.

Тизерцин (левомепромазин) справляє також антидепресивну, анальгезивну й протиблювотну дію. Курс лікування починають з денної дози 25—50 мг парентерально, поступово збільшуючи її до 200—300 мг з подальшим поступовим зниженням. Тривале лікування нейролептиками може супроводжуватися розвитком екстрапірамідних порушень (паркінсонізм, м'язова дистонія), швид-

кої стомлюваності, сонливості, можливі закрепи, сухість у роті, ортостатичний колапс, тахікардія, агранулоцитоз.

Завжди необхідно встановити причину больового синдрому, що важливо для призначення адекватної терапії. Вибір ад'юванта цілком залежить від типу больового синдрому в пацієнта. Наприклад, трициклічні антидепресанти, що діють як седативно, так і анальгетично, будуть ефективні з нейропатичним болем, безсонням. Деякі ад'юванти Дуже специфічні, інші — кортикостероїди — показані для різних типів болю та інших симптомів.

Кортикостероїди можуть полегшити кістковий й нейропатичний біль, біль при розтягуванні капсули внутрішніх органів, блювання при підвищенні внутрішньочерепного тиску або частковій обструкції кишок. Вони також підвищують апетит і покращують загальний стан пацієнта.

Симптоматичні засоби

Різні симптоматичні лікарські препарати застосовуються в паліативній медицині для профілактики і купірування симптомів, які виникають у результаті лікування або супроводжують перебіг захворювання.

Спазмолітики показані при вісцеральному і спастичному болю, зумовленому спазмом гладеньких м'язів. Застосовуються холінолітики (атропіну гідрохлорид, платифілін, скополамін) і комбіновані препарати (баралгін, спазмалгін, спазмалгон, спаз-ган, спазмовералгін, но-спазм, но-спа).

Антигістамінні засоби (димедрол, діазолін, піпільфен, су-прастин, тавегіл) зменшують свербіж, набряк і гіперемію шкіри, справляють слабку спазмолітичну, седативну та снодійну дію (димедрол, піпільфен).

Ранітидин або циметидин призначають одночасно з глюкокортикоидами і НПЗП для профілактики ерозивно-виразкових ускладнень у травному каналі. Профілактична доза ранітидину — 150 мг на ніч щоденно, при нирковій недостатності — по 75 мг два рази на добу.

Протиблювотні засоби застосовуються для профілактики й усунення нудоти і блювання різного генезу, що розвивається внаслідок хіміотерапії, побічної дії лікарських препаратів, поширення пухлинного процесу та його ускладнень.

*Проносні препарати для онкологічних хворих.* Регулювання і нормалізація функції кишок у тяжких хворих має величезне значення, тому що розвиток закрепів значно погіршує стан хворих та може призвести до калового завалу і кишкової непрохідності, усунення яких часто становить серйозну проблему. Проносні засоби застосовують у хворих з хронічними закрепками, порушенням функції кишок центрального характеру, які приймають опіати. Проносні засоби підбирають хворому індивідуально, починаючи з простих препаратів, що справляють помірну проносну дію, потім призначають сильніші засоби. Призначення проносних не показане в тих випадках, коли у хворого є ознаки кишкової непрохідності або органічні зміни, які можуть призвести до її розвитку. При тривалій затримці відходження калу перед призначенням проносних препаратів доцільно спочатку за допомогою клізм звільнити термінальні відділи товстої кишки.

Протидіарейні препарати призначають при діареї різного генезу, яка може бути наслідком протипухлинної гормоно-хіміо-терапії, супровідної лікарської терапії або променевого лікування. Серед них — в'язучі та протизапальні засоби, препарати, які знижують тонус і моторику кишок, сорбенти.

Діуретини показані при набряках, лімфовенозному стазі, по-лісерозитах, набряку мозку. Щоб уникнути розвитку водно-електролітних порушень, діуретини призначають короткими курсами у невисоких дозах, поєднуючи з прийманням аспаркаму (панан-гін). Перевагу треба віддавати калійзберігальним препаратам: ве-рошпірон (спіринолактон, альдактон) і діуретинам комбінованої дії (**тріампур**, діазид, **амілоретик**, лорадур, ізобар).

Бісфосфонати — порівняно нова група препаратів, які спо-Шльнюють розвиток остеопорозу та сприяють у поєднанні з анальгетиками зменшенню болю при кісткових метастазах: міакаль-цик (кальцитонін), бонепфос, оstack, аредіа, зомета та ін. Перед призначенням препаратів необхідно визначити рівень кальцію в крові й за потреби вжити заходів щодо додаткової корекції гіперкальціємії. Найефективнішим препаратом цієї групи є міакаль-цик, знеболювальна дія якого пов'язана також із впливом на відповідні рецептори центральної нервової системи.

Антигеморагічні засоби застосовують для профілактики та лікування кровотеч, що пов'язані з основним захворюванням або є результатом розвитку гематологічних ускладнень медикаментоз-

ної терапії: вікасол, етамшлат, памба. Подекуди, при ранових кровотечах, можна використати тахокомб, берипласт, геласпон, гелфоум, гемостатичну губку.

Річні лікарські засоби патогенетичної терапії ХБС. У комплексному лікуванні ХБС застосовують низку препаратів, які не справляють пряму анальгезивну дію, але здатні підвищити загальний знеболювальний ефект за рахунок впливу на різні патогенетичні ланки складного механізму виникнення болю.

Агоністи адренергічних « $\alpha_2$ -рецепторів (клонідин, гуанфацин, метилдопа, сирдалуд та ін.) сприяють пригніченню проявів каузальгії і потенціюють дію опіоїдів, навіть у разі розвитку толерантності до них.

Клонідин (клофелін, гемітон) стимулює постсинаптичні  $\alpha_2$ -адренорецептори гальмівних структур головного мозку й потенціює дію опіоїдних препаратів у разі розвитку резистентності до них.

Дозування препарату індивідуальне, початкова доза — 0,075 мг 3 рази на добу. Гуанфацин (естулік) має менше виражену дію на кровообіг, але тривалішу анальгезивну дію, початкова доза — 0,5—1 мг на ніч. Сирдалуд (тизанідин) — міорелаксант центральної дії, може бути ефективним при фантомному болю резистентному до опіатів, спазматичному м'язовому болю. Початкова доза — до 6 мг на добу, по 2 мг 3 рази на день. Оскільки стандартних схем призначення перерахованих препаратів для лікування больового синдрому не існує, їх треба застосовувати в мі'німальних початкових дозах, але контролювати артеріальний тиск і дотримуватися режиму гіпергідратації, з подальшою корекцією дози.

Блокатори кальцієвих каналів (ніфедипін, німодипін, вера-паміл) можуть використовуватись як засоби патогенетичної терапії ХБС.

**Верапаміл** (веракард, ізоптин, фалікард, фіноптин) у невисоких початкових дозах (40 мг 3 рази на добу) знижує інтенсивність

нейропатичного фантомного болю, не спричиняючи гемодинамічних порушень.

**Антагоністи збуджувальних амінокислот** в експерименті виявили свою ефективність при нейропатичному болю, що важко купірується, у клінічній практиці при гіпералгезії й алодинії з препаратів цієї групи застосовуються кетамін і каліпсол.

#### **Ад'юванти при специфічному больовому синдромі**

Біль часто класифікують на дві широкі категорії: *ноцицептивний*, який включає соматичний і вісцеральний біль, і *нейропатичний* біль. У пацієнта може бути одночасно декілька типів болю.

Наприклад, зруйнований хребець може проявлятися кістковим болем і призводити до пошкодження нервового каналу з нейропатичним болем від стиснення нерва, а також до соматичного болю від м'язового спазму, що асоціюється із запаленням нерва. Кожен тип болю вимагає різної знеболювальної терапії.

Ноцицептивний соматичний біль

Соматичний біль спричинений пошкодженням або запаленням м'яких тканин або кісток.

Соматичний біль має тенденцію до чіткої локалізації і часто описується як гострий.

Дифузний біль у кістках часто супроводжує ураження кісткового мозку пухлинним процесом при лейкозі, нейроblastомах та інших пухлинах. Метастатичні ураження кісток частіше виникають у дітей.

При деяких онкологічних захворюваннях, таких як гострий /лімфобластний лейкоз, біль у кістках може бути зумовлений остеоопорозом. Основним чинником, що призводить до остеоопорозу, (і тривале приймання кортикостероїдів, передбачених протоколом хіміотерапії.

Якщо кістковий біль асоційований з руховою активністю, то можуть виникнути труднощі з вибором адекватної знеболювальної терапії. Це пов'язано з тим, що цей вид болю характеризується короткочасністю й інтенсивністю. Адекватна доза анальгетиків для полегшення короткочасних та інтенсивних епізодів болю при рухах може призвести до гіперседатії, оскільки основний біль не настільки інтенсивний, як при русі. Стратегії із запобігання болю при рухах включають стабілізацію структури кістки, іозиціювання і зміцнення, лікування остеоопорозу і корекцію основної патології.

Є багато додаткових фармакологічних препаратів для контролю кісткового болю. Низька кількість тромбоцитів обмежує застосування стандартних НПЗП. На сьогодні успішно застосовуються ЦОГ-2, до яких належать целекоксиб. Препарати цієї групи є селективними антагоністами ЦОГ-2-рецепторів простагландинів, при цьому не інгібуються ЦОГ-1-рецептори.

Лікарські засоби групи біфосфонатів (алендронат, памідронат) зменшують ураження скелета та забезпечують знеболення за рахунок зниження активності остеокластів. Ці високовартісні препарати також вимагають особливих умов введення та додаткової супровідної терапії.

### **Вісцеральний біль**

Вісцеральний біль виходить від внутрішніх органів (розтягування капсули тощо), має характер тупого болю, відчувається в глибині тіла і не має чіткої локалізації. Цей вид болю часто супроводжується вегетативними симптомами, а також іррадіацією у відповідну зону Геда. Типовим прикладом вісцерального болю є печінкова коліка. При тяжкому вісцеральному болю можуть застосовуватися як кортикостероїди, так і наркотичні анальгетики. Поширена причина вісцерального болю — кишкова непрохідність. При цьому завжди слід чітко диференціювати динамічну кишкову непрохідність і механічну. Підхід до терапії має бути Паліативна допомога при синдромі хронічного болю комплексним, потрібно враховувати прогнозовану тривалість життя та його якість без хірургічного втручання.

### **Нейропатичний біль**

Виникнення нервового імпульсу в нормі відбувається лише в нервових закінченнях. Нервові волокна слугують тільки для подальшої передачі нервового імпульсу. Але при пошкодженні нервових волокон нервові імпульси можуть виникати й по всій їхній довжині. Відчуття болю при цьому проєктується в ділянку іннервації цього нерва. У таких випадках йдеться про нейропатичний біль. Тобто причиною нейропатичного болю є безпосереднє ураження нервової системи на будь-якому рівні (від периферії до кори головного мозку).

Є два основних описи нейропатичного болю. У першому випадку він описується як печіння, уколи голками (один з варіантів дізестезії). При цьому максимальний знеболювальний ефект можна отримати при призначенні трициклічних антидепресантів. У другому випадку нейропатичний біль описується як гострий, раптовий і стріляючий (варіант гострого болю). При цьому максимальний знеболювальний ефект отримують у разі призначенні антиконвульсантів.

При неврологічному обстеженні можна виявити сенсорні порушення, такі як оніміння, гіпералгезія, свербіж та інші неврологічні дефекти.

При нейропатичному болю класичні анальгетики часто бувають малоефективними. Наркотичні анальгетики навіть у високих дозах можуть бути неефективними. Велике значення має ад'ю-вант, такий як трициклічний антидепресант і антиконвульсант. Часто буває достатньо тільки ад'ювантів.

**Методи неінвазивної фізіотерапії:** шкірна стимуляція, така як масаж, вібрація, застосування холоду й тепла.

**Методи купірування болю, які застосовуються самим пацієнтом:**

- зовнішні відволікальні чинники (похитування, «занурення» в роботу);
- внутрішні відволікальні чинники (концентрація уваги в період неспання, фантазування, методи релаксації).

## **ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА ІНКУРАБЕЛЬНИМ ОНКОЛОГІЧНИМ ХВОРИМ**

Сьогодні в світі біомедицинської науки і техніки досягнуто значних успіхів, але головний інтерес спрямований на вивчення проблеми раку та його лікування, тоді як лікуванню болю в онкологічних хворих не надається належної уваги. Унаслідок цього утворилася значна прогалина в наших уявленнях про різні клінічні прояви болю, зумовленого злякисними процесами. І навіть ті мізерні знання й можливості, які ми маємо в своєму розпорядженні, дуже часто не використовуються. Хотілося б відзначити, що багато видів болю залишаються без належної уваги, хроніфікуються, якщо призводять до розвитку хронічної больової хвороби, але деякі типи болю вже із самого початку мають хронічну природу.

**Загальні принципи лікування онкологічних хворих**

Вибір того або іншого методу лікування або їхніх комбінацій, комплексів і поєднань, визначення послідовності етапів проведення лікувальних дій у кожному окремому випадку визначаються суто індивідуально, після ретельного обстеження хворого.

Лікування онкологічних хворих вважається *радикальним*, якщо пухлину видалено в межах здорових тканин разом із зонами регіонарного метастазування або якщо пухлина з метастатичними вузлами повністю розсмокталася під впливом променевої енергії. Якщо лікування не дало такого результату й привело лише до тимчасового поліпшення, воно називається *паліативним*. Лікування, направлене на усунення окремих симптомів, а не самої пухлини, називається *симптоматичним*.

Після закінчення радикального лікування хворі вважаються первинно вилікованими. Факт стійкого лікування встановлюється після п'ятирічного спостереження хворого, якщо не відзна на появи рецидиву або метастазу. Усі онкологічні хворі підлягають спостереженню в спеціалізованих онкологічних закладах.

Злоякісні пухлини можуть рецидивувати і після радикального лікування. Частота рецидивування та метастазування залежить від стадії захворювання й морфології пухлини. Але повної гарантії від їхньої появи після радикального лікування навіть на ранніх стадіях немає. На сьогодні для лікування онкологічних хворих застосовують такі методи: *хірургічний, променеви, хіміотерапію, гормональний, біотерапію*, як самостійно, так і в комбінації (два або три методи). Комбінація цих методів може бути найрізноманітнішою: хірургічний і променеви методи; променеви, хірургічний і хіміотерапія тощо.

I

За сучасними уявленнями, найперспективнішими для злоякісних пухлин більшості локалізацій є комбіновані й комплексні методи лікування.

Під *комбінованим методом* слід розуміти використання двох різних за характером дій, направлених на місцево-регіонарні вогнища, методів, наприклад, поєднання хірургічного і променевого методів (до або після операції).

*Комплексне лікування* розуміють як використання в тій або іншій послідовності низки різних лікувальних заходів, що справляють неоднакову місцево-регіонарну і загальну дію на організм, наприклад, комбінація оперативного-променевого методів з хіміотерапією або гормонотерапією.

*Хірургічне лікування*

Радикальну операцію виконують переважно на ранніх стадіях захворювання, а також при місцево-поширеній пухлині після попередньої ефективної променевої або хіміотерапії. Паліативна (та, що не виліковує, а лише полегшує стан хворого) операція спрямована на скорочення маси пухлини, підвищення ефективності терапевтичних дій. Такі операції істотно полегшують стан хворих (наприклад, при кишковій непрохідності, кровотечі тощо). Варіантом хірургічного лікування може стати криогенна деструкція пухлини, що виконується як радикальна або паліативна дія.

### **Променева терапія**

Променеву терапію застосовують при чутливих до променевої дії пухлинах (дрібноклітинний рак легені, рак молочної залози, носоглотки, гортані, інші пухлини голови й шиї, саркома Юїнга, шк шийки матки та ін.) самостійно або в поєднанні з операцією, хіміотерапією. Використовують різні методи променевої терапії (дистанційну у-терапію, внутрішньопорожнинну променеву терапію, нейтрони, протони, радіоактивні ізотопи і т. д.).

При променеви терапії успіх лікування залежить від розмірів пухлини, ураження регіонарних лімфатичних вузлів інших органів, форми росту пухлини, морфологічної будови (ступені інвазивності), віку, загального стану хворого тощо. Променева терапія може бути призначена як основний і єдиний метод лікування або як додатковий до хірургічного чи хіміотерапії. У таких випадках мова йде про комбіноване лікування. Опромінення може здійснюватись у доопераційний або/і післяопераційний період. Променева терапія покращує результати хірургічного лікування. Інколи після опромінення первинно неоперабельно поширеної пухлини з'являється можливість провести резекцію органа або видалити у межах здорових тканин. У разі призначення післяопераційної променевої терапії акцент робиться на опроміненні ділянки операції (операційного поля), а також зон регіонарного метастазування.

***Побічні й негативні реакції та ускладнення променевої терапії***

Усі реакції організму на опромінення поділяються на загальні та місцеві.

*Загальні реакції* полягають у зміні морфологічного складу крові (лімфопенія, тромбоцитопенія), порушеннях серцево-судинної діяльності (тахіаритмія, артеріальна гіпотензія чи гіпертензія), функцій ендокринної та нервової систем. Це проявляється порушенням сну, блюванням, тенезмами, загальною слабкістю, болем у ділянці серця тощо.

*Місцеві реакції* спостерігаються у тканинах, які потрапили безпосередньо в зону опромінення:

— *епіляція* (випадіння волосся) розпочинається через 3 тиж. після опромінення в сумарній дозі 5 Гр. Ріст волосся поновлюється через 8—10 тиж.;

— *реакції на шкірі* проявляються у вигляді вологого епідерміту, гіперпігментації або депігментації; минають швидко;

— *гостра еритема* — яскраво-рожева пляма з набряком дерми, болюча (лікування: олійні емульсії, екстракт ромашки, мазь із антибіотиками і преднізолоном);

- *ерозивний променевий дерматит* (лікування: мазі, що стимулюють процеси регенерації);
- *променеві виразки шкіри*.

За механізмами розвитку виразки шкіри і видимих слизовий оболонки їх можна поділити на дві групи:

- 1) виразки або нориці, які виникли внаслідок розпаду пухлини;
- 2) виразки, які розвинулись як ускладнення променевої терапії.

#### Хіміотерапія

Одним із методів лікування раку є хіміотерапія — застосування лікарських засобів синтетичного чи природного походження для стійкого незворотного припинення розмноження злоякісних клітин. Хіміотерапія на сьогодні стає найважливішим методом лікування при злоякісних пухлинах. Хіміотерапію призначають для зменшення маси пухлини при неоперабельній пухлині, після операції для запобігання розвитку метастазів (ад'ювантна хіміотерапія) або за наявності метастазів. Останнім часом застосовують також хіміотерапію при операбельних пухлинах з подальшим продовженням лікування після операції (неoad'ювантна хіміотерапія).

При деяких захворюваннях сучасна хіміотерапія як основний компонент лікування, забезпечує лікування значної кількості хворих (злоякісні семіномні і несеміномні пухлини яєчка, хоріонепітеліома матки, локалізовані форми остеогенної саркоми, рак молочної залози, саркома Юїнга, нефробластоми в дітей та ін.). Частіше хіміотерапія приводить до повної або часткової регресії пухлини з різною тривалістю ремісії (дисемінований рак молочної залози, яєчника, меланома, дрібноклітинний рак легенів та ін.), що збільшує тривалість життя хворих і зменшує клінічні прояви захворювання. Хіміотерапія використовується також при раку шлунка, товстої кишки, передміхурової залози, сечового міхура, нирки тощо.

Окрім цитостатичних препаратів при хіміотерапії призначають ендокринні лікарські засоби, які частіше застосовують при гормонозалежних пухлинах (рак молочної залози, щитоподібної щілози, ендометрія, передміхурової залози та ін.).

Протипухлинні препарати називаються цитостатиками.

#### Класифікація цитостатиків:

- 1) алкілувальні препарати (циклофосфамід, тіофосфамід, де-гранол, сарколізин, бензотэф). Завдяки наявності 8H<sub>2</sub>-групи вони вступають у взаємодію з нуклеїновими кислотами клітини дають реакцію алкілування, що призводить до порушення обміну і загибелі клітини;
- 2) антиметаболіти (метотрексат, 5-фторурацил, фторафур, 6-меркаптопурин тощо). Селективно гальмують утворення ДНК, що зумовлює припинення поділу клітини та її загибель;
- 3) антибіотики (адриаміцин, блеоміцин, дактиноміцин О, мі-томіцин С, епірубіцин та ін.).

Сприяють порушенню синтезу ДНК і РНК;

- 4) препарати рослинного походження (вінкристин, вінблас-тин, етопозид, колхамін) — мітотичні отруйні речовини, які блокують фазу мітозу клітин;
- 5) інші протипухлинні препарати:
  - а) ферменти (Б-аспарагіназа);
  - б) тріазени (дакарбазин);
  - в) похідні сечовини (ломустин, гідроксисечовина);
  - г) комплексні сполуки платини (цисплатин, карбоплатин, платидіам);
  - д) похідні метилгідразину (прокарбазин).

#### **Переваги і недоліки, хіміотерапії** *Переваги:*

- дія хіміопрепаратів поширюється на весь організм. Хіміопрепарати діють на невиявлені, «приховані» злоякісні клітини (це одне із завдань додаткової хіміотерапії);
- можливість проведення хіміотерапії в амбулаторних умовах.

#### **Недоліки:**

- вузький спектр терапевтичної дії (лише пошкоджувальний вплив);

Паліативна допомога інкурабельним онкологічним хворим

- низька доза цитостатиків не лише зменшує ефективність дії, а й може зумовити посилений ріст пухлини;

- передозування хіміопрепаратів у більшості випадків призводить до виникнення негативних побічних ефектів та ускладнень і таким чином несприятливо впливає на загальний стан хворого й тривалість життя;
- вибірковість дії цитостатиків, у результаті чого пошкоджуються здорові тканини організму;
- низький рівень антибластичної дії хіміопрепаратів. Хіміотерапію можуть проводити лише лікарі, які пройшли спеціальну підготовку.

*Показання і протипоказання до проведення хіміотерапії* Показання:

- дисемінований, первинно-неоперабельний або резистентний до опромінення рак;
- швидко прогресуючі, низькодиференційовані пухлини;
- ураження деяких внутрішніх органів і тканин (злоякісні лімфоми, дрібноклітинний рак легенів, метастази в плевру, очеревину, скелет тощо).

*Протипоказання:*

- похилий і старечий вік;
- тяжкий загальний стан і супутні захворювання, передусім інфекційні (високий ризик проведення цитостатичної терапії);
- психічні хвороби;
- психічна лабільність, негативізм до проведення хіміотерапії.

### **Біотерапія**

Біотерапія включає застосування різних природних біологічно активних агентів (інтерферони, інтерлейкіни та ін.), проведення імунотерапевтичних заходів з використанням вакцин, активованих лімфоцитів, імуномодулювальних фармакологічних препаратів і т. д.

При лікуванні хворих зі злоякісними пухлинами виникає багато проблем, вирішення яких вимагає участі не лише онкологів і кваліфікованих лікарів інших спеціальностей, а й родичів хворого, які повинні мати уявлення про особливості лікувальних методів, що застосовуються у конкретного хворого, можливості подальшої реабілітації.

Паліативна (симптоматична) терапія в клінічній онкології

На жаль, досить часто в клінічній онкології виникають ситуації, коли можливості спеціального протипухлинного лікування вичерпані або його застосування неможливе через тяжкість Стану хворого, наявність вираженої супутньої патології, відмову під лікування. До цього може призвести пізнє розпізнавання пухлини або її прогресування в процесі лікування. Якщо медики не можуть суттєво вплинути на розвиток пухлинного процесу і подовжити тривалість життя пацієнта, то, принаймні, необхідно покращити його якість. Онкохворий має право прожити решту життя якомога достойніше, комфортніше як фізично, так і психологічно. Покращання якості життя — основне завдання симптоматичної терапії онкохворих. Симптоматичне лікування передбачає усунення найтяжчих проявів хвороби, спричинених як пухлиною, так і ускладненнями специфічної терапії (променевої та цитостатичної). Воно вимагає постійного дотримання медичним персоналом принципів онкологічної деонтології і, зокрема, підтримки у хворого впевненості у кінцевому сприятливому результаті лікування. Найважливішим завданням симптоматичної терапії є корекція психоемоційних порушень. В одних випадках переважають ознаки приреченості, пригнічення, апатії, слізливості, в інших, навпаки, виступають симптоми стурбованості, тривоги, безнадійності, навіть страху.

Кахексія — прогресуюче виснаження організму. Анорексія — зниження або втрата апетиту як одна з причин кахексії. Підвищити апетит можна шляхом призначення речовин, які збуджують апетит. До них належать настій трав полину, тмину, м'яти, кориці, гірчиці тощо. Підвищення апетиту можна досягти вживанням шлункового соку, кислих напоїв (сухе вино, квас, кефір), розсолу тощо,

У разі кандидомікозу (грибкове ураження слизової оболонки рота) призначають ністатин 1 000 000 ОД на добу і леворин по 500 000 ОД на добу, полоскання рота 1 % розчином риванола, та ін.

Унаслідок ураження пухлиною шлунка чи товстої кишки порушуються процеси всмоктування їжі, що призводить до виснаження. У таких випадках необхідно налагодити систему парентерального харчування, що забезпечує поповнення білкового, енергетичного дефіциту, достатнє надходження води, солей, вітамінів.

Загальний догляд за невиліковними хворими

Створення гігієнічних умов для хворого включає: виділення окремої кімнати або частини її, де забезпечать усім необхідним для його проживання; щоденне прибирання приміщення вологим способом (рідними або активом Червоного Хреста). За потреби при пухлині, що розпадається, у

разі повторного блювання, нетримання сечі, калу, провітрювання приміщення проводиться кілька разів на день, а вологе прибирання — із застосуванням 1 або 2 % розчину хлораміну. Усі предмети догляду — поїльник, посуд, підкладне судно, сечоприймач повинні зберігатися в чистоті та періодично промиватися дезінфекційним розчином.

Умивати хворого (обличчя, вуха, руки) необхідно щодня. Періодично проводять миття всього тіла під душем або у ванні. Якщо за станом хворого це неможливо, проводять не менше одного разу на тиждень обтирання всього тіла по частинах рушником, змоченим теплою водою. Після висушування шкіри треба протерти слабким розчином оцту або одеколоном. Промежина, пахвові ямки, для жінок з надмірною масою тіла — складки під молочними залозами змащують дитячим кремом. Не рідше, ніж 1 раз на 10 днів треба підстригати нігті на руках і ногах. Волосся потрібно розчісувати щодня. Ці елементи догляду слід здійснювати систематично. Вони є оздоровлювальними, профілактичними стосовно ускладнень і дієвою психотерапією, завжди поліпшуючи настрій хворих.

Ліжко хворого має бути охайним і зручним для нього (подушка не злежана, ковдра не звисала, краї заправлені під матрац, простирadlo гладко розпрямлене, без складок).

У разі нетримання сечі чи калу між простирadлом і матрацом кладуть клейонку. Зміну постільної білизни необхідно здійснювати кожні 5—7 днів. При забрудненні виділеннями — частіше, інколи щодня та негайно. Зміну постільної білизни краще проводити шляхом перекидання хворого на сусіднє ліжко або кушетку, це поєднують із провітрюванням і висушуванням матраца.

Якщо це неможливо через відсутність помічників або за станом ниорого (метастази в хребті тощо), простирadlo можна змінити таким чином: обережно повертають хворого набік до краю ліжка, половину простирadла, що звільнилася, скачують валиком до ВПІНИ хворого і на його місце стелять чисте простирadlo, половину якого так само скачують; валик розташовують поруч з валиком простирadла, що видаляють. Після цього хворого знов обережно повертають на інший бік через обидва валики на чисту половину ліжка. Прибирають старе простирadlo і, розправивши нове, повертають хворого на спину.

Сорочку в таких хворих змінюють так: зібравши її догори, знімають спочатку з голови, а потім уже з рук. Надягання сорочки проводиться в зворотному порядку. Положення тяжкого хворого на ліжку має істотне значення: воно може значно полегшити його стан або навпаки. Тривале перебування в горизонтальному положенні, особливо немолодого хворого, призводить до порушення функції легенів, розвитку застійної пневмонії, порушень серце-ію-судинної системи. Для таких хворих доцільніше положення напівсидячи або піднятими на 15—20 см вище за головний кінець ліжка (підкласти під ноги 1—2 цеглини або спеціальні підставки).

Метастатичні вузли в порожнині малого таза, пахвових ямках супроводжуються застоєм лімфи і стійким набряком кінцівки. У такому разі треба забезпечити підвищене положення кінцівки шляхом підкладання подушки або спеціального пристосування. Родичі хворого повинні з'ясувати в онколога рекомендоване положення хворого в ліжку і стежити за виконанням його рекомендацій.

Необхідно стежити за станом порожнини рота, яка може бути джерелом інфекції та небезпечних ускладнень у тяжких хворих (лімфаденіт, гнійний паротит і навіть сепсис). Після кожного вживання їди потрібно полоскати рот слабкими антисептичними розчинами або настоями трав (розчини натрію гідрокарбонату, водню перекису, калія перманганату, настої шавлії, ромашки). Якщо самостійне полоскання рота неможливе, кілька разів на день обробляють тампонами, змоченими в цих розчинах, порожнину рота і язик. Обкладений сухий язик змащують кілька разів на день сумішшю гліцерину з 2 % розчином натрію гідрокарбонату або розчином Люголя. Харчування тяжкого хворого проводять в точно встановлений час, краще чотири рази на день. Посуд і сервірування столу повинні сприяти апетиту (чиста серветка, оформлення страв зеленню тощо).

Слід обов'язково стежити за станом кишків, забезпечуючи регулярний акт дефекації. При закрепках призначають відповідну дієту; буряк, фрукти, чорнослив. Якщо самостійне випорожнення неможливе, його зумовлюють очисними клізмами. За необхідності під хворого підкладають судно (краще гумове). Хворий залишається на гумовому судні до повного спорожнення кишків. За призначенням лікаря клізма може бути замінена проносним засобом або введенням гліцеринової свічки. Після акту дефекації проводять туалет відхідника теплою водою й просушують спеціальним рушником. За наявності гемороїдальних вузлів змащують їх призначеною маззю, вазеліном або вводять свічку.

Профілактика та лікування пролежнів

Пролежні — це некротичні виразки шкіри й м'яких тканин, які розвиваються в результаті ішемії, що є наслідком зовнішнього тиску і тертя. Стиснення м'яких тканин, головним чином, у місцях кісткових виступів призводить до розвитку ішемії та некротичних змін уже через 1—2 год. Особливо швидко розвиваються ці зміни в нерухомих хворих на тлі глибоких порушень кровопостачання і трофіки тканин. Запобігти цьому ускладненню у них важко, але можна й необхідно. Вилікувати пролежень, що утворився, неможливо.

*Перші ознаки пролежня, що починається,* — почервоніння обмеженої ділянки шкіри або посиніння її в ділянці крижів, лопаток, п'яткових горбів, потилиці; при положенні хворого на боці — ділянці великого вертлюга, ості клубової вістки, куприка. Підозрілі місця щодня оглядають і обробляють водою з милом, висушують і протирають слабким розчином оцту, камфорним спиртом або одеколоном. Два рази на день треба перевертати хворого, щоб звільнити від тиску ділянки шкіри, де найчастіше виникають пролежні, і масажувати їх. Кращими матрацами для тяжких хворих є поролонові та надувні. Маса тіла розподіляється у них рівномірно на всі ділянки шкіри. Чинниками ризикує: ослаблені хворі IV клінічної групи з підвищеним ризиком утворення пролежнів, старечий вік, виснаження, загальна слабкість, гіпоальбумінемія, авітаміноз, дегідратація, анемія, артеріальна гіпотензія, неврологічні порушення, непритомний і коматозний стан, мацерація шкіри тощо. Пролежні частіше формуються у виснажених хворих, але можливі й в нерухомих хворих. В останніх нерідко настає мацерація шкіри промежини, пахвинних складок, пахвових ямок і під молочними залозами з небезпекою подальшого звиразкування. Профілактика цих ускладнень полягає в дотриманні чистоти тіла хворих, уважному і щоденному огляді шкіри, особливо ділянок, що зазнають тиску. Такі повні огляди можливі при перевертанні хворого на бік. Основні причини розвитку пролежнів: зовнішній тиск, травмування шкіри, тертя поверхонь, складки постільної білизни, інфекція, забруднення шкіри. Найчастіше утворюються пролежні в таких місцях: крижі, великий вертлюг стегнової кістки, грудний відділ хребта, сідничий горб, п'ятки, лопатка, зовнішня кісточка, потилиця, вухо. У розвитку пролежнів виділяють чотири стадії:

- при I (початковій) стадії відзначаються гіперемія і набряк шкіри, ущільнення тканин, поява пухирів або крововиливів, але без видимого пошкодження епідермісу;
- II стадія характеризується пошкодженням епідермісу й утворенням поверхневої виразки;
- при III стадії некроз поширюється на всю товщину шкіри з утворенням глибокої виразки, заповненої некротичними масами;
- IV стадія означає поширення некрозу на глибше розташовані тканини й кістку.

*Запобігання утворенню пролежнів*

Профілактика утворення пролежнів має величезне значення, тому що їхнє подальше лікування становить надто складне завдання. Водночас слід усвідомлювати, що у тяжких нерухомих хворих у термінальній стадії захворювання імовірність розвитку пролежнів дуже велика, незалежно від застосованих методів профілактики. Практично найраціональнішим є визначення ступеня ризику утворення пролежнів, з урахуванням усіх зовнішніх і внутрішніх чинників.

Для профілактики, насамперед, необхідно забезпечити дотримання особистої гігієни пацієнтів і догляд за шкірою: регулярне миття тіла теплою водою 1—2 рази на добу; ретельне підмивання Паліативна допомога інкурабельним онкологічним хворим після дефекації; обробка шкіри пом'якшувальними захисними і антисептичними кремами й мазями.

Важливе місце в профілактиці пролежнів відводиться заходам щодо запобігання зовнішньому тиску на м'які тканини. Розроблено спеціальні повітряні й водяні матраси, які у практиці лікувальних закладів України застосовуються поки що рідко. М'які (краще пухові) матраси також допомагають вирішити цю проблему. У місцях кісткових виступів можна застосовувати спеціальні м'які подушечки, що сприяють зменшенню тиску.

Серед іншого, необхідно регулярно, кожні 1—2 год, змінювати положення тіла хворого, для того щоб усувати зовнішній тиск із найбільш уразливих ділянок тіла. Як правило, хворих почергово перевертають через кожні 1—2 год з боку на бік і на спину. Переміщення пацієнта мають бути акуратними, щоб при цьому не травмувати шкіру.

Певне значення у профілактиці пролежнів має харчування хворих: різноманітна, багата на вітаміни їжа, що містить необхідні мікроелементи; оптимальна кількість рідини, краще у вигляді натуральних соків і мінеральних вод, з обов'язковим урахуванням діурезу й біохімічних показників крові.

### **Лікування пролежнів**

Лікування пролежнів проводять з урахуванням стадії розвитку патологічного процесу. Основні принципи лікування пролежнів:

- усунення зовнішнього тиску і запобігання подальшому поширенню некрозу;
- захист прилеглої шкіри й рани від інфекції;
- загальне та місцеве застосування препаратів, які покращують кровопостачання і трофіку тканини;
- видалення некротичних тканин (хірургічна некректомія, аутолітична або ензиматична санація);
- підтримання в рані вологого середовища та нормальної температури; стимуляція репаративних процесів; знеболення.

У I і II стадіях лікування спрямоване на захист шкіри від інфекції та покращання трофіки тканин з метою запобігти розвитку некротичних процесів або їхньої мінімізації.

У III і IV стадіях основна увага приділяється очищенню рани від некротичних тканин, 'профілактиці інфекції, підтриманню вологого середовища в рані, стимуляції репаративних процесів.

Для лікування пролежнів застосовують різні зовнішні засоби: мазі на основі антибіотиків (бацитрацин, гараміцин, кліміцин, далацин-ц, імекс, лінкоміцинова мазь, синтоміцинова емульсія, банеоцин, драполен, дермазин); мазі з протизапальною дією і ті, що покращують регенерацію (лінімент Вишневського, вінілін, левомеколь, левосин, діоксизоль, трофодерміп, вулнузан, метилурацил, пропоцеум, пантеноль); мазі з протеолітичною (іруксол, фібролан, профезим, віпросал) і анальгезивною дією (фастин, меновазин, альгезал).

Пов'язки, які застосовують для лікування пролежнів, повинні відповідати таким вимогам: захищати рану від забруднення та інфекції; сприяти підтриманню вологи та нормальної температури в рані; адсорбувати надлишок ексудату; забезпечувати максимально можливу активність хворого. Пов'язка може виконувати і спеціальні функції залежно від необхідності: при кровотечі використовують пов'язки з розчином адреналіну гідрохлориду або з гемостатичною губкою; дезодоруючий ефект надають пов'язки з сорбентами, активованим вугіллям (у вигляді верхнього сухого шару), гелем метронідазолу; знеболювального ефекту можна досягти, застосовуючи для пов'язки 0,1 % суміш морфіну гідрохлориду з гелем або маззю тощо. Для запобігання приклеюванню пов'язки до рани застосовують мазі (левоміколь, левосин, діоксизоль тощо), гідрогелі, гідрополімери.

Особливу увагу потрібно приділяти особистій гігієні пацієнтів і дотриманню правил асептики. Незважаючи на тяжкість стану пацієнтів, слід організувати регулярне обмивання тіла теплою водою 1—2 рази на день і ретельне підмивання після кожного акту дефекації та сечовипускання з наступним обробленням шкіри кремами і мазями. Враховуючи те що хворі особливо піддаються ' інфекції, необхідно суворо дотримуватися правил асептики при всіх процедурах і захищати хворих від небажаного контакту з носіями інфекції з боку доглядальників, родичів або відвідувачів.

Некроз шкіри, що настав, загрожує дуже повільним відторгненням з утворенням виразки, що не гоїться і становить загрозу інфікування, виникнення вологої гангрени. Щоб уникнути цього, ділянки шкіри з ознаками початку некрозу кілька разів на день змащують концентрованим розчином калію перманганату.

Для хворих з метастазами в хребет або трубчасті кістки м'які і пружинні матраци посилюють больові відчуття. Цим хворим необхідне жорстке ліжко, найкраще — тонкий поролоновий або волосяний матрац, що не прогинається, на дерев'яному щиті або дерев'яній кушетці. Простирадла мають бути без швів. Натільна білизна — вільна, така, що легко знімається.

Паліативна допомога при великих ускладнених ранах

Найпоширеніша причина ускладнених хронічних ран в онкологічній практиці — це ракові розростання. Вони є первинною або вторинною злоякісною пухлиною, яка утворює виразку. Наслідки — біль, ексудація, кровотеча, інфікування, неприємний запах. Кожен випадок злоякісної виразки унікальний і вимагає індивідуального підходу. Оскільки рани зі злоякісними розростаннями гояться рідко, основною метою лікування злоякісної виразки є контроль симптомів, покращання якості життя та забезпечення психологічного комфорту пацієнта. Способи лікування та використовувані перев'язувальні матеріали вибираються залежно від характерних для цього випадку симптомів.

За наявності кровотечі використовують альгірати. їх накладають на ділянки відкритих ран, що кровоточать. Щоб уникнути болю й додаткової кровотечі при зміні пов'язки, слід не допускати

пересихання альгінату і прилипання його до рани. Для цього при зміні пов'язки її необхідно заздалегідь зволожити невеликою кількістю стерильного ізотонічного розчину натрію хлориду. Якщо кровотеча рясна, слід вжити екстрених заходів, наприклад, виконати місцеву аплікацію розчину адреналіну або гемостатичної губки. Свербіж часто виникає, коли ракові вузли починають розвиватися під шкірою. У цьому разі застосовують пов'язки з гідрогелем, які справляють охолоджувальну дію, причому ефект посилюється, якщо перев'язувальний матеріал зберігався в холодильнику. Слід накласти серветку з гідрогелем на поверхню рани та покрити ще одним перев'язувальним шаром, використовуючи, наприклад, серветку Te^асієгт або будь-яку плівку (наприклад, плівку для упаковки харчових продуктів). Цей другий шар щільно прикріплюють по краях, щоб гідрогель не висохав. Якщо з рани виділяється велика кількість ексудату, слід накласти ще й абсорційний шар, а потім щільно зафіксувати пов'язку.

Щоб зменшити свербіж, можна також використовувати зволожувальний крем з додаванням ментолу (2—3 рази на день або частіше, якщо це необхідно).

Неприємний запах виникає найчастіше в результаті того, що анаеробні бактерії розкладають жирні кислоти у мертвих тканинах, тому важливо своєчасно видаляти некротичні кірки. Для усунення неприємного запаху використовують метронідазол. Може допомогти як системне застосування цього препарату, так і зовнішнє застосування 0,8 % гелю метронідазолу, але гель менш ефективний. Гель метронідазолу можна змішувати в рівних пропорціях з гідрогелем або з гідроколоїдним гелем. Також можна використовувати пов'язки з товченим вугіллям. Причому вугілля завжди повинне використовуватися як другий шар пов'язки, оскільки просякання вугілля рановим ексудатом робить його неефективним. При обробці інфікованих ранових поверхонь з виділенням ексудату можна застосовувати йодовідон, а також абсорційні матеріали, наприклад альгінати, гідроколоїд або абсорційні прокладки. Може також знадобитися системне застосування антибіотиків.

Біль у пацієнта з великими ранами може бути хронічним або виникати тільки під час зміни пов'язки. Передусім лікар повинен підібрати адекватне знеболення.

Зовнішнє застосування суміші морфіну (при концентрації морфіну до 0,1 %) з відповідним кремом або гелем-носієм може забезпечити належний знеболювальний ефект протягом 8 год. У іншому разі необхідно або запобігти прилипанню пов'язки до рани, або підібрати пов'язку іншого зразка. Якщо з перев'язувального матеріалу доступні лише марлеві серветки, щоб запобігти прилипанню, слід нанести на них вазелін або олію. Лікувальні мазі перешкоджають прилипанню пов'язки і водночас допомагають усунути інфекцію.

При догляді за пацієнтами з ускладненими великими ранами медсестра повинна робити все можливе, щоб запобігти ускладненню, тобто дотримувати при зміні пов'язки принципів асептики, а також робити все, щоб звести біль до мінімуму. Хворий потребує психологічної підтримки під час зміни пов'язки. Якщо вигляд рани неприємний для пацієнта, потрібно прикрити рану при перев'язці або покликати помічника, який відволікав би хворого, наприклад, тримаючи його за руку або розмовляючи з ним.

Важливо, щоб пацієнти уважно стежили за своєю зовнішністю, зокрема, за зачіскою, одягом, а жінки — і за макіяжем. Завдання медсестри — підтримувати їх у цьому і не забувати зробити комплімент.

Необхідно заохочувати пацієнтів бути якомога більше незалежними і рухливими. А також сприяти тому, щоб вони спілкувалися з оточуючими — сім'єю, друзями, іншими хворими.

#### Правила асептики

Дотримання правил асептики — необхідна умова для запобігання **інфікуванню** та успішного лікування пацієнтів з великими ускладненими ранами.

Джерелами інфікування можуть стати хвора людина, заражені ним предмети, його постільна білізна, використані перев'язувальні матеріали, мазі й рідини. Зараження може виникнути в результаті прямого контакту з патогенними організмами через дефект на шкірі, наприклад, при контакті ранової поверхні з фекаліями хворого, із зараженими інструментами, при інвазивних процедурах, через стому і т. д.

На поширення інфекції впливають фізичний стан пацієнта, якість харчування, ступінь контакту з інфікованою людиною, дотримання пацієнтом правил гігієни. Вологе і тепле середовище ідеальне для розвитку інфекції. Деякі методи лікування, наприклад, хіміотерапія або променева терапія, а також стероїдна терапія можуть призвести до зниження імунітету в пацієнта.

Щоб уникнути або знизити ризик поширення інфекції, медперсоналу слід дотримуватися певних правил. Необхідно ретельно мити руки до й після роботи з пацієнтом. Не слід кидати брудну білизну на підлогу, стільці або класти її на інші ліжка.

Необхідно упевнитися в тому, що використані памперси і пелюшки не потрапили в кошик для брудної білизни. Медперсонал повинен одягатися чисто й охайно, заковувати рукави, застібати халат, акуратно прибирати довге волосся.

При поганому самопочутті слід уникати контакту з пацієнтом. Це запобігає як інфікуванню пацієнта, так і можливому захворюванню самого медпрацівника, ослаблений організм якого не здатний чинити опір зовнішній інфекції.

Медсестра повинна упевнитися, що кожен пацієнт має власний рушник, мочалку, посуд, стежити за тим, щоб особисті предмети хворого не використовувалися іншими пацієнтами.

Необхідно ретельно дотримуватися правил утилізації використаного матеріалу, роздавання їжі та годування пацієнтів.

При перев'язці ран слід застосовувати відповідну для кожного окремого випадку асептичну техніку, щоб процедура була безпечною і для медика, і для пацієнта. Якщо хтось із пацієнтів заразився, потрібно негайно доповісти про це лікарю та сприяти тому, щоб пацієнтові було призначено адекватне лікування.

Медперсоналу слід ретельно стежити за своїм здоров'ям, правильно харчуватися, дотримуватися графіка профілактичної імунізації, режиму сну й правил особистої гігієни. Якщо робочий одяг забруднився під час перев'язування пацієнта, його необхідно змінити.

### **Гігієна пацієнта**

Кожна людина — індивідуальність. Відповідно його уявлення про чистоту та гігієну також індивідуальні і можуть не збігатися з думкою медсестри, яка, перш за все, турбується про безпеку середовища, в якому перебуває пацієнт. Тому медсестра повинна розпитати хворого про його звичний режим, оцінити його стан і здатність самостійно дотримувати гігієни. Її завдання — досягти компромісу з пацієнтом в такому разі. На рівень дотримання пацієнтом правил гігієни впливають соціальні, чинники, його фізичний і психологічний стан, терапія, що проводиться. Завдання медсестри — пояснити пацієнтові необхідність дотримувати особистої гігієни. Вона повинна оцінити його стан і визначити чинники, що перешкоджають дотриманню гігієни. Слід допомагати пацієнтові при виконанні гігієнічних процедур контролювати біль і нудоту, більше спілкуватися з пацієнтом, сприяти зростанню самоповаги. Слід робити перев'язку так часто, як це необхідно (якщо з'являється неприємний запах). При перев'язках та гігієнічних процедурах потрібно намагатися позбавити пацієнта від неприємного видовища (коли він бачить пошкоджені частини свого тіла). При виконанні процедур важливо зрозуміти бажання пацієнта залишитися на самоті. Слід спонукати членів сім'ї хворого допомагати йому при виконанні гігієнічних проце-  
Медсестра повинна постійно спостерігати за станом шкіри пацієнта, особливо в ділянках, схильних до стиснення: чи є почервоніння, сухість і тріщини, чи немає в складках шкіри ознак мікозу. Необхідно очищати шкіру, змінювати одяг і постільну білизну пацієнта моментально після забруднення, обережно переміщувати нерухомого пацієнта.

### **Закреп і діарея в інкурабельних хворих**

Закреп і діарея часто супроводжують онкологічні захворювання. Закрепом називають стан, коли евакуація твердих калових мас відбувається рідше, ніж це необхідно. Норма для кожного конкретного пацієнта може бути різною, адже навіть у здорових людей дефекація не завжди здійснюється щодня, проте евакуація калових мас рідше трьох разів на тиждень може бути визнана нормальною лише в 1 % випадків. Для тих онкологічних хворих, які приймають опіодні препарати й зазнають впливу багатьох інших супутніх чинників, дуже важливий постійний контроль над обставиною, що склалася.

Закреп може зумовлювати появу загрозливих вторинних симптомів. Наприклад, затримку сечовипускання або кишкову непрохідність. При кишковій непрохідності фекалії заповнюють пряму, товсту, а інколи навіть сліпу кишку. Поки калові маси контактують зі слизовою оболонкою, рідина з них абсорбується, унаслідок чого вони стають дуже твердими.

Поступово маса фекалій стає настільки великою, що видалити їх стає фізично неможливо.

Розрідження верхніх фекальних мас у результаті функціонування бактерій може спричинювати діарею і так зване підтікання фекалій, коли пацієнт скаржиться на появу рідкого калу в невеликих кількостях після відсутності дефекації протягом тривалого періоду. Це може супроводжуватися спазматичним ректальним болем, тенезмами (тривалими болочими позивами до дефекації),

здуттям живота, нудотою, блюванням; у пацієнтів похилого віку із запущеною стадією хвороби може розвинути делірій і виникнути затримка сечовипускання.

Щоб вирішити проблему, необхідно перш за все ретельно проаналізувати всю наявну інформацію з історії хвороби про методи лікування, використовувані препарати, про звичайний режим дефекації. На підставі цих даних слід визначити норму та відхилення від норми в минулому й нині. Потім провести ректальне дослідження (щоб встановити наявність твердих калових мас), абдомінальну пальпацію (твердий кал може бути виявлений по всій довжині кишок), узяти до уваги скарги пацієнта на які-небудь симптоми, описані вище.

Необхідно продумати план втручань, враховуючи стан хворого. Так, пацієнт, близький до смерті, потребує догляду, спрямованого на усунення симптомів, що завдають незручність або страждання. Активне лікування може включати зміну раціону харчування пацієнта — споживання більшої кількості рідини, волокнистої їжі (фруктів, зелених овочів, натуральних сухих сніданків), а також приймання проносних засобів.

*Проносні засоби поділяються на:*

- стимулювальні (підвищують перистальтику);
- такі, що розм'якшують кал;
- осмотичні засоби.

При непрохідності кишок приймати стимулювальні проносні засоби не можна.

До засобів, що підвищують перистальтику, належать бісако-дил (у свічках або таблетках перорально), натрію пікосульфат (гуталак), сеннаде.

До засобів, що розм'якшують кал, — натрію докузат (норгалакс).

До осмотичних засобів належать: лактулоза, магнію гідроксид (магnezійне молочко) і магнію сульфат.

Необхідні втручання можуть включати введення в пряму кишку свічок з бісакодиллом 1 раз на день (якщо контакт зі слизовою оболонкою прямої кишки неможливий, то слід призначити препарат перорально), а також клізми (при закрепі краще зробити олійну клізму, причому для кращого розм'якшення калових мас залишити її на всю ніч).

За потреби можна також використовувати мануальний спосіб евакуації фекалій; доти, поки кишки достатньо не спорожняться. Щоб запобігти повторному закрепу, слід продовжувати приймання проносних засобів. Будь-який пацієнт, що приймає опіодні знеболювальні препарати (слабкі опіоди можуть бути причиною закрепу так само, як і сильнодіючі), повинен для профілактики вживати проносний засіб. Інколи пацієнтові перед евакуацією кишок слід прийняти реланіум. Завдання медичного персоналу — допомогти пацієнту вирішити цю проблему, навчити пацієнта, підбадьорити його. Здійснюючи догляд за пацієнтом, що страждає на закрепу, медсестра повинна негайно реагувати на прохання про допомогу при дефекації. Необхідно (якщо це можливо для пацієнта) допомогти йому сісти на стілець, щоб поза була зручнішою. Краще поставити ноги пацієнта на спеціальну підставку — це допоможе напружити м'язи живота. Слід залишити пацієнта на самоті.

Медсестра повинна розповісти пацієнтові про режим харчування, який допоможе запобігти закрепу; навчити того, хто займається приготуванням їжі (якщо пацієнт перебуває вдома), коригувати меню, включати до нього продукти з високим вмістом волокон.

*Причини закрепу:*

1. Нерухомість і/або недостатня рухливість.
2. Неможливість залишитися на самоті.
3. Слабкість.
4. Опіоди.
5. Порушення свідомості:
  - деменція;
  - церебральна неоплазма.
6. Гіперкальціємія.
7. Патологія кишок.
8. Пухлини як причина кишкової непрохідності.
9. Паралізація.
10. Паралітична непрохідність кишок.

11. їжа і пиття:

— дегідратація як результат блювання, поліурії, обмеженого споживання води.

12. Медичні препарати:

— антихолінергічні засоби;

— діуретики;

— трициклічні сполуки (амітриптилін);

— НПЗП;

— антагоністи серотоніну.

13. Віль або страх перед болем; геморої.

*Симптоми закрепу у пацієнтів:*

1. Тверді калові маси погано виходять або при сильній непрохідності при спробі дефекації виходить рідина.

2. Зміни у функціонуванні кишок (немає дефекації більше ніж 3—4 днів).

3. Здуття живота.

4. Біль спазматичний (коліки).

5. Проблема із сечовою системою (затримка сечовипускання, нетримання).

6. Поганий апетит (можлива нудота).

7. Можливий делірій у пацієнтів похилого віку; супроводжується затримкою сечовипускання.

Діарея — це збільшена частота дефекації і/або розрідження калових мас. Якщо цей процес інтенсивний, його можна охарактеризувати як фекальне нетримання. Існує багато потенційних причин діареї.

Для об'єктивної оцінки ситуації необхідно проаналізувати історію хвороби, методи лікування, лікарські засоби, що приймаються пацієнтом; узяти до уваги відомості про частоту й тип дефекації, тривалість симптомів, встановити, що є нормою для конкретного пацієнта, чи немає в пацієнта ознак дегідратації. Слід провести пальпацію черевної порожнини, щоб визначити наявність або відсутність у пацієнта непрохідності кишок, здійснити спостереження за станом калу, чи немає відхилень від норми (пооява крові, гною, слизу, неперетравленої їжі).

Потім на підставі результатів обстеження пацієнта й аналізу наявної інформації необхідно спланувати дії. Серед них можуть бути зміни в харчуванні та терапії, дослідження калу на наявність мікроорганізмів і їхні реакції на дію антибіотиків, призначення медичних препаратів для лікування діареї.

Продукти харчування, які посилюють діарею: свіжі й сушені фрукти, горіхи, свіжі овочі, квасоля, сочевиця, цибуля, салати з майонезом, гострі блюда з приправами, свіжі овочі, усі злакові сухі сніданки, продукти з непросіяного борошна, алкоголь, кава (кофеїн), свіжий фруктовий сік.

Підбір медичних препаратів для лікування діареї може здійснюватися як з урахуванням специфіки онкологічного захворювання, так і без нього. Так, для лікування діареї при гострому променевому ентериті можуть бути призначені НПЗП, за наявності інфекції — відповідні антибіотики, при стеатореї (для підшлункової залози) — креон. Існують також неспецифічні засоби для лікування діареї, наприклад, адсорбенти (каолін, крейда), гідрофільні засоби, висівки, лоперамід (іммодіум), октреотид, опіоїди (морфіну гідрохлорид, кодеїн). У кожному конкретному випадку лікування закрепу має індивідуальний характер. За наявності органічних перешкод, які утруднюють пасаж калових мас, що загрожує розвитку кишкової непрохідності, насамперед треба розглянути питання про необхідність хірургічного втручання (колостомія, міжкишковий анастомоз тощо).

Часто однією з причин закрепу є непухлинна патологія прямої кишки відхідника (тріщина, геморої, парапроктит тощо) — у подібних випадках необхідне кваліфіковане патогенетичне лікування, спрямоване на знесолення та полегшення акту дефекації.

При нормальній перистальтиці велике значення має врегулювання водного режиму (збільшення споживання рідини) і дієта з підвищеним вмістом клітковини (овочі, фрукти, крупи). Показані проносні засоби, підбір яких здійснюється індивідуально. За неускладнених обставин призначають сольові й рослинні проносні засоби, препарати, які збільшують об'єм калових мас. Для підтримання нормальної функції кишок проносні засоби приймають постійно і регулярно. За потреби застосовують більш сильні препарати.

Для усунення закрепу спочатку вживають заходів до спорожнення прямої кишки: олійна клізма на ніч, очисна клізма; за потреби доводиться механічно (мануально) видаляти тугі калові маси з ампули прямої кишки. Після спорожнення прямої кишки застосовують проносні свічки й потім переходять до приймання проносних засобів всередину.

*Основні проносні засоби, що застосовуються в онкології* *Препарати, що стимулюють перистальтику кишок* Бісакодил (бісацил, лаксбене, дульколак, перилакс тощо): таблетки, драже, свічки. Приймають одноразово 5—15 мг на ніч або вранці до їди. При застосуванні всередину ефект настає протягом декількох годин, у вигляді свічок — протягом 20—40 хв. Побічна дія: можливий колікоподібний біль у животі, діарея.

Лаксомаг (магнію гідроксид) — 0,8—1,8 г перед сном, таблетки необхідно розжувати.

Лаксофін (магнію гідроксид + парафін рідкий) по 1—2 столові ложки на півсклянки молока чи води перед сніданком або на ніч.

Гуталакс, лаксигал (натрію пікосульфат): початкова доза — 10—12 крапель перед сном.

Магнію сульфат (сіль Біттера) — 10—30 г на одне приймання за 30 хв до їди.

Натрію сульфат (глауберова сіль) — 10—20 г до їди.

Ефект після приймання сольових проносних засобів настає через 0,5—5 год, тому їх краще призначати вранці.

Сенозиди: каліфаг, регулак, пурсенід, тісасен, екстракт сени тощо — проносні засоби рослинного походження, які одержують із касії вузьколистної. Призначають по 1—2 таблетки після їди ввечері; за потреби дозу можна збільшити у 2—3 рази. Ефект настає через 8—10 год.

Препарати, які сприяють розм'якшенню калових мас, мають м'яку проносну дію: рицинова олія, вазелінове масло, парафін рідкий приймають по 20—40 мг, ефект настає через 5—6 год, можливе приймання протягом декількох днів.

Осмотичні проносні засоби: лактулоза (дюфалак, лізалак, порталак) по 15—45 мл 1 раз на добу під час їди, протягом 3 днів, потім — підтримувальні дози 10—25 мл щоденно.

Препарати, які збільшують об'єм кишкового вмісту: муко-фальк, фایберлак — порошок із насіння подорожника для приймання всередину по 0,5—1 столовій ложці, змішують з водою.

Препарати комплексної дії: мусинум — рослинний проносний засіб, призначають по 1—2 таблетки перед сном; депурафлукс — рослинний чай, призначають по 1 чашці натще, вранці або перед сном. Дія препаратів настає через 8—10 год.

Мікроклізма: норгалакс, еімакс. Ефект розвивається через 5—20 хв після введення препаратів у пряму кишку.

Профілактика закрепів повинна бути активною й постійною, критерієм її ефективності є регулярне спорожнення кишок і задовільний стан хворого. Велике значення має створення необхідних умов для нормального акту дефекації, забезпечення спокою.

Догляд за пацієнтом, що страждає на діарею, має свої особливості й вимагає від медсестри прояву уваги, турботи, доброти і терпіння. Медсестра повинна негайно реагувати на прохання пацієнта допомогти йому справити нужду. Для комфорту пацієнта слід залишити його на самоті, а також використовувати освіжу-вач повітря. Необхідно зробити все, щоб запобігти можливому перенесенню інфекції (краще, якщо хворий перебуватиме в окремій палаті).

Слід з'ясувати, чи немає в пацієнта ознак дегідратації, умовляти його більше пити, радити, яку їжу потрібно вживати, а від і якої відмовитися; робити все можливе, щоб пацієнт не відчував страху і занепокоєння, почувався спокійно та комфортно.

Деяким пацієнтам, які страждають на тяжку діарею, потрібний постійний догляд. Щоб запобігти таким ускладненням, як подразнення, мацерація шкіри або грибкова інфекція (наприклад, кандидоз), слід надавати хворим постійну підтримку, навчати їх заходам самопомоги.

Комплексне лікування діареї починають із розробки відповідної дієти, яка виключає гострі, екстрактивні, смажені та подразнювальні страви (слизові супи, варений рис, відварене м'ясо й риба, киселі, висівки та ін.).

Протидіарейні препарати включають в'яжучі й протизапальні засоби, ферментні препарати та препарати, які знижують тонус і моторику кишок, адсорбенти: креолі, мезим, панкреатин, панзинорм, атапільгіт (каопектат, неоінтестопан), деємол, імодіум, **лоперамід**, ентеробене, ентерол, активоване вугілля, полівідон, ентеродез, етакридин, капек та ін.

При порушеннях водно-електролітного балансу і кислотно-основного стану крові призначають регідрон (цитраглюкосолін). При дисбактеріозі призначають препарати, які сприяють відновленню кишкової мікрофлори: бактисубтил, біфідумбактерин, колібактерин, біфікол, лактобактерин, лінекс та ін.

У тому разі, коли причиною діареї є ускладнення променевої терапії, можна призначати НПЗП. За підозри на інфекційний характер діареї необхідні дослідження мікрофлори кишок, консультація лікаря-інфекціоніста і, за наявності показань, призначення антибіотиків.

Важливе значення має організація правильного догляду за хворими, які страждають на діарею. Бажано помістити пацієнта в окрему провітрювану палату з туалетом і необхідними умовами для забезпечення особистої гігієни. Для малорухомих хворих можна рекомендувати використання памперсів.

Для оцінки результату медсестра повинна акуратно вести записи про те, як функціонують кишки, відзначати ефективність режиму лікування, виявляти появу будь-яких ускладнень (наприклад, дегідратації).

Допомога онкологічним хворим при порушеннях дихання

Задишка — це неприємне відчуття утруднення дихання, яке нерідко супроводжується тривогою.

Задишка найчастіше виникає або посилюється в останні кілька тижнів перед смертю.

Задишку, як правило, супроводжують такі симптоми, як тахіпное (позадишання дихання) і гіперпное (збільшення глибини дихання). Частота дихання у стані спокою при задишці може досягати 30—35 разів за 1 хв, а фізичне навантаження або стан тривоги можуть збільшити цей показник до 50—60 за 1 хв.

Проте слід мати на увазі, що ні тахіпное, ні гіперпное не можуть слугувати діагностичними ознаками задишки. Задишка — явище суб'єктивне, тому її (як і біль) слід оцінювати на підставі опису хворим самопочуття.

Дихання людини контролюється дихальними центрами в стовбуровій частині мозку. Об'єм дихання значною мірою визначається хімічним складом крові, а темп дихання — механічними стимулами. Підвищення частоти дихання призводить до відносного збільшення мертвого об'єму дихання, зменшення припливного об'єму і зниження альвеолярної вентиляції.

У деяких пацієнтів із задишкою при фізичному навантаженні бувають напади дихальної паніки.

Під час цих нападів у хворих виникає таке відчуття, ніби вони вмирають. При цьому страх, зумовлений задишкою, а також недостатня обізнаність про цей стан посилюють тривогу, що у свою чергу збільшує частоту дихання і,

як наслідок, задишку.

Причин виникнення задишки багато: вона може бути спровокована безпосередньо самою пухлиною, наслідками онкологічного захворювання, ускладненнями в результаті лікування, супутніми захворюваннями, а також комбінацією перерахованих вище причин.

До причин, спровокованих безпосередньо самою пухлиною, належать: одно- або двобічний плевральний випіт, закупорка головного бронха, інфільтрація легені пухлиною, раковий лімфангіт, стиснення органів середостіння, випіт у перикарді, масивний асцит, розтягування живота.

Причини, що є наслідком онкологічного захворювання і/або втрати сил: анемія, ателектаз (часткове спадання легені), легенева емболія, пневмонія, емпієма (гній у плевральній порожнині), синдром кахексії, анорексії, загальна слабкість.

Задишку можуть спричинювати такі ускладнення лікування раку, як променевиї фіброз і наслідки хіміотерапії, а також су! путні захворювання: хронічні неспецифічні захворювання легенів, астма, серцева недостатність і ацидоз.

У разі появи задишки слід пояснити хворому його стан і підбадьорити його, щоб зменшити відчуття страху та тривоги, а також спробувати змінити його спосіб життя: скласти режим дня так, щоб після навантаження завжди був відпочинок. Лікування залежатиме від причин, що зумовили задишку. Якщо причини виникнення стану зворотні, то допомогти може присутність близьких, заспокійлива бесіда, прохолодне сухе повітря, релаксаційна терапія, масаж, а також такі види лікування, як акупунктура, гіпноз.

При дихальній інфекції призначають антибіотики, при хронічній закупорці бронхів, спаданні легенів, стисненні органів середостіння — муколітики, кортикостероїди (дексаметазон, преднізолон); при раковому лімфангіті показана променева терапія, при плевральному випоті — лазерна терапія, при асциті — кортикостероїди, при серцевій недостатності — плевродез, відкачування рідини, сечогінні засоби, парацетез, переливання крові, інгібітори ангіотензин-перетворювального ферменту; при легеневій емболії — антикоагулянти.

Також при задишці можуть допомогти бронходилататори. Морфін зменшує позив до дихання, і його можна використовувати для зменшення задишки (якщо пацієнт вже приймає морфін, то слід збільшити дозу на 50 %, якщо пацієнт ще не отримує морфіну гідрохлориду, початкова доза — 5

мг кожні 4 год). Діазепам (реланіум) застосовується, якщо хворий переживає тривогу. Початкова доза препарату — 5—10 мг на ніч (2—3 мг для пацієнтів похилого віку). Після декількох днів, якщо у хворого виникне надлишкова сонливість, можна знизити дозу. Кисень також може бути корисним, якщо вдихати його за декілька хвилин до і через декілька хвилин після фізичного навантаження.

Медсестра повинна постійно контролювати, наскільки задовольняються щоденні потреби хворого (умивання, їжа, пиття, фізіологічні потреби, потреба в русі). Необхідно або запобігати задишці, щоб пацієнт задовольняв свої потреби сам, або забезпечувати йому належний догляд.

Медсестрі слід знати про причини задишки і застосовувати відповідне лікування. При інфекції органів дихання необхідно повідомити про це лікарю, забезпечити хворого плювальницею для збирання мокротиння, зробити все, щоб скоротити до мінімуму ризик поширення інфекції, надати пацієнтові положення, що ішприятиме кращій вентиляції легенів, а також застосувати посту-| тльний дренаж.

При догляді за хворим із задишкою медсестрі слід зберігати Оігокій і впевненість у собі, не можна залишати пацієнта на самоті. Йому необхідно створити максимально комфортне середовище — відчинити вікна або поставити поруч вентилятор, а також надати можливість легко подати сигнал тривоги. Слід заохочувати пацієнта робити дихальні вправи та навчити його техніці релаксації. Медсестрі слід також заздалегідь навчити хворого, як контролювати дихання під час нападів дихальної паніки. Під час нападу необхідно забезпечити хворому спокійне середовище. Також може допомогти приймання діазепаму на ніч (5—10 мг).

*Гикавка* — це патологічний дихальний рефлекс, що характеризується спазмом діафрагми, який призводить до різкого вдиху і швидкого зімкнення голосових складок з характерним звуком. Потенційні причини виникнення гикавки різноманітні. При раку в пізніх стадіях, гикавка переважно зумовлена розтягуванням шлунка (у 95 % випадків), подразненням діафрагми або діафрагмального нерва, токсичними ефектами при уремії та інфекції, пухлиною центральної нервової системи.

Можливо застосування методів екстреного лікування — стимуляції гортані, масажу місця з'єднання твердого й м'якого піднебіння за допомогою палички з ватою, застосування м'язових релаксантів, а також скорочення розтягування шлунка, підвищення парціального тиску вуглекислого газу в плазмі. Скоротити розтягування шлунка можна за допомогою м'ятної води (крапнути у воду), яка сприяє відрижці надлишку шлункового газу завдяки розслабленню нижнього стравохідного сфінктера; мето-клопраміду (церукалу), який скорочує нижній стравохідний сфінктер і прискорює спорожнення шлунка, а також засобів, що зменшують кількість газів (наприклад, диметикон). При цьому м'ятну воду й церукал не можна приймати одночасно.

Підвищити парціальний тиск вуглекислого газу в плазмі можна за допомогою зворотного вдихання повітря, видихнутого в паперовий мішок, або затримки дихання.

Серед м'язових релаксантів найбільш ефективні баклофенс (10 мг всередину), ніфедипін (10 мг всерединц'), діазепам (2 мг всередину).

Центрального пригнічення рефлексу гикавки можна досягти за допомогою приймання галоперндолу (5—10 мг всередину) або! хлорпромазину (аміназину) (10—25 мг всередину).

Більшість же «засобів бабусь» від гикавки полягають у пряд мій або в непрямій стимуляції гортані; наприклад, швидко про-1 ковтнути дві чайних (з верхом) ложки цукру, швидко випити дві 1 маленькі чарки лікеру, проковтнути роздроблений лід, кинути 1 холодний предмет за комір сорочки (блузи).

Шумне дихання (передсмертні хрипи) — звуки, які утворю-Я ються в процесі коливальних рухів секрету в нижній частині | глотки, в трахеї та в головних бронхах за рахунок вдихів і види- ] хів і не обов'язково є ознакою близької смерті. Шумне дихання 1 характерне для хворих, які дуже слабкі, щоб відкашлятися. У цьому разі необхідно покласти хворого на бік, щоб поліпшити дренаж дихальних шляхів. Навіть невелика зміна положення може значно заспокоїти дихання. Знизити виділення секрету допоможе гіосцину бутилбромід (бускопан, спаніл).

Також дуже важливий правильний догляд за порожниною : рота, особливо якщо хворий дихає через рот. Оскільки в цьому разі пацієнт відчуває сильну сухість у роті, слід періодично протирати порожнину рота хворого вологим тампоном і наносити на губи тонкий шар вазеліну. Якщо хворий може ковтати, слід давати йому помалу пити.

Дуже важливо приділяти увагу родичам пацієнта, за можливості пояснити їм суть того, що відбувається, забезпечити психологічну підтримку й навчити правилам догляду за хворим.

Шумне та часте дихання вмираючого — явище, яке свідчить про останню спробу організму боротися з необоротною термінальною дихальною недостатністю. Виникає враження нелюдських страждань пацієнта, що нерідко зумовлює сильний стрес у близьких і сусідів по палаті. При цьому закупорки дихальних шляхів може й не бути.

У подібних випадках медсестрі, перш за все, слід досягти зменшення частоти дихання пацієнта до 10—15 за 1 хв за допомогою внутрішньовенного або внутрішньом'язового введення морфіну.

Потрібно дво- або триразове збільшення дози морфіну порівняно з дозою, яка була потрібна для знеболання. При надмірних рухах плечей і грудної клітки можна ввести пацієнтові мідазолам (10 мг підшкірно, а потім кожну годину за потреби) або діазепам (10 мг внутрішньом'язово).

*Кашель* — це складний дихальний рефлекс, завдання якого — не вести сторонні частинки й надлишок мокротиння з трахеї і бронхів. Кашель — певний захисний механізм. Проте тривалі напідси кашлю виснажують і лякають, особливо якщо кашель посилює задишку або пов'язаний з кровохарканням. Кашель також може призвести до нудоти та блювання, кістково-м'язового болю і навіть до перелома ребер.

Кашель буває трьох типів: вологий кашель (ефективним засобом відкашлювання); вологий кашель, але хворий дуже слабкий, щоб відкашлятися; сухий кашель, тобто мокротиння не виробляється.

Основні причини кашлю можна умовно поділити на три групи: вдихання сторонніх частинок, надмірна бронхіальна секреція й аномальна стимуляція рецепторів у дихальних шляхах, наприклад, за рахунок дії антигіпертензивних ліків, таких як каптоприл і еналаприл.

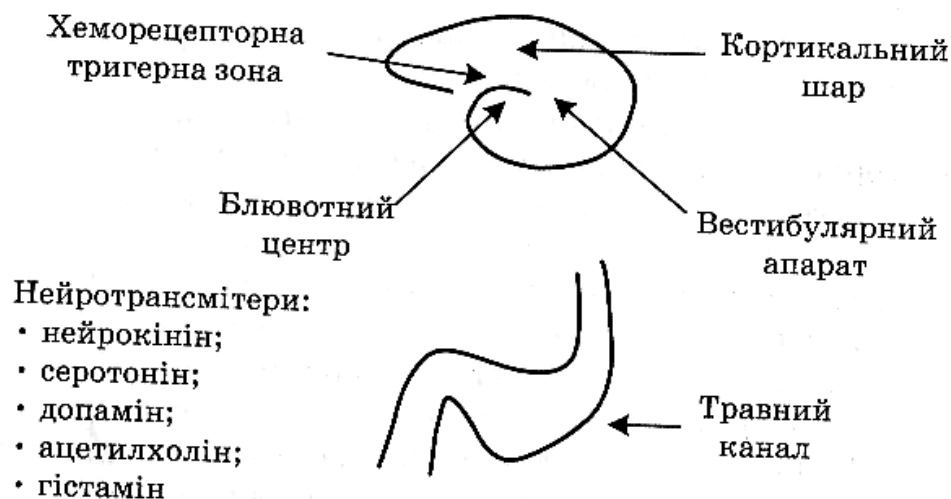
При раку в пізніх стадіях кашель може бути викликаний серцево-легеневими чинниками — уведенням рідин через ніс, курінням, астмою, хронічними обструктивними захворюваннями легенів, серцевою недостатністю, інфекцією органів дихання, пухлиною легенів і середостіння, паралічем голосових зв'язок, раковим лімфангітом, плевральним і перикардіальним випотом, а також причинами, пов'язаними з патологією стравоходу (шлунково-стравохідний рефлюкс), аспірацією при різних патологічних станах (нервово-м'язові хвороби, розсіяний склероз, інсульт). Лікування кашлю залежить як від причини, так і від мети лікування. Наприклад, мета лікування кашлю у вмираючих — створення їм максимального комфорту. При цьому слід усувати лише зворотні причини. Так, істотний протикашльовий ефект від припинення куріння настає через 2—4 тиж. Але чи проживе хворий цей термін?

Є досить широкий вибір заходів і ліків, що полегшують кашель. Серед них: парові інгаляції з бальзамом (ментоловим, евкаліптовим), бромгексин, подразнювальні муколітики (зменшують утворення в'язкого бронхіального секрету, але подразнюють слизову оболонку шлунка й можуть спричинювати нудоту і блювання) — калію йодид, антиструмін, йодид 100/200; хімічні муколітики (змінюють хімічний склад мокротиння і таким чином знижують його в'язкість): наприклад, ацетилцистеїн (АЦЦ), а також центральні протикашльові препарати — кодеїн, морфін.

Серед нелікарських заходів треба відзначити надання пацієнтові зручної для відкашлювання пози, навчання його ефективного відкашлюванню, уникати чинників, що провокують кашель. І медсестра має бути пильною стосовно виявлення ознак інфекції дихальних шляхів і ускладнень, а в разі їхньої появи — негайно повідомляти лікаря. Потрібно допомагати хворому при здійсненні гігієни порожнини рота, а за появи перших ознак стоматиту проводити необхідні лікувальні заходи.

Допомога пацієнтові при нудоті та під час блювання

Нудота — непрямне суб'єктивне відчуття наступаючого блювання. Блювання — рефлекс форсованого виділення вмісту шлунку через рот (рис. 3).



**Рис. 3. Патофізіологія нудоти (Gralla R, et al. J Clin Oncol, 1999)**

Нудота може бути центрального або периферійного генезу (подрознення рецепторів тригерної зони в четвертому шлуночку або, Відповідно, подразнення рецепторів травного тракту). Протиблю-іотні засоби діють на рецептори різних рівнів, тому використання двох і більше протиблювотних засобів з різним механізмом дії є раціональним підходом до контролю нудоти та блювання. Вибір протиблювотного препарату залежить від причини нудоти й блювання.

Для того щоб встановити причину (або причини) появи цих симптомів, необхідно обстежити пацієнта і чітко проаналізувати стан.

Якщо в пацієнта переважає блювання (зі слабким відчуттям нудоти або взагалі без нудоти), то воно може бути спричинене:

— по-перше, затримкою евакуації їжі зі шлунка і в цьому разі супроводжується печією, гикавкою та відчуттям переповнення. Можлива й така причина, як пухлина шлунка або непрямий тиск прилеглої пухлини, а також асцит і гепатомегалія (збільшення печінки);

— по-друге, блювання може спровокувати шлунковий стаз унаслідок прийняття медичних препаратів (таких як хлорпрома-зин, амітриптилін, опіоїди);

— по-третє, причиною регургітації неперетравленої їжі і рідини після декількох хвилин проковтування може бути непрохідність стравоходу через пухлини стравоходу або непрямого тиску пухлин у легенях або бронхах. Пухлини стравоходу примушують пацієнта відригувати достатньо велику кількість в'язкої субстанції.

Стравохідні та фарингеальні (глоткові) інфекції, як, наприклад, кандидоз або вірусні інфекції, цитомегалія, можуть так само негативно впливати на загальний стан пацієнта.

Блювання без відчуття нудоти може зумовлювати підвищений внутрішньочерепний тиск (наприклад, унаслідок церебральної пухлини). Перед нападом блювання пацієнт може відчувати головний біль і підвищену чутливість до світла.

Блювання, що супроводжується незначним відчуттям нудоти, може бути спричинене синдромом шлункового стиснення.

Якщо в пацієнта спостерігається тільки нудота або нудота, що супроводжується блюванням, то ці симптоми можуть бути зумовлені хімічними чинниками. Таким чинником може бути приймання препаратів, що зумовлюють шлунковий стаз та діють на ділянку блювотного центру (дигоксин, опіоїди, фенітоїн, карба-мазепін, депакін, метронідазол); а також приймання ліків, які можуть провокувати шлунково-кишкове подразнення НПЗП, наприклад, натрію диклофенак; цитотоксичні препарати; антибіотики, що приймаються тривало; мінерали, наприклад, залізо).

До появи подібних симптомів може призвести біохімічний дисбаланс, що настає в результаті уремії, гіперкальціємії (ниркової недостатності і метастазів в кістках, дегідратації), а також бактерійні токсини, інфекція, септицемія (зараження крові).

Причиною нудоти і блювання може бути стимуляція провідних шляхів блукаючого нерва в результаті фарингеального подразнення — кандидоз, мокротиння (легенева інфекція, неоплазма),

метастази в печінку, з набуханням і, як наслідок, розтягненням слизової оболонки печінки та сечоводу (ниркові камені, інфекція, запалення, неоплазма).

Нудота і блювання можуть виникати внаслідок непрохідності кишок (затримки дефекації, неоплазми, що створює прямий або непрямий тиск на кишки). У цьому разі пацієнт щоразу може від-1 чувати нудоту, рідко буває блювання з невеликою кількістю фекальної рідини.

Страх і занепокоєння може також спровокувати нудоту та навіть блювання. Відчуття нудоти і блювання можуть бути звичайними реакціями організму на якусь неприємну подію (наприклад, хіміотерапія). Зумовлювати нудоту можуть і неприємні відчуття, такі як відчуття вібрації в шлунку (ніби в ньому літають метелики).

Блювотні маси, які мають вид кавової гущі (це кров, видозмінена в результаті шлункової секреції) або містять в собі свіжу кров, можуть свідчити про гастрит або з'являтися після променевої терапії, прийому алкоголю, медичних препаратів, після хіміотерапії, а також у результаті пептичної виразки, неоплазми.

Нудота і блювання, що супроводжуються запамороченням при русі, указують на ураження середнього вуха, неоплазму, інфекцію або хворобу Меньєра (ендолімфатична водянка).

Для того щоб зробити остаточні висновки про причини появи симптомів нудоти і блювання, необхідно проаналізувати методи лікування та інформацію, що міститься в історії хвороби, і відповісти на такі запитання:

1. Де локалізується первинна пухлина і метастази?
2. Які лікарські препарати пацієнт приймає зараз?
3. Чи має пацієнт якісь інші проблеми зі здоров'ям, які могли б отити одним з чинників такого стану (наприклад, пухлина в ле-Г'іших, яка може стати причиною кашлю, проблеми з нирками, М,н ісогольна залежність)?
4. Який загальний стан хворого (дегідратація, інфекції, функціонування кишок, чи є проблеми із сечовою системою)?

Потім необхідно проаналізувати всі випадки нудоти і блюван-ин, які виникали раніше, і відповісти на запитання:

1. Чи є якийсь прямий зв'язок між нудотою, блюванням і якоюсь подією?
2. Чи існують якісь сприятлі для такого стану чинники, наприклад вигляд і запах їжі, кашель, перев'язка рани, біль?
3. Який вигляд мають блювотні маси? Виходять вони зі шлунку чи з травного тракту? Чи містять кров? У якій кількості?

Після того, як проведено ретельний аналіз обставин, необхідно продумати і спланувати дії, спрямовані на усунення симптомів. Слід знизити вплив чинників, які провокують нудоту та блювання. Наприклад, якщо нудоту і блювання спричинює кашель, то слід, провести лікування легеневої інфекції (за її наявності), ішкористовувати медичні препарати, що допомагають зупинити кашель. Якщо причиною є гастрит, то потрібно досягти зниження кислотності шлунка. Можливо, слід припинити вживання препаратів, які подразнюють шлунок (кортикостероїдів, антибіотиків, НПЗП). Якщо в пацієнта закрєп, то йому потрібно вживати більше рідини і проносні засоби.

Є також лікарські препарати, які полегшують симптоми нудоти і блювання. Так, наприклад, галоперидол діє на блювотний центр. Метоклопрамід (церукал) і домперидон (мотиліум) впливають на шлунок та кишки, підвищують їхню активність. Про-хлорперазин (метеразин) і хлорпромазин (аміназин) діють на вестибулярні ядра (токсичні). Ондансетрон (латран) впливає на блукаючий нерв (токсичний). Діазепам (реланіум) діє на кору головного мозку, усуває занепокоєння. Кортикостероїди, наприклад дексаметазон, зменшують запалення, знижують внутрішньочерепний тиск.

Не потрібно нехтувати і нелікарськими заходами усунення нудоти та блювання. Слід потурбуватися про спокійне навколишнє середовище і зменшити вплив тих чинників, які можуть спроч вокувати появу неприємних симптомів. Наприклад, не показувати пацієнтові їжу, яка спричинює в нього нудоту, давати йому легку їжу невеликими порціями.

Здійснюючи догляд за пацієнтом, у якого виникають нудота та блювання, необхідно:

- 1) потурбуватися про те, щоб запах їжі не досягав пацієнта;
- 2) переконувати його пити і їсти потрохи, але часто;
- 3) скласти особливе меню, щоб пацієнт не вживав їжу, яка по силноє нудоту і блювання;
- 4) передбачати появу позивів до блювання, тобто поруч з пацієнтом постійно має бути спеціальний посуд. Зробити так, щоб пацієнт міг завжди викликати екстрену допомогу;

- 5) бути поруч з пацієнтом, коли в нього виникає блювання, забезпечити, по можливості, максимальний комфорт;
- 6) запропонувати воду, щоб він міг прополоскати рот;
- 7) дати протиблювотні препарати (табл. 5), прописані лікарем, проконтролювати ефективність їх дії, доповісти про все лікарю;
- 8) для медичних препаратів (протиблювотних та ін.) повинна бути відповідна система застосування. Наприклад, не варто приймати ліки перорально, якщо це посилює нудоту й блювання;
- 9) спостерігайте за станом пацієнта, чи немає ознак дегідратації (суха, нееластична шкіра, затримка сечовипускання, головний біль);
- 10) інформуйте лікаря про кількість і частоту позивів до блювання;
- 11) спостерігайте за станом ротової порожнини хворого, чи немає ознак стоматиту або езофагіту (біль може виникнути внаслідок печіння);
- 12) пацієнтові краще пити газовану воду, наприклад содову. Якщо в пацієнта стоматит або езофагіт, кислих напоїв треба уникати;
- 13) завжди виконуйте свої обов'язки тихо й спокійно, не метушіться. Необхідно, щоб пацієнт перебував у максимально комфортній обстановці.

Протиполовотні засоби

Фармакологічна група	Початкова доза		Коментарі
	Ентеральна	Парентеральна	
<b>Прокінетичні засоби</b>			
Метоклопра- мід (Реглан)	0,5 мг/кг перед їдою; максимальна добова доза — 15 мг/кг	Доза однакова для енте- рального і парентераль- ного (п/ш, в/в) засто- сування	Рекомендується при нудоті і застійних яви- щах різної етіології, у тому числі пов'язаних із прийманням наркотичних анальгетиків. Найпоширеніший побічний ефект — дистро- фія; у цих випадках призначають дифенгі- драмін у дозі 1 мг/кг. Противлювотна доза 0,5 мг/кг вище, ніж прокінетична доза 0,1—0,2 мг/кг. Добре переноситься при підшкірному введенні
<b>Антигістамінні засоби</b>			
Дифенгідра- мін (Вепадгул)	1 мг/кг підшкірно кожні 4 год; макси- мальна добова доза — 100 мг	Ентеральна і паренте- ральна дози однакові	—
Гідроксизин (Атарак)	Доза 0,5—1 мг/кг кожні 4 год; макси- мальна добова доза — 600 мг	Ентеральна і паренте- ральна дози однакові	—

Фармакологічна група	Початкова доза		Коментарі
	Ентеральна	Парентеральна	
<b>Прометазин</b> (Phenergan)	0,25—1 мг/кг кожні 4 год	Ентеральна, парентеральна і ректальна дози однакові	Застосовуйте прометазин обережно: може спричинювати дистонію, оскільки є похідним фенотіазину
<b>Нейролептики.</b> Внутрішньовенне ведення препаратів цієї групи вимагає обережності, оскільки може розвинути дистонія і/або постуральна гіпотензія. Для корекції цих ускладнень застосовують: дифенгідрамін у дозі 1,0 мг/кг або бензтропін (Cogentin) у дозі 0,02—0,05 мг/кг (максимально допустима разова доза — 4 мг)			
<b>Галоперидол</b> (Haldol)	0,005—0,025 мг/кг кожні 8 год; максимальна добова доза — 30 мг	Ентеральна і парентеральна дози однакові	Не всі форми можна вводити внутрішньовенно. Добре переноситься при підшкірному введенні
<b>Хлорпромазин</b> (Thorazine)	1 мг/кг кожні 8 год	Ентеральна і парентеральна дози однакові	Має більший седативний ефект, ніж галоперидол. Не вводиться підшкірно
<b>Прохлорперазин</b> (Comproazine)	0,15 мг/кг кожні 4 год; максимальна добова доза — 10 мг	Ентеральна, парентеральна і ректальна дози однакові	Подразнює тканини при підшкірному введенні

Фармакологічна група	Початкова доза		Коментарі
	Ентеральна	Парентеральна	
<b>Антагоністи серотонінових (5-HT<sub>2</sub>) рецепторів</b>			
<b>Ондансетрон</b> (Zofran)	0,15 мг/кг кожні 6 год; максимальна добова доза — 8 мг	Ентеральна і парентеральна дози однакові	Оптимальний при нудоті і блюванні, які індуковані протипухлинною хіміотерапією. Високовартісний засіб
<b>Гранісетрон</b> (Kytril)	1 мг 2 рази на день	20 мкг/кг кожні 8 год	Високовартісний засіб
<b>Бензодіазепіни</b>			
<b>Діазепам</b> (валіум, Diastat)	0,05—0,2 мг/кг кожні 6 год	10 мг	Допомагає при тривких нудоті і блюванні. Має сильну подразнювальну дію при введенні в периферійну вену. Існує ректальна форма препарату — діастат
<b>Лоразепам</b> (Ativan)	0,03—0,05 мг/кг кожні 6 год; максимальна добова доза — 4 мг	Ентеральна і парентеральна дози однакові	Також існують сублінгвальні форми

Фармакологічна група	Початкова доза		Коментарі
	Ентеральна	Парентеральна	
<b>Кортикостероїди</b>			
<b>Дексаметазон</b> (дексон, Бесасігон)	Доза навантаження — 1 мг/кг, підтримувальна доза — 0,1 мг/кг кожні 6—8 год	Ентеральна і парентеральна дози однакові	Допомагає при станах, пов'язаних з розтягванням капсули печінки, при анорексії, підвищенні внутрішньочерепного тиску. Добре переноситься при підшкірному введенні. Можуть бути затяжні побічні ефекти: зміна настрою або справжні психози
<b>Алтихолінергетикн</b>			
<b>Скополамін</b>	Достатньо поширеною є трансдермальна форма, яка містить 1 мг скополаміну і застосовується протягом 3 днів. Рекомен-	0,006 мг/кг кожні 6 год внутрішньовенно або підшкірно	Допомагає при нудоті і блюванні, які спровоковані рухами. Добре переноситься при підшкірному введенні. Можна згинати пластир; розрізати <i>не рекомендується</i> .

Чинники, що впливають на гігієну порожнини рота

Серед цих чинників виділяють:

- спроможність пацієнта самостійно чистити зуби;
- кількість і стан натуральних зубів;
- інфекцію (кандидозний стоматит, виразки);
- дегідратацію (сухість у роті);
- застосування медичних препаратів (морфій, стероїдні препарати, антибіотики, антихолінергічні засоби);
- порушення метаболічного процесу: цукровий діабет, запалення щоки, анемія;
- застосування таких методів лікування, як хіміотерапія, локальна променева терапія;
- паралізація (прозопоплегія або інсульт);
- локальні пухлини;
- травми, пошкодження;
- наявність у блювотних масах жовчі, фекалій, крові;
- легенева інфекція (неприємний запах із рота; гнійне мокротиння).

Здійснюючи догляд за пацієнтом, допоможіть йому дотримуватися нормального гігієнічного режиму,

Нйвчіть його основним принципам догляду за порожниною рота, поясніть йому, чому необхідне дотримання цих гігієнічних правил.

Щодня спостерігайте за станом ротової порожнини, язика, питайте пацієнта, чи немає в нього в роті неприємних відчуттів.

Якщо в пацієнта суха поверхня язика, потрібно щоденне чищення (2—3 рази) м'якою зубною щіткою з розчином соди. Спробуйте дати пацієнтові шматочок свіжого ананаса, що містить спеціальні ферменти, які допомагають прочищати ротову порожнину. Полоскати рот слід після кожного вживання їжі.

Доцільно використовувати лікувально-профілактичні зубні пасти, які містять антисептики. У разі розвитку інфекції порожнини рота потрібна консультація стоматолога і призначення протизапальних препаратів: амбазон (фарингосепт), біклотимол (гексаспрей, гексадрегіс), гексаліз, інгаліпт, ротокан, себідин, по-лімінерол та ін. Якщо у хворого кандидозний стоматит, використовуйте ністатин, кетоконазол.

Якщо в пацієнта немає зубів, давайте йому протерту їжу, щоб її було легко ковтати.

Якщо в пацієнта сухість у роті, йому слід часто й потрох пити. Давайте хворому маленькі шматочки льоду, газовану воду; Слід виключити антихолінергічні засоби, використовувати вазелін для змащення губ.

Якщо хворий паралізований (геміпарез), то не забувайте кожного разу після їди чистити йому рот.

#### Догляд за пацієнтами зі стоною

Різноманітні стоми (штучне виведення отвору порожнистого органа на шкіру) виконують хворим онкологічного профілю. Серед них розрізняють: годувальні стоми для забезпечення харчування (гастростома, ентеростома); видільні стоми (колостома, ен-1 теростома, цистостома, нефростома); дихальні (трахеостома). Крім того, іноді застосовують штучні зовнішні нориці: жовчні, панкреатичні, плевральні. Будь-яка стома значно впливає на спосіб життя хворого, суттєво погіршуючи його якість, тому організація правильного догляду за хворим дає можливість забезпечити вищий рівень його побутової і соціальної адаптації.

Основну увагу треба приділити забезпеченню контролю над стоною, позбавленню від сторонніх виділень і запаху та догляду за шкірою.

За наявності трахеостоми догляд за шкірою здійснюють за допомогою захисних пом'якшувальних кремів, забезпечують постійне видалення мокротиння за допомогою одноразових серветок.

Трахеостому можна прикрити марлевою пов'язкою, схованою за високим комірцем або шийним платком.

Гастро- або ентеростома можна добре приховати під одягом, але вимагають серйозного догляду за шкірою, яка зазнає подразливого впливу шлункового або тонкокишкового вмісту. Шкіру в ділянці стоми необхідно регулярно мити теплою водою з милом, обробляти пом'якшувальними протизапальними мазями та кремами і покривати шаром захисної мазі. Часта зміна пов'язки дає змогу уникнути запалення і стороннього запаху.

Основою догляду за колостомою на черевній стінці є правильне застосування калоприймача. Різноманітні сучасні моделі ка-лоприймачів дають можливість забезпечити досить прийнятний рівень якості життя і соціальної активності хворих. Дуже важлива правильна гігієна шкіри навколо колостоми: промивання теплою водою і милом, протизапальні креми і мазі, захисне мазеве покриття.

Доцільне дотримання спеціальної дієти, спрямованої на профілактику діареї і забезпечення більш густої консистенції калу. Цьому сприяють: варений рис, макаронні вироби, картопля, білий хліб, банани, яблучний сік, сир. Навпаки, пиво та алкогольні напої, фруктові соки, мінеральні води, квасоля, горох, свіжі овочі і фрукти, кофеїновмісні напої, спеції, гострі страви, кисломолочні продукти, горіхи, шоколад сприяють газоутворенню та розвитку діареї.

За наявності сечової стоми більшість проблем пов'язані із забезпеченням герметичності, запобіганням підтіканню сечі і профілактикою розвитку інфекції. Наявність постійного катетера в сечовому міхурі може призвести до розвитку циститу, який супроводжується гематурією і висхідною інфекцією. Для профілактики циститу сечовий міхур регулярно (через 1—3 год) промивається розчинами антисептиків (фурацилін, бетадин), профілактично призначають уросептики (цистон, нітроксолін, фурадонін та ін.). Обов'язковий постійний контроль за прохідністю катетера, регулярне промивання і за необхідності його заміна. З метою своєчасної діагностики інфекції через 2—3 дні проводять аналізи сечі. Необхідний також захист шкіри і догляд за нею за допомогою мазевих пов'язок.

Велику роль відіграє загальний догляд за хворим: створення умов для самостійного дотримання правил особистої гігієни; розуміння проблем хворого і делікатне ставлення до них; регулярна ванна, душ або загальний туалет тіла в постелі; провітрювання приміщення і застосування дезодорантів. Досвід показує, що при правильному догляді хворі зі стомами можуть цілком адаптуватись до нових умов і вести активний спосіб життя.

### **Непрохідність кишок**

Непрохідність кишок є наслідком порушення пасажу кишкового вмісту внаслідок механічної перешкоди або в результаті функціональних порушень. Залежно від причин розрізняють механічну (пухлинний або рубцевий стеноз кишки, стиснення зовні тощо) і динамічну (порушення іннервації, параліч, ускладнення медикаментозної терапії тощо) кишкову непрохідність; високу (перешкоди на рівні тонкої кишки) і низьку (ураження товстої кишки). Основні симптоми кишкової непрохідності: тривала затримка випорожнення (у деяких випадках при цьому може бути діарея), здуття кишок за відсутності відходження газів, біль у животі (нападоподібний, спастичного характеру), бурхлива перистальтика (у пізніх стадіях — атонія кишок), нудота і блювання (у пізніх стадіях при високій непрохідності — блювання застійним вмістом шлунка, при низькій — тонкокишковим вмістом із каловим запахом).

За ступенем вираження непрохідність може бути компенсованою, субкомпенсованою і декомпенсованою.

При компенсованій (хронічній) непрохідності клінічні прояви виражені помірно, затримка випорожнення і здуття живота виникають періодично протягом тривалого часу. При динамічній непрохідності симптоматична терапія (спазмолітики, клізми, проносні) і призначення препаратів, які посилюють моторику травного каналу (координакс, перистил, убретид, галантамін, метоклопрамід, реглан, церукал), дають ефект.

Розвиток декомпенсації означає, що порушення пасажу кишкового вмісту набуває необоротного характеру, частіше внаслідок механічної непрохідності, рідше — на тлі прогресуючої атонії кишок. Вираженість клінічної картини наростає: з'являються нудота і блювання, збільшується метеоризм, розвивається інтоксикація. У подібних випадках призначають інтенсивну інфузійну терапію і терміново (протягом 2—3 год) приймається рішення про необхідність екстреного хірургічного втручання. Це дуже важливе рішення приймається колегіально, за обов'язкової участі хірурга, з урахуванням таким моментів: відмова від екстреної операції призведе до розвитку фатальних ускладнень; операція може реально подовжити життя хворого, не поглиблюючи його страждань; ризик оперативного втручання значно менший від ризику розвитку тяжких ускладнень; хворий і його родичі повністю інформовані про можливий ризик і їх вибір є усвідомленим.

Може виникнути ситуація, коли тяжкість загального стану пацієнта робить будь-яке хірургічне втручання надто небезпечним і безперспективним у плані продовження життя (хворий у будь-якому разі загине у найближчий час унаслідок прогресування хвороби). У подібних випадках, за згодою родичів і хворого, приймається обґрунтоване **рішення** про відмову від операції з

урахуванням протипоказань до неї. У разі відмови від операції, що обов'язково має бути задокументовано, призначають симптоматичну терапію у повному обсязі для максимального можливого позбавлення хворого від страждань.

### Асцит

Асцит — патологічне накопичення вільної рідини в черевній порожнині внаслідок канцероматозу очеревини; метастатичного ураження заочеревинних лімфовузлів, що супроводжується порушенням лімфовідтоку; гіпоальбумінемії; глибоких порушень сольового обміну (як наслідок високого рівня альдостерону); супровідної кардіогенної патології.

Клінічні прояви асциту залежить від кількості вільної рідини: збільшення живота, дискомфорт у черевній порожнині, відчуття переповнення шлунка, розлади травлення, відрижка, стравохідний рефлюкс, нудота і блювання, задишка, набряки нижніх кінцівок.

Консервативні методи лікування асциту охоплюють застосування специфічної протипухлинної хіміотерапії (у тому числі внутрішньовенної, внутрішньочеревної або ендолімфальної); лікування супровідної патології, якщо вона є причиною накопичення рідини; застосування діуретиків.

Діуретики застосовують тривало, під контролем показників кількості калію в крові, при гіпокаліємії і з профілактичною метою призначають препарати калію (аспаркам, панангін).

Фуросемід призначають індивідуально, початкова доза — 20—80 мг. **Лазилактон** (фуросемід + спі-ронолактон) справляє менш виражену дію на мінеральний обмін, початкова доза — до 4 таблеток. Спіронолактон (верошпірон), калій- і магнійзберігальний діуретик, приймають у добовій дозі 100—200 мг 1 раз на день. Через тиждень за необхідності дозу подвоюють і надалі коригують залежно від досягнутого ефекту. Бу-метанід призначають по 0,5—2 мг 1 раз на добу.

У тих випадках, коли консервативна терапія виявляється неефективною, необхідна евакуація рідини шляхом лапароцентезу. Ця хірургічна маніпуляція повинна виконуватись згідно з принципами асептики й антисептики лікарем, який має відповідний досвід. Після маніпуляції на рану накладають пов'язку **і здебільшого** для запобігання підтіканню асцитичної рідини — шов.

Пов'язку необхідно зберігати до повного загоєння. У принципі, можливе і постійне дренування черевної порожнини, але на практиці його застосовують **рідко, частіше** виконують повторні пункції черевної порожнини. Лікування асциту не потребує дотримання спеціальної дієти (деяке обмеження щодо солоних продуктів). Немає потреби і в обмеженні вживання рідини. Вживати їжу треба меншими порціями, але частіше.

### Гідроторакс

Гідроторакс (ексудативний плеврит) нерідко ускладнює перебіг поширеного пухлинного процесу. Найчастіше причини його ■ виникнення: канцероматоз плеври, порушення лімфовідтоку внаслідок метастатичного ураження лімфатичних вузлів середостіння, супровідна кардіогенна патологія.

**Гідроторакс** значно поглиблює стан хворого, проявляючись болючою задишкою і дихальною недостатністю. При фізикально-му обстеженні прослуховується різко ослаблене дихання на тлі укорочення перкуторного звуку. Рентгенологічно визначається затемнення відповідної половини грудної клітки, яка зливається з тінню діафрагми. Якщо у плевральній порожнині визначається горизонтальний рівень, мова йде про гідропневмоторакс.

Консервативна терапія при гідротораксі проводиться за тими самими принципами, що й при асциті. Однак єдиним ефективним методом його усунення залишається плевральна пункція з евакуацією ексудату. Цю маніпуляцію повинен виконувати лікар-спеціаліст в умовах стаціонару або поліклініки, оснащених рентгенівською апаратурою. У крайніх випадках, за особливими показаннями (нетранспортабельний стан хворого), плевральна пункція може бути виконана вдома. Лікар, який виконує подібну маніпуляцію, повинен усвідомлювати ступінь ризику виникнення ускладнень, пов'язаних з плевральною пункцією (пневмоторакс, кровотеча), і бути готовим до їх ліквідації у нелікарняних умовах. Обов'язковим правилом є спостереження за хворим протягом 1,5—2 год після пункції з метою ранньої діагностики пневмотораксу. За підозри на його розвиток необхідне рентгенологічне дослідження.

Постійне дренування плевральної порожнини застосовується досить часто, у разі розвитку пневмогідротораксу або при безуспішному консервативному лікуванні плевриту. Пацієнти з плевральним дренажем можуть за необхідності перебувати вдома. Догляд за ними включає профілактику розвитку інфекції і забезпечення герметизму (дренажу за Бюлау) під постійним спостереженням хірурга.

### Нориця

Нориця (фістула) — патологічне сполучення між порожнистими органами (стравохідно-трахеальна, шлунково-кишкова, пря-мокишково-півхова, прямокишково-міхурова та ін.), між порожнистими органами і шкірою (жовчна, тонкокишкова, сечова), між патологічною порожниною і порожнистим органом або шкірою (гнійні, лігатурні нориці та ін.). Норицями є і різні стоми (трахеостома, гастростома, колостомата ін.). Нориці можуть бути штучними (ятрогенними) або такими, що розвиваються внаслідок патологічних процесів. Розрізняють також губоподібні нориці — вистелені слизовою оболонкою, такі нориці самостійно не закриваються. Основні проблеми, які виникають за наявності но-риць, пов'язані з порушеннями травлення і патологічними виділеннями. Паліативна допомога пацієнтам з норицями включає такі основні моменти: постійне збирання виділень, догляд за шкірою та її захист, усунення запаху, забезпечення хворому спокою. Стравохідно-трахеальна нориця супроводжується потраплянням страви в дихальні шляхи і внаслідок цього розвитком абсцесивно-пневмонії, яка швидко призводить до смерті хворого. Єдиний реальний метод надання тимчасової допомоги таким пацієнтам — формування гастро- або ентеростоми.

Шлунково-товстокишкова нориця призводить до розвитку стійкої діареї і клінічно проявляється відрижкою з каловим запахом, нудотою, іноді каловим блюванням. Ліквідувати шлунково-товстокишкову норицю можна лише хірургічним шляхом. Якщо оперативне втручання неможливе, призначають протидіарейні і протиблювотні препарати, забезпечують гігієнічні умови. Використання дезодорантів повітря, постійне провітрювання приміщення, делікатне ставлення до хворого доглядальниць і родичів допомагає уникнути при догляді серйозних незручностей.

Міжкишкові тонко-товстокишкові нориці проявляються частіше діареєю, метеоризмом та іншими порушеннями травлення їх консервативне лікування включає застосування індивідуальної дієти і призначення протидіарейних препаратів.

Значних незручностей завдають кишково-півхові, кишково-сечоміхурові і тим більше кишково-півхово-сечоміхурові нориці. Виділення калу і газів через сечові і статеві шляхи практично неможливо контролювати, і це суттєво погіршує якість життя хворих. Хірургічне лікування подібних ускладнень залишається надто складною проблемою і в більшості випадків зводиться до формування розвантажувальних колостом, догляд за якими набагато простіший. Консервативна терапія у подібних випадках полягає у забезпеченні адекватного догляду, захисту шкіри навколо нориць і промежини за допомогою захисних кремів і мазей.

При невеликих норицях основним завданням є видалення виділень і захист шкіри. З цією метою застосовують різні вбиральні пов'язки, калоприймачі, захисні мазі. Необхідні регулярні консультації хірурга для вирішення питання про проведення спеціальних методів лікування.

### **Кахексія**

Кахексія — це прогресуюча втрата маси тіла, яка супроводжується м'язовим виснаженням. Кахектичний синдром розвивається більше у хворих з поширеним пухлинним процесом, частіше при пухлинах травного каналу, раку легенів і підшлункової залози. Причини розвитку кахексії різноманітні, але в більшості випадків вона є проявом паранеопластичних процесів, які супроводжуються глибокими порушеннями метаболізму, або наслідком порушень процесу травлення, зумовлених поширеним пухлинним процесом (анорексія, кишкова непрохідність, блювання, діарея та ін.). Найпоширеніші клінічні кахексії: прогресуюча втрата маси тіла і м'язової маси, загальна слабкість, апатія, сонливість, відсутність апетиту, втрата смакових відчуттів, блідість шкіри, набряки (гіпопротеїнемія). Зміна зовнішнього вигляду хворого призводить до депресії, відлюдкуватості, замкнутості, відчаю.

Методи лікування кахексії різні залежно від її причин. При порушеннях травлення треба вжити заходів щодо їх медикаментозного лікування, а за необхідності — щодо хірургічної корекції. При нудоті і блюванні призначають протиблювотні препарати (метоклопрамід, дексаметазон). З раціону усувають харчові продукти, які спричиняють нудоту і погіршують апетит. Для покращення апетиту можна рекомендувати бульйони, гострі страви, у помірних кількостях — сухе вино, аперитиви або пиво. У деяких випадках можливе призначення кортикостероїдів у невисоких дозах або анаболічних стероїдів (ретаболіл, метандієнон, метан-дростендіол тощо). Загальним протипоказанням до призначення останніх є рак передміхурової залози і рак грудної залози в чоловіків. При ферментативній недостатності підшлункової залози призначають ферментні препарати: панкреатин, мезим-форте, фестал, трифермент, дегестал, ензістал, панризінорм, плантекс (при посиленому газоутворенні). Дієтичне харчування призначається індивідуально і включає висококалорійні і білковмісні продукти, а також вітаміни з урахуванням побажань

хворого і його можливостей (зубні протези, зондове харчування та ін.). Посилене харчування має супроводжуватись підвищенням рухливості з метою відновлення м'язової маси. Необхідно мати на увазі, що парентеральне введення білкових кровозамінників, зокрема альбуміну, може навпаки сприяти прогресуванню кахексії. Певне значення має сприятлива обстановка в сім'ї, спрямована на підтримання прагнення хворого до одужання і відновлення сил. В ослаблених і нерухомих пацієнтів мають бути забезпечені догляд за шкірою і профілактика утворення пролежнів у місцях кісткових випинів.

Порушення функції органів сечової системи

Нетримання сечі може бути наслідком порушення сечовипускання або утворення штучних (нефростома, цистостома, урете-ростома) і патологічних (міхурово-піхвова, міхурово-прямокишкова та ін.) нориць. Цьому сприяють й інші чинники: загальна слабкість, порушення свідомості, атонія сечового міхура, цистит та ін. Частою причиною нетримання сечі в жінок може бути м'язове напруження: при кашлю, чиханні тощо. Основні проблеми, які виникають при нетриманні сечі, пов'язані із забезпеченням особистої гігієни і захистом шкірних покривів. За наявності причин нетримання сечі необхідна відповідна терапія: лікування інфекції, протизапальна терапія та ін. Для підвищення функції

сфінктера можна призначити амітриптилін по 25—50 мг на ніч. Догляд за лежачим хворим значно полегшує катетеризація сечового міхура. Догляд за пацієнтом із сечовим катетером потребує постійної участі лікаря-уролога. Хворому необхідно вживати не менше ніж 1,5—2 л рідини на добу. Обов'язковим є постійний контроль за кількістю і якістю сечі і прохідністю катетера. Для збирання сечі краще використовувати спеціальну герметичну пластикову систему, яку треба накривати постільною білизною і одягом. Залежно від стану сечі (осад, запах, лейкоцитурія, гематурія) призначається коригувальна терапія для профілактики або лікування інфекції: промивання катетера і сечового міхура антисептиками (фурацилін, бетадин) через кожні 3—4 год, призначення уросептиків. Рекомендують журавлиновий сік (по 150—200 мл 33 % соку 2 рази на добу), який підвищує кислотність сечі і справляє слабку бактерицидну дію. Хворому з нетриманням сечі необхідно дотримуватись певного режиму сечовипускання, намагаючись регулярно спорожнювати сечовий міхур. Активність пацієнтів можна підвищити також використовуючи памперси, які треба змінювати через 3—4 год. Їх застосування не виключає догляду за шкірою за допомогою захисних кремів і мазей.

#### **Затримка відходження сечі**

Затримка відходження сечі може бути наслідком ренальних і екстраренальних причин. При нирковій недостатності показані лікування основного захворювання і його ускладнень, призначення діуретиків. У тих випадках, коли причиною затримки відходження сечі є екстраренальні ускладнення, уживають заходів щодо їх усунення (нефростомія, уретеростомія, цистомія) і забезпечують відповідний догляд.

#### **Шкірний свербіж**

Шкірний свербіж також виникає при подразненні больових рецепторів. Причини, які його зумовлюють, різноманітні: пара-неопластичні процеси (наприклад, при лімфогранулематозі), жовтяниця, сухість шкіри, кропив'янка, ниркова недостатність, гематологічні причини (недостатність заліза, поліцитемія) тощо.

Свербіж посилюється при занепокоєнні, зневодненні організму, підвищеній пітливості, спеці, прийманні деяких лікарських препаратів. Появу свербіжу можуть спровокувати, наприклад, алергійні реакції на мило і побутові мийні засоби, спирт, ланолін, гуму, антигістамінні препарати та ін. Лікування шкірного свербіжу передбачає, у першу чергу, якщо це можливо, усунення його основної причини і подальшу симптоматичну терапію. Особлива увага приділяється засобам боротьби із сухістю шкіри. При сухій шкірі лусочки епідермісу відшаровуються, оголюючи дерму, яка стає вразливою і зазнає запалення й інфікування, що спричинюють свербіж. Необхідна вологість шкіри підтримується тонким захисним шаром жиру. Найбільший зволожувальний ефект мають вазелін і жирні мазі, менший — креми і лосьйони. При сухості шкіри рекомендується відмовитись від використання мила, після миття теплою водою і на ніч шкіру змащують жирним кремом, а в місцях найбільшого свербіжу накладають вологі пов'язки. Для захисту сухої шкіри, яка розтріскалася, можна застосовувати і спеціальні плівкові пов'язки.

**Підвищена (патологічна) вологість шкіри** може розвиватися в результаті мацерації, розтину міхурів, посиленої ексудації та ін.

Найчастіше мацерація з'являється в місцях дотикання шкірних покривів: у паху, на промежині, під грудьми в жінок, між пальцями, а також навколо пролежнів, виразок, нориць, стом. Догляд за вологою шкірою включає її осушення, профілактику інфекції і протизапальне лікування. Для осушення шкіри можна використовувати спирт, сухі пов'язки, струмінь повітря. З протизапальною метою застосовують гідрокортизонову мазь або 1 % розчин I. гідрокортизону місцево. Вологу шкіру в місцях дотикання захищають мазями або кремами, вживають заходів щодо запобігання травмуванню. Місцево використовують водні креми, кротамітон у вигляді крему або лосьйону 2—3 рази на день, гідрокортизонову мазь. Треба застерегти від тривалого застосування антигістамінних мазей — це може призвести до розвитку контактного дерматиту.

Загальна терапія свербіжув включає призначення антигіста-мінних препаратів (антагоністів рецепторів): піпільфену (про-метазину, дипразину), центризину (зиртеку, цетрину), циметидину (гістодилу, тагамету), кортикостероїдів, нестероїдних протизапальних засобів для зниження рівня синтезу простагландинів. При холестатичному свербіжі ефект можуть мати деякі препарати, механізм дії яких поки не встановлено: андрогени (метилтестостерон по 25 мг під язик двічі на день); рифамліцин (**120 мг двічі на добу**); левомелразин (тизерцян по **12,5 мг підшкірно, потім на ніч перорально**); ондастерон (зофран, осетрон); паксил (пароксетин); при цирозі печінки можливе призначення кодеїну по 20 мг кожні 4 год.

### Лімфедема

Лімфедема — порушення відтоку лімфи — як правило, розвивається на кінцівках, супроводжується збільшенням об'єму кінцівок, вираженим набряком шкіри, лімфорезю, целюлітом, відчуттям розпирання і болем. Це ускладнення частіше розвивається після хірургічних втручань на пахвових і пахвинних зонах, після променевої терапії або на тлі рецидиву захворювання. Сприяють розвитку лімфедери недостатня рухливість, венозний стаз. Розвиток лімфедери значно погіршує якість життя пацієнтів, водночас рідко призводячи до небезпечних для життя ускладнень.

Лікування лімфедери є складним завданням і повне одужання, як правило, неможливе. Дуже важлива профілактика інфекції і догляд за шкірою, тому що лімфостаз сприяє розвитку запальних ускладнень, які, у свою чергу, поглиблюють порушення лімфовідтоку, створюючи хибне коло. Правильний догляд за шкірою значно зменшує ризик розвитку інфекції. Рекомендують щоденне застосування пом'якшувальних кремів та емульсій з асептичними і протизапальними добавками, відмову від використання мила (пересушення шкіри) і ланоліну (дерматит). Необхідний захист шкіри від травмування: робота у рукавичках, негайне оброблення антисептиками порізів і ран, захист від сонячних опіків, користування наперстком, акуратне гоління і підстригання нігтів. У разі появи ознак запалення необхідне кваліфіковане призначення антибіотиків і протизапальних препаратів з урахуванням чутливості мікрофлори. При вираженій лімфорей показане еластичне бинтування на 12—24 год протягом декількох діб з періодичною зміною бинтів при їх зволоженні. Певний ефект при лікуванні лімфедери дають немедикамен-тозні методи: спеціальні вправи і положення кінцівок. Рух покращує дренаж лімфи, запобігає розвитку фіброзу, підвищує активність пацієнтів, сприяє збереженню рухомості кінцівок. Тому пацієнтам треба рекомендувати постійні активні або пасивні рухи ураженої кінцівки 3—4 рази на день. Підвищене положення кінцівки менш ефективне, однак також сприяє зменшенню набряку. Для досягнення максимального ефекту ноги треба піднімати вище від рівня серця, а руки — до рівня очей у положенні сидячи (при вищому підніманні відтік лімфи, навпаки, утруднюється). Необхідно обмежувати використання іммобілізаційних і підтриму-вальних пов'язок, тому що це призводить до розвитку набряку і малорухомості. Водночас добрий ефект може дати еластичне бинтування для забезпечення зовнішнього тиску, що обмежує накопичення рідини і дає можливість посилити лімфотік зарахунок м'язових скорочень. Для зовнішнього тиску застосовують спеціальні панчохи, пов'язки і звичайне еластичне бинтування. Бинтування кінцівок треба починати з пальців, рівномірно розподіляючи тиск по всій довжині кінцівки.

Доступним і досить ефективним методом лікування лімфедери є масаж (у тому числі самомасаж), для **спрямування току лімфи з поверхневих у глибокі лімфатичні судини.**

### Неврологічні порушення

Загальна слабкість — досить частий симптом за давнього пухлинного процесу (60—70 % випадків). Хворі скаржаться на швидку стомлюваність, млявість, сонливість, адинамію, апатію, нездатність до самообслуговування. Причини слабкості різноманітні і лікування, у першу чергу, залежить від них. Основні причини загальної слабкості: — прогресування пухлинного процесу;

- анемія, лейкопенія, панцитопенія;
  - порушення харчування, кахексія;
  - виражений больовий синдром;
  - неврологічні порушення (невропатія, міопатія, наднирковозалозова недостатність тощо);
  - порушення сну, безсоння;
  - ускладнення, пов'язані з лікуванням пухлинного процесу (післяопераційні, післяпроменеві, після хіміотерапії);
  - ускладнення, зумовлені прийманням лікарських препаратів, які застосовують для симптоматичної терапії (діуретики, гіпотензивні засоби, цукрознижувальні препарати та ін.).
- Локальна слабкість може бути наслідком церебральних або неврологічних порушень, а також різних міопатій.

Лікування слабкості починається із заходів загального плану: зміна способу життя і обмеження фізичного навантаження; раціональне поєднання фізичної активності і відпочинку; нормалізація душевного стану і сну; організація правильного харчування (висококалорійна дієта або продукти, які містять клітковину, продукти, що стимулюють гемопоез та ін.); масаж і гімнастика для запобігання розвитку контрактур; забезпечення особистої гігієни, профілактика пролежнів. Для отримання високого ефекту хворому і його родичам треба пояснити, що фізична активність і працездатність не є самоціллю на цьому етапі, головне — підтримання фізичного і духовного стану, який забезпечує спокій і життєдіяльність організму. Тому потрібна певна переоцінка цінностей, яка може бути досить болісною для пацієнта, але переноситься легше, якщо її виправдати необхідністю досягнення будь-якої позитивної мети. У подібних ситуаціях слід постійно визначати те, що є досяжним на сьогодні, і концентрувати увагу хворого на цьому, відвертаючи думки від прогресуючого погіршення його стану.

Медикаментозна терапія загальної слабкості включає препарати, які призначають залежно від показань: засоби для покращання апетиту; загальнотонізуювальні препарати; кортикостероїди; антианемічні препарати; седативні і снодійні, полівітаміни тощо.

#### **Порушення функції спинного мозку**

Компресія спинного мозку з розвитком неврологічних порушень виникає у 3—5 % хворих здебільшого як наслідок метастатичного ураження хребта або при первинних пухлинах спинного мозку. Найпоширенішими клінічними ознаками компресії спинного мозку є: больовий синдром, який звичайно передує розвитку інших клінічних проявів, порушення чутливості, загальна слабкість, парапарез або параплегія, порушення функції органів малого таза.

Лікування болю в подібних випадках включає призначення анальгетиків, кортикостероїдів і променевої терапії. Кортикостероїди справляють протизапальну дію, зменшуючи набряк тканин, тому на початку доцільно призначати дексаметазон у високих дозах, наприклад: по 12—24 мг перорально 1 раз на день протягом 3—4 днів внутрішньовенно одноразово до 100 мг; по 24 мг перорально 4 рази на день протягом 3 днів. Потім дозу дексаметазону знижують до 12—16 мг на день одноразово, надалі знижують залежно від ефекту.

Променева терапія впливає як на саму пухлину, так і дає протизапальний ефект. У разі неефективності консервативної терапії в окремих випадках за погодженням із нейрохірургом можна поставити питання про хірургічну декомпресію (ламінектомія) з подальшою стабілізацією хребта. Однак це питання можна вирішити лише в тих випадках, коли реально можливе продовження життя хворого з гарантією його прийнятної якості.

Загальний догляд за хворим включає: психологічну підтримку, допомогу в адаптації до нового способу життя, розв'язання соціальних проблем, забезпечення адекватного догляду, запобігання розвитку ускладнень (пролежні, інфекція, тугорухомість тощо).

#### **Порушення свідомості**

Різні порушення свідомості часто виникають у термінальних стадіях захворювання. Найчастіші причини їх виникнення: занепокоєння (збудження), психоз, відчай і відчуженість, ендогенна інтоксикація, галюцинації, марення, амнезія, делірій, деменція.

У більшості випадків порушення свідомості виявляються дезорієнтації у часі і просторі різного ступеня, яка призводить до зміни поведінки, дивацтв, ексцентричності, нерішучості та ін. На початкових стадіях діагностика подібних станів досить складна і ґрунтується на уважному спостереженні за поведінкою хворого, аналізованні його скарг і адекватності поведінки.

Гострий мозковий синдром (делірій) проявляється різким порушенням пам'яті і розумової активності, зниженням самооцінки і контролю над особистістю, параноєю, галюцинаціями, розвитком автономії чутливості (занепокоєння, пітливість, сухість у

Паліативна допомога інкурабельним онкологічним хворим роти, тахікардія). Гострий мозковий синдром, повністю змінюючи особистість пацієнта, може чинити найсильніший негативний емоційний вплив на близьких, тому дуже важливо розуміти, що будь-які зміни стану психіки хворого у подібних ситуаціях є наслідком розвитку хвороби.

Хронічний мозковий синдром (деменція) виникає на тлі порушення пам'яті, яке повільно (іноді непомітно) розвивається і супроводжується хронічним безсонням і нічним занепокоєнням.

*Догляд за хворими з порушеннями свідомості*

Насамперед необхідні консультації кваліфікованого спеціаліста для визначення ступеня порушень свідомості за можливості виявлення їх причин. Дуже важливо звернути особливу увагу родичів та доглядальників на уважне, чуйне ставлення до хворого, незважаючи на те, що особистість під впливом хвороби іноді змінюється дуже сильно.

Хворого треба за можливості орієнтувати в часі і просторі, намагаючись налагодити продуктивний контакт для створення спокійної і доброзичливої обстановки. Необхідно досягти довіри з боку хворого для визначення тактики лікування. Дуже важливо встановити, які чинники сприяють погіршенню ситуації, і усунути їх: забезпечити спокій і зменшити вплив збудливих чинників; обмежити коло доглядальників; **налагодити** правильне харчування і режим пиття; запобігти розвитку інфекції та інших ускладнень. Для цього доцільно вести письмовий щоденник, який буде відображати стан життєво важливих функцій, виконання медичних призначень, динаміку фізичного і духовного стану.

*Лікарська терапія порушень свідомості*

Медикаментозна терапія порушень свідомості повинна проводитись під контролем спеціаліста. За потреби призначають седативні препарати, снодійні, кортикостероїди (при пухлинах мозку).

У разі розвитку неконтрольованого термінального збудження, яке **іноді** розвивається перед смертю, безумовно, призначають седативні препарати з метою позбавити хворого і родичів від фізичних і моральних страждань.

### **Синдроми, пов'язані з електролітними порушеннями**

Гіперкальціємія відзначається у 10—20 % хворих зі злоякісними новоутвореннями, у тому числі при раку легенів, молочної залози, сечових і статевих органів, мієломній хворобі.

Патогенез синдрому досить складний: гіперкальціємія може бути наслідком наявності множинних кісткових метастазів; при великих пухлинах гіперкальціємія зумовлена підвищеною резорбцією кісткової тканини у відповідь на вироблення в пухлині білків, подібних до паратиреоїдного гормону; при мієломі підвищена кількість кальцію в крові пов'язана із впливом цитокінів, при лімфомах — із порушенням всмоктування і вироблення вітаміну  $\sim 0$ ; вплив паратиреоїдного гормону і блювання також призводять до порушення виділення кальцію з сечею. Клінічні прояви гіперкальціємії різноманітні, але не завжди відповідають вираженню біохімічних порушень. При помірній гіперкальціємії відзначаються: загальне нездужання, загальмованість, загальна слабкість, сонливість, погіршення апетиту, закрепи, поліурія і підвищене вживання рідини. Тяжка гіперкальціємія супроводжується нудотою, блюванням, динамічною кишковою непрохідністю, сонливістю, розвитком делірію і коми.

Підвищення рівня кальцію крові вище 4 ммоль/л загрожує життю хворого внаслідок розвитку аритмії і гострої ниркової недостатності. Відзначаються також неврологічні розлади: парези і паралічі, порушення зору і ходи, можлива поява або посилення болю.

Діагностика гіперкальціємії ґрунтується на оцінюванні клінічних проявів та визначенні рівня кальцію крові. Треба виключити гіпервітаміноз Б і первинний гіперпаратиреоїдизм, при якому рівень хлоридів крові, як правило, перевищує 103 ммоль/л, у той час як при раку він нижчий ніж 93 ммоль/л.

Лікування гіперкальціємії проводиться за наявності таких показань: рівень кальцію в крові вищий ніж 2,8 ммоль/л; відповідні клінічні прояви; стан хворого до розвитку ускладнень був задовільним і є реальна можливість продовжити його життя.

Лікування передбачає інфузійну терапію: 2—3 л ізотонічного розчину натрію хлориду на добу з препаратами калію (панангін) протягом 2—4 днів, сечогінні, бісфосфонати. Для екстреного зниження рівня кальцію призначають кальцитонін і фосфати. Менш ефективні кортикостероїди (60 мг преднізолону або 8 мг дексаме-тазону).

Синдром неадекватного пригнічення діурезу (СНПД) зумовлений підвищеною секрецією антидіуретичного гормону, відзначається в багатьох хворих з термінальною стадією захворювання: при дрібноклітинному раку легенів, карциноїдному синдромі, пухлинах підшлункової залози і передміхурової залози, лімфо-мах та гострому лейкозі. СНПД може бути також наслідком дії деяких лікарських препаратів (циклофосфан, вінкристин, **морфін, барбітурати**, фенотіазини (аміназин), **трициклічні антидепресанти (амітриптилін)**) або супровідних захворювань (менінго-енцефаліт, порушення мозкового кровообігу, тяжка патологія легенів, психоз).

Клінічні прояви синдрому багато в чому визначаються **рівнем** і швидкістю зниження рівня натрію крові. При гіпонатріємії 110—120 ммоль/л можливі: загальна слабкість, швидка втомлюваність, нудота, блювання, погіршення апетиту, сплутаність свідомості, набряки. **При зниженні рівня натрію нижче 110 ммоль/л** з'являються судоми, сонливість, може розвиватись коматозний стан. Лікування полягає в обмеженні приймання рідини до 800—1000 мл на добу або призначенні осмотичних діуретиків (сечовина 30 г на 100 г апельсинового соку).

**Легенева кровотеча (кровохаркання)**

Легенева кровотеча є досить поширеним і найбільш загрозливим ускладненням раку легенів, стравоходу, пухлин середостіння. У більшості випадків причинами кровотечі бувають: деструкція ендобронхіальної пухлини або легеневої тканини, ерозія стінок великих судин на тлі запального процесу при пневмонітах, абсцесах легенів і стравохідно-bronхіальних норичях. Залежно від інтенсивності кровотечі розрізняють кровохаркання різного ступеня і власне легенево-кровохаркання, яке швидко призводить до загибелі хворого.

Основним симптомом легеневої кровотечі є кровохаркання, однак слід пам'ятати, що цей симптом з'являється при безлічі різних захворювань, від яких необхідно відокремити пухлинну патологію для встановлення правильного діагнозу.

*Лікування легеневої кровотечі*

Тактика лікування легеневої кровотечі залежить від її інтенсивності і стану хворого.

Медикаментозна терапія включає препарати, які знижують тиск у малому колі кровообігу (**еуфілін**), гемостатичні засоби різних груп (етамзилат, дицинон, **памба**, вікасол, амінокапронова **кислота**, **гордокс**, контрикал, **кортикостероїди**, **кальцію хлорид**), седативні препарати.

При тривалому кровохарканні, зумовленому локальним пухлинним процесом, можливе проведення паліативного курсу дистанційної променевої терапії, яка у 60—80 % випадків дає ефект. Застосовуються такі методики: одноразове опромінення в дозі 10 Гр; дворазове опромінення з перервою у тиждень у загальній дозі 17 Гр; опромінення великими фракціями протягом 5 днів у дозі 20 Гр.

Масивна кровотеча, яка гостро виникла, потребує вжиття екстрених заходів: дренажне положення на боці з боку ураження; повний спокій; внутрішньовенна гемостатична **терапія**; 50—100 мл гіпертонічного розчину натрію хлориду рег оз; джгути на кінцівки з метою зменшити венозний приплив крові. Хворого і його родичів треба, за можливості, заспокоїти і забезпечити догляд силами медичного персоналу. Слід пам'ятати, що при масивній легеневої кровотечі хворі гинуть протягом декількох хвилин. У подібному випадку у практиці паліативної медицини реанімаційні заходи не проводяться.

**Шлунково-кишкова кровотеча**

Кровотечі з травного тракту — явище досить часте. Їх основні причини: розпад пухлини, розташованої в отворі травного тракту, або дифузне ерозивно-виразкове ураження слизової оболонки внаслідок розвитку ускладнень. Клінічні прояви подібних кровотеч залежать, насамперед, від рівня ураження.

При кровотечах із порожнини рота хворі спльовують кров і згустки, можливе блювання кров'ю, яку заковтують, і «кавовою гущею», мелена (дъогтеподібний чорний рідкий кал), анемія. Стравохідно-шлункові кровотечі проявляються блюванням свіжою кров'ю зі згустками і «кавовою гущею», меленою, анемією.

Кровотечі з дванадцятипалої кишки, жовчовивідних шляхів, протоки підшлункової залози, порожньої кишки супроводжуються меленою та анемією.

У тих випадках, коли джерело кровотечі локалізується у термінальних відділах тонкої кишки і в товстій кишці, основним симптомом є наявність незміненої крові в калі.

*Лікування шлунково-кишкових кровотеч*

Для визначення тактики лікування насамперед необхідно • уточнити характер кровотечі і локалізацію ураження. При дифузному ураженні слизової оболонки травного тракту або його відділів показана гемостатична терапія в повному обсязі.

У тих випадках, коли джерело кровотечі може бути точно локалізоване, потрібно разом з хірургом-онкологом розглянути питання про можливість хірургічного втручання: при пухлинах ро-тоглотки — перев'язування зовнішньої сонної артерії або її гілок; при раку шлунка — ендоскопічне зупинення кровотечі, паліативна гастректомія (резекція) або перев'язування судин, при пухлинах кишок — паліативні резекції кишки. В усіх випадках, приймаючи рішення про хірургічне втручання, необхідно керуватися міркуваннями про доцільність, інтереси хворого і реальними перспективами подовження його життя.

### Зовнішні кровотечі

Кровотечі із зовнішньо розташованих пухлин, які розпадаються; поширене явище у практиці паліативної медицини. Для зупинення подібних кровотеч застосовується увесь арсенал методів гемостазу: притиснення судини, яка кровоточить (не менше ніж на 25—30 хв), стисні пов'язки, перев'язування і прошивання судини у рані і по всій її довжині, термокоагуляція, місцеве застосування гемостатиків (гемостатична губка, тахокомб, гелфо-ум), загальна гемостатична терапія. При вагінальних кровотечах широко використовують тампонування піхви. Для екстреного зупинення зовнішньої кровотечі найефективнішими є притиснення судини з подальшим її прошиванням і накладанням стисної пов'язки.

Велике значення має організація правильного догляду за хворим: окрема палата; своєчасне перев'язування; використання темної (бажано зеленої) білизни, на якій менше видно кров; седативна терапія; постійне перебування медичного персоналу біля ліжка пацієнта.

### Сплутана свідомість

Сплутана свідомість — стан людини, який характеризується дезорієнтацією в часі, просторі й людях, що оточують його, унаслідок чого хворий збентежений, його думки безладні, а дії нерішучі. Звичайно цей стан буває спричинений якими-небудь органічними порушеннями, а також може бути наслідком сильного емоційного стресу та різних психічних і психіатричних відхилень. У разі появи сплутаної свідомості, перш за все, необхідно проаналізувати причини виникнення подібного стану в пацієнта. Причин гострої сплутаної свідомості на термінальній стадії онкологічного захворювання досить багато. При цьому дві головні причини (гострий і хронічний мозковий синдром) зазвичай виявляються в комбінації з другорядними.

Серед поширених *причин виникнення сплутаної свідомості*: хвороба Альцгеймера, церебральний атеросклероз, неоплазма, біохімічні зміни, недостатнє функціонування якого-небудь органа, СНІД, множинний склероз, застосування певних лікарських препаратів, зміна навколишнього середовища, депресія, стомлення, біль, закрепи, затримка сечовипускання, інфікування, дегідратація, авітаміноз, вживання алкоголю або психотропних препаратів, куріння. Необхідно також уважно проаналізувати історію хвороби пацієнта, отримати якомога більше інформації від родичів хворого. Слід встановити, чи є в пацієнта які-небудь пошкодження органів чуття, такі як глухота, втрата зору, чи були у минулому тривалі періоди, коли пацієнт перебував у непритомному стані, яким був розумовий стан хворого до появи симптому сплутаної свідомості, чи відбувалися які-небудь зміни в схемі приймання медичних препаратів.

Необхідно також з'ясувати рівень знання пацієнта про свій діагноз, чи є в нього судинні або інфекційні захворювання, стан **кишок** і сечового міхура. При догляді за онкологічним хворим зі сплутаною свідомістю особливу увагу слід звернути на його оточення. Кімната такого пацієнта має бути тихою й добре освітленою, з неї необхідно прибрати всі предмети, які можуть порушити його спокій. Слід скоротити кількість персоналу, що доглядає такого пацієнта, до мінімуму, щоб допомогти йому швидше освоїтися та звикнути до людей, які оточують його. Потрібно також попросити когось із членів сім'ї хворого залишитися і допомогти доглядати його (це особливо важливо в першу ніч після шпиталізації).

До хворого з порушеним процесом мислення необхідно виявляти таку саму увагу, що й до решти пацієнтів — він заслуговує на це не менше за інших. Слід також враховувати, що виникнення сплутаної свідомості в пацієнта з тяжким онкологічним захворюванням може завдати глибокої психологічної травми членам його сім'ї. Вона вже змирилися з думкою, що близька їм людина вмирає, тому їм буває нестерпно бачити, як вона перестає бути тією особистістю, яку вони знали і любили. У такому разі рідним також необхідні увага й підтримка.

У діях медсестри, що доглядає пацієнта зі сплутаною свідомістю, мають бути впевненість і доброта. Їй необхідно використовувати всі свої знання, увесь свій досвід, щоб знайти правильну тактику спілкування з пацієнтом. Ті пацієнти, які раніше займали позицію лідера в суспільстві, часто краще сприймають інформацію і легше йдуть на контакт, ніж ті, хто має нерішучий характер.

Медсестрі слід орієнтувати пацієнта в часі й просторі, ділитися з ним останніми новинами, розмовляти, періодично нагадуючи йому своє ім'я, постійно пояснювати та коментувати свої дії. Краще було б, аби в кімнаті пацієнта були свіжі газети, годинник і календар. Медсестрі слід якомога більше спілкуватися з родичами хворого, щоб краще дізнатися і зрозуміти його. Дуже важливо вести щоденні записи спостережень та оцінок стану пацієнта, які повинні максимально повно й детально відображати все, що відбувалося з ним протягом дня. Слід постійно тримати під контролем чинники, здатні погіршити ситуацію. Якщо організм хворого зневоднений, йому потрібно постійно пити; слід вилучити ліки, які негативно впливають на організм пацієнта, необхідно боротися з інфекцією, **якщо** вона є.

При термінальному збудженні/активізації (стан, який інколи передуює смерті — за декілька днів або годин до неї), коли пацієнт проявляє нехарактерне для нього занепокоєння, яке він не може контролювати, оскільки непритомний, введення седативного засобу часто буває єдиною можливою допомогою.

### Седация в кінці життя

У минулому седацию хворих у термінальному стані зазвичай називали термінальною седациєю. Проте від цієї фрази відмовилися через помилкове сприйняття мети седации як прискорення смерті. **Етичні міркування, пов'язані із седациєю в кінці життя** Основний принцип — зробити все можливе, щоб насамперед пацієнт не страждав від тяжкого больового синдрому, а також щоб він не переживав почуття страху, яке виникає і посилюється в міру наростання різних симптомів (наприклад, задиха при метастазах у легені і т. д.).

Показаннями до призначення седации є наявність рефрактерних симптомів, незважаючи на всі вжиті заходи.

*Підготовка до седации в кінці життя*

Седация в кінці життя — це єдиний ефективний спосіб забезпечення комфорту у цій ситуації. При такій седации стан хворого непритомний.

Якщо було обрано седацию в кінці життя, то всі члени команди повинні розуміти принципи й виконувати встановлені рекомендації.

Почата після консиліуму фахівців седация зазвичай продовжується до настання смерті. Інколи родичі можуть попросити відмінити седацию, щоб вони могли поспілкуватися з пацієнтом. Відміна або зниження дози препаратів для седации приведе до повернення тяжких симптомів.

*Медикаментозні принципи забезпечення седации в кінці життя*

Якщо в анамнезі немає побічних ефектів при прийманні препаратів для седации, то вибір седативного засобу може ґрунтуватися на доступності, седативних властивостях, тривалості дії та їх вартості.

Лікування наркотичними анальгетиками продовжується в колишній дозі. Проте застосування наркотичних анальгетиків, седативних засобів може бути малоефективним: подальше підвищення дози наркотичних анальгетиків з метою седации буде недоцільним.

Меперидин (фетегої) не можна використовувати для седации в кінці життя або для полегшення хронічного болю через потенційну нейротоксичність його метаболіту нормеперидину.

Потрібно регулярно оцінювати ефект седации, спостерігаючи за гострими симптомами й побічними ефектами.

## АСПЕКТИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ З ВІРУСОМ ІМУНОДЕФІЦИТУ

Надання паліативної допомоги пацієнтам з невиліковними захворюваннями та обмеженою тривалістю життя незалежно від діагнозу (онкологічне захворювання або ВІЛ/СНІД) включає комплексну всеосяжну турботу про пацієнта і його близьких, яка охоплює такі аспекти: медичний, соціальний, духовний і психологічний. Усі чотири аспекти паліативної допомоги взаємопов'язані, нероздільні, ґрунтуються на принципах паліативної допомоги й здійснюються міждисциплінарною командою.

### *Етіологія і патогенез*

**СНІД, або синдром набутого імунodefіциту** (синонім — ВІЛ-інфекція) — антропоозна повільно прогресуюча інфекційна хвороба, що виникає в результаті зараження вірусом імунodefіциту людини (ВІЛ), характеризується глибоким ураженням імунітету, унаслідок чого організм стає сприйнятливим до опортуністичних інфекцій і пухлин, що зрештою призводить до загибелі хворого.

Вірус імунodefіциту людини належить до родини ретро-віру-сів. Це РНК-вмісний вірус, генетично неоднорідний, має високий ступінь мінливості. Віріон ВІЛ — це сферична частинка, що складається із серцевини й оболонки. Геном ВІЛ містить унікальний фермент — зворотну транскриптазу, за допомогою якої відбувається зчитування генетичної інформації з ДНК. Вірус має тропізм до Т-лімфоцитів-хелперів. ВІЛ нестійкий у зовнішньому середовищі. Він інактивується за температури 56 °С протягом 30 хв, за температури 70—80 °С гине через 10 хв, під час кип'ятіння — через 1 хв. Вірус через 20 хв гине під впливом 70 % етилового спирту, 0,5 % натрію гіпохлориту швидко інактивується під час обробки звичайними дезінфекційними засобами. Стійкий до висушування й виморожування за температури -70 °С, відносно стійкий до іонізуючої радіації, ультрафіолетового опромінення.

### ***Проблеми СНІДу та шляхи передачі ВІЛ-інфекції***

Джерелом інфекції є ВІЛ-інфікована людина або хворий на СНІД.

Є три шляхи передачі ВІЛ-інфекції.

**Парентеральний.** Віруси імунodefіциту людини потрапляють у кров здорової людини при переливанні крові чи її препаратів, отриманих від крові донорів, інфікованих ВІЛ, а також через шприц чи інші інвазивні вірусом інструменти. Вони швидко проникають у клітини крові — лімфоцити, що допомагає їм уникнути дії антивірусних чинників імунної системи (антитіл, інтерферонів тощо).

Усередині уражених лімфоцитів відбувається інтенсивне розмноження ВІЛ, після чого оболонка клітини руйнується, лімфоцит гине, а віруси виходять у плазму, проникають в інші лімфоцити крові, поступово ослаблюючи імунну систему інфікованої людини, і роблять її беззахисною перед іншими мікроорганізмами. Розвивається хвороба — СНІД, яка проявляється хронічними інфекційними захворюваннями, що не піддаються лікуванню; довготривалою діареєю (проносом); збільшенням лімфатичних вузлів, які найкраще пальпуються на шиї та в пахвинній ділянці; довготривалим підвищенням температури (без помітних причин чи ознак якогось захворювання); безпричинною втратою маси тіла; швидкою втомлюваністю; підвищеною пітливістю вночі, висипаннями на шкірі, що не піддаються лікуванню, тощо.

Ураження ВІЛ виникає також за будь-яких інших умов, коли збудник потрапляє у кров.

Інфікована кров потрапляє на пошкоджену шкіру або слизові оболонки при користуванні забрудненими нею медичними інструментами, голками для татуювання та пірсингу, предметами особистої гігієни, що належать інфікованій людині, а саме: зубною щіткою, бритвою тощо.

Серед іншого, декілька років тому були випадки зараження ВІЛ при переливанні крові або трансплантації органів від інфікованих донорів. На сьогодні таке майже неможливо, оскільки всі донори проходять тестування на наявність ВІЛ, гепатитів і сифілісу.

Особлива група ризику — хворі на наркоманію, реципієнти крові або донорських органів, особи, які використовують нестерилізовані інструменти, голки, шприци, предмети особистої гігієни, що належать інфікованій людині.

Використання обладнання для приготування наркотичних засобів також підвищує ризик захворювання на СНІД. Заражена кров потрапляє у розчини наркотичних засобів шляхом:

- використання забруднених кров'ю шприців для приготування засобів;
- промивання декількох шприців в одній місткості з водою;
- повторного використання чашок, ложок та іншого посуду для розчинення наркотичних засобів у воді та підігрівання цих розчинів;
- повторного використання ватних тампонів чи сигаретних фільтрів для фільтрації розчинів.

**Статевий.** Крім парентерального способу, високий рівень зараження через сперму й піхвові виділення при статевих зносинах (коїтусі) чи гомосексуальному статевому контакті без застосування презервативів. Віруси, що містяться у спермі ВІЛ-інфікованого чоловіка або в піхвовій рідині ВІЛ-інфікованої жінки, через мі-кротріщини та пошкодження слизової оболонки

статевих органів, відхідника або прямої кишки потрапляють у кров здорової людини і проникають у лімфоцити.

Особливі групи ризику: гомосексуалісти, бісексуали, гетеро-сексуали, повії, які мають безладні статеві стосунки без використання презервативів. Ризик зараження без використання презервативів при гомосексуальному статевому акті — **100 %**, при гетеросексуальному — **20 %**.

Вертикальний (трансплацентарний). Можливе також зараження ВІЛ плоду в утробі матері через плаценту, коли вагітна ВІЛ-інфікована чи хвора на **СНІД**, а також немовляти через грудне молоко ВІЛ-інфікованої чи хворої на СНІД матері.

Особлива група ризику — новонароджені діти. Ризик зараження через плаценту — **50 %**.

ВІЛ-інфекція не передається:

- через рукоштовпання й обійми;
- через укуси комах;
- при контактах на роботі;
- при дотиках;
- при користуванні туалетом;
- через повітря, воду чи їжу;
- через телефонну трубку;
- при поцілунках;

Аспекти паліативної допомоги хворим з вірусом імунодефіциту

- через предмети широкого вжитку;
- при спільному користуванні посудом.

ВІЛ-інфекція і пов'язані з нею хвороби

#### *Імунна система*

Імунна система слугує для захисту організму від інфікування мікроорганізмами, які можуть проникати через шкіру або слизові оболонки та спричинювати хвороби. Імунна система виробляє антитіла для нейтралізації мікроорганізмів і активує особливі клітини крові, які вбивають ці мікроорганізми й видаляють їх з організму людини.

Якщо імунна система не функціонує належним чином, у людини розвивається імунодефіцитний стан. ВІЛ інфікує особливі клітини імунної системи — лімфоцити (Т<sub>4</sub>-клітини-хелпери) і моноцити, і зрештою руйнує їх. Це повільно призводить до розвитку стійкого, прогресуючого й глибокого порушення імунної системи, роблячи людину сприйнятливою до інфекцій і таких хвороб, як рак.

Існують також інші причини тимчасового або постійного імунодефіциту. До них зараховують;

- вроджені дефекти імунної системи — первинне порушення імунної функції;
- вторинне порушення імунної функції, зумовлене лікарськими засобами (наприклад, імуносупресорами або протираковими препаратами), онкологічним захворюванням, недостатнім харчуванням, опроміненням (випадковим або лікувальним), а також іншими інфекціями, особливо спричиненими іншими вірусами.

#### *Нервова система*

ВІЛ-інфекція пригнічує як центральну, так і периферійну нервову систему на початковій стадії інфекції, призводячи до низки неврологічних і психоневрологічних порушень. Порушення функції імунної системи також робить нервову систему сприйнятливою до опортуністичних (умовно-патогенних) інфекцій і захворювання на рак. Хвороби, що зумовлюються опортуністичними інфекціями, не становлять проблем, коли організм здатний боротися з цими

Інфекціями за допомогою імунної системи, але в умовах імунодефіциту вони можуть стати серйозною проблемою.

Таким чином, хвороби, спричинені опортуністичними інфекціями, розвиваються тільки в людей з пригніченою імунною системою.

Є безліч мікроорганізмів, які, перебуваючи в організмі людини, не зумовлюють хвороб. При пригніченій імунній системі вони можуть становити серйозні проблеми. Прикладом може служити їрибок *Candida*, що виявляється в ротовій порожнині більшості людей. Пригнічена імунна система не здатна пригнічувати його зростання. *Pneumocystis carinii*, що виявляється в легенях, не спричинюючи ніякої хвороби, у людей з імунодефіцитом призводить до розвитку пневмонії. Мікробактерія туберкульозу (*Mycobacterium tuberculosis*), зазвичай **наявна в легенях**, може активуватися при пригніченні імунної системи, зумовлюючи легенеий туберкульоз — поширену опортуністичну інфекцію в людей з ВІЛ-інфекцією. Іншим прикладом в африканських країнах

служує *Cryptococcus neoformans* (також ВІДОМИЙ як *Filobasidiella neoformans*), що під час імунodefіциту призводить до менінгіту.

### **ВІЛ-інфекція**

ВІЛ-інфекція має декілька стадій розвитку. Вона починається з інфікування людини вірусом. ВІЛ-інфекція спричинює прогресуюче ураження як імунної, так і нервової систем. З часом вона починає проявлятися у вигляді симптомів, що дає змогу класифікувати ранню, проміжну й пізню стадії ВІЛ-інфекції. Після інфікування людина стає носієм інфекції, тобто може передавати вірус іншим людям впродовж усього життя. *Гостра сероконверсія*

Протягом 3—8 тиж. після інфікування в деяких хворих розвивається гостре захворювання, яке триває від 2 до 3 тиж. з такими симптомами, як лихоманка, висипання, суглобовий і м'язовий біль, набряк лімфатичних залоз, діарея і біль у горлі. Симптоми можуть бути слабо вираженими й надалі повністю зникають. Цей стан називається гострою сероконверсією. У цей період вірус продовжує розмножуватися в організмі й імунна система людини відповідає на це виробленням антитіл до вірусу. Через 6—12 тиж. після інфікування в крові вже можна визначити антитіла до ВІЛ.

На відміну від антитіл до більшості інших мікроорганізмів, ці антитіла не здатні ефективно руйнувати вірус.

#### **Асимптоматична інфекція**

У людини можуть бути відсутні симптоми і зовні вона може мати здоровий вигляд упродовж багатьох років, не зважаючи на наявність ВІЛ-інфекції в організмі. Протягом цього безсимптомного періоду людина залишається контагіозною. У міру розмноження вірусу розвивається прогресуюче ураження імунної та нервової систем. Аналіз крові людини на цій стадії дає змогу визначити антитіла до **ВІЛ**. У деяких людей спостерігається збільшення лімфовузлів (хронічно рецидивна генералізована лімфаденопатія) у безсимптомній стадії ВІЛ-інфекції.

#### *Ранні симптоми хвороби*

У багатьох людей розвивається багато симптомів, спричинених ВІЛ-інфекцією. Це відбувається без розвитку опортуністичних інфекцій або вторинних злоякісних пухлин, пов'язаних зі **СНІДом**. Ці системні симптоми й ознаки називають СНІД-асоційованим комплексом. До них належать кандидозні стоматити, діарея, втрата маси тіла, слабка переміжна лихоманка, нічна пітливість, різні шкірні висипання та загальна слабкість. Можуть спостерігатися різні грибові або вірусні захворювання (див. табл. 6, 7). У цій стадії розвитку ВІЛ-інфекції люди почуваються хронічно хворими.

#### *Пізні симптоми хвороби*

Характерною для СНІДу з умовно-патогенних хвороб є пневмонія. Однією з найпоширеніших хвороб, зумовлених опортуністичними інфекціями при інфікуванні ВІЛ, особливо в країнах, що розвиваються, є туберкульоз. Опортуністична інфекція не спричинюється ВІЛ, але часто супроводжує СНІД (туберкульоз). Можуть також розвиватися злоякісні пухлини, зумовлені опортуністичними інфекціями, такі як саркома Капоші та недиференційована В-клітинна лімфома. **Крім** того, відзначаються значна втрата маси тіла, а також неврологічні й психоневрологічні синдроми. Цю кінцеву стадію ВІЛ-інфекції називають СНІДом. У хворих у цій стадії розвивається термінальний стан, і вони помирають.

#### *Запобігання поширенню ВІЛ-інфекції в лікувальних закладах*

ВІЛ-інфекція може передаватися в умовах лікувального закладу від пацієнта до пацієнта, від пацієнта до медичного працівника або дуже рідко від медичного працівника до пацієнта. У будь-якому із цих випадків ризик залежить від співвідношення інфікованих осіб серед населення, поширеності випадків використання заражених медичних інструментів, характеру таких випадків, відносної інвазійної здатності вірусу та від концентрації вірусу в крові.

Оскільки виявити всіх осіб, інфікованих **ВІЛ**, неможливо, стратегія запобігання передачі ВІЛ-інфекції в умовах закладів охорони здоров'я спрямована на обстеження та виявлення таких осіб. Особливу увагу приділяють інфікованим особам, наданню їм підтримки, проведенню лікування й догляду.

*Найпоширенішим шляхом передачі ВІЛ-інфекції в умовах лікувальних закладів є кров та біологічні рідини.*

#### *Ризик для медичного персоналу:*

- пошкодження голкою чи будь-яким гострим предметом, забрудненим кров'ю чи іншою біологічною рідиною людини, інфікованої **ВІЛ**;
- контакту відкритої рани з кров'ю чи іншою біологічною рідиною людини, інфікованої **ВІЛ**;

- потрапляння інфікованої крові чи біологічної рідини на слизові оболонки або в очі.

*Ризик для пацієнтів:*

- забруднені інструменти (голки, шприци, скальпелі та інший інструментарій для інвазивних процедур), які використовуються повторно без адекватного дезінфікування чи стерилізації;
- переливання крові, інфікованої ВІЛ;
- трансплантати шкіри, інших органів чи донорська сперма від інфікованого донора;
- контакт з кров'ю чи іншими біологічними рідинами медичного працівника, інфікованого ВІЛ.

*Запобіжні заходи для медичної сестри стосовно ВІЛ-інфекції (табл. 6)*

*Таблиця 6* Симптоми СНІДу та відповідні дії медсестри

Симптоми	Дії медсестри щодо догляду
Слабоумство чи інші неврологічні розлади	Подбайте про безпечне навколишнє середовище. Використовуйте в розмові прості висловлювання й короткі фрази. Використовуйте такі засоби для підтримання пам'яті, як годинник і календар, делікатно вказуйте на час і дату
Діарея(пронос)	Забезпечте навколишнє середовище, яке б сприяло розслабленню. Зберігайте спокій. Переконайте пацієнта пити прозорі соки, бульйони, воду. Після дефекації щоразу ретельно доглядайте за <b>шкірою</b> . Користуйтеся судном. Допоможіть пацієнту відчувати менше незручностей, пояснивши, що його нездатність контролювати пронос вам відома і що ви розумієте, як це може бути важко
<b>Набряки</b>	Якщо в пацієнта набряки на ногах, порадьте йому не сидіти з опущеними ногами. Те саме стосується і набряклих рук. Якщо в хворого набрякле обличчя, прикладайте холодні компреси і підніміть узголів'я ліжка. Акуратно протирайте шкіру лікувально-профілактичним лосьйоном, щоб запобігти утворенню тріщин
<b>Гарячка</b>	Переконайте пацієнта приймати достатню кількість рідини. Часто змінюйте постільну білизну. Часто обтирайте пацієнта вологою губкою
Кандидозний стоматит	Пропонуйте пацієнту м'яку їжу, яка може бути прийнятнішою для людини з кандидозним стоматитом, ніж звичайна дієта
Симптоми	Дії медсестри щодо догляду
Затруднене дихання (задишка)	Залишайтеся з пацієнтом під час нападу задишки. Намагайтеся зберігати спокій і підбадьорювати пацієнта. Переведіть пацієнта в положення сидячи, якщо це полегшує його стан. Переконайте його уникати місць, де дозволено палити
Виразки на шкірі чи слизових оболонках	Щоразу після дефекації вимийте навколівідхідникову ділянку пацієнта теплою водою й просушіть м'яким рушником. Не користуйтеся туалетним папером
Блювання та нудота	Часто доглядайте за порожниною рота пацієнта. Намагайтеся усувати неприємні запахи в кімнаті та допомагайте людині розслабитися

*Запобігання пошкодженням, спричиненим голками та іншими інструментами:*

- ніколи не згинайте, не ламайте і не маніпулюйте використаними разовими голками, а негайно їх викидайте разом зі шприцом у пластмасовий чи металевий контейнер для дезінфекції;
- одразу ж викидайте використані разові інструменти;
- одягайте товсті рукавички при ретельному очищенні голок та інших ріжучих і колючих інструментів перед дезінфекцією чи стерилізацією;
- уникайте непотрібних маніпуляцій із забрудненими інструментами; запобігайте контакту з відкритими ранами й слизовими оболонками хворих;
- закривайте власні пошкоджені ділянки шкіри та відкриті рани водонепроникними пов'язками;
- мийте руки водою з милом негайно після будь-якого контакту з кров'ю або іншою біологічною рідиною;
- проби крові та інших біологічних рідин повинні міститися у контейнерах з герметично закритими кришками для запобігання їх проливанню під час транспортування; не допускайте забруднення зовнішньої частини контейнера;
- одягайте відповідні рукавички при можливому контакті кров'ю чи біологічними рідинами та при роботі з пробними пробками крові; I
- білизна, забруднена кров'ю та іншими біологічними рідинами, повинна транспортуватися в добре закритих пакетах і складатися забрудненою частиною до середини; її слід прати в гарячій воді з мийними засобами;
- під час допомоги при пологах сестра й акушерка можуть мати контакт з великою кількістю крові. У ході планування надання допомоги при пологах у стаціонарі або вдома слід передбачити використання захисних рукавичок, фартуха, мила й води;
- метод проведення новонародженому штучного дихання «із рота до рота» слід замінити використанням механічних або електричних засобів;
- набирання проб у піпетку ротом слід замінити механічними засобами у всіх лабораторіях, які працюють з кров'ю або іншими біологічними рідинами.

*Запобігання передачі ВІЛ-інфекції при переливанні ВІЛ-інфікованої крові або препаратів крові:*

- будь-яка кров, що переливається, повинна перевірятися на наявність маркерів ВІЛ-інфекції. Якщо тестування провести неможливо, переливання крові слід робити тільки тоді, коли є загроза для життя, та це абсолютно необхідно;
- за можливістю замінюйте кров при переливанні іншими внутрішньовенними замінниками;
- якщо пацієнт хворіє на анемію, бажано знайти й усунути її причину (анкілостомоз, малярія або недостатнє харчування), а не застосовувати переливання крові.

*Запобігання передачі ВІЛ-інфекції через пошкоджений ВІЛ трансплантат органа чи тканини або донорську сперму:*

- перевірте всіх донорів на наявність антитіл до ВІЛ-інфекції.

*У разі потрапляння крові або іншої біологічної рідини на поверхню:*

- приберіть кров чи іншу біологічну рідину за допомогою паперового рушника. Стежте за тим, щоб кров не потрапляла на руки й за можливості одягайте захисні рукавички. Можна використовувати рушники, але після забруднення їх слід обробляти так само, як брудну білизну;
- промийте поверхню гарячою водою з милом;
- знешкодьте поверхню дезінфекційними засобами середньої або низької активності, наприклад, натрію гіпохлоридом.

*Знищення відходів:*

- рідини, наприклад кров, можна змивати в каналізаційну систему, яка відповідає санітарним нормам, або у вигрібну яму;
- твердівідходи, як, наприклад, просякнуті кров'ю пов'язки, санітарні прокладки та серветки, плаценту чи проби біопсії тканин, необхідно спалювати або закопувати.

ГУВ/ Не викидайте ці матеріали на відкриті звалища, куди є відкритий доступ, й уникайте накопчування матеріалів там, де є небезпека їхнього відкопування або забруднення водних джерел.

**Профілактика при пораненнях, контактах з кров'ю, біологічними рідинами та біо матеріалами ВІЛ-інфікованого чи хворого на СНІД пацієнта**

Будь-яке ушкодження шкіри, слизових оболонок медперсоналу, забруднення їх біоматеріалом пацієнтів під час надання їм медичної допомоги повинно кваліфікуватись як можливий контакт з матеріалом, який містить ВІЛ.

Якщо контакт з кров'ю, іншими біологічними рідинами чи біоматеріалами супроводжувався порушенням цілості шкіри (уколом, порізом), потерпілий повинен:

- зняти рукавички робочою поверхнею всередину;
- выдавити кров із рани;
- обробити ушкоджене місце одним із дезінфектантів (70 % розчином етилового спирту, 5 % настоянкою йоду при порізах, 3 % розчином водню перекису);
- ретельно вимити руки з милом під проточною водою, а потім протерти їх 70 % розчином етилового спирту;
- на рану накласти пластир, одягнути напальник;
- за потреби продовження роботи одягти гумові рукавички;
- терміново повідомити керівництво закладу про аварію для її реєстрації та проведення екстреної профілактики ВІЛ-інфекції.

У разі забруднення кров'ю або іншими біологічними рідинами, біоматеріалами без ушкодження шкіри:

- обробити місце забруднення одним із дезінфектантів (70 % розчином етилового спирту, 3 % розчином водню перекису, 3 % розчином хлораміну);
- промити водою з милом і вдруге обробити спиртом. У разі потрапляння крові, біологічних рідин, біоматеріалу на

**слизові оболонки:**

- *ротової порожнини* — прополоскати 70 % розчином етилового спирту;
- *порожнини носа* — закапати 30 % розчин альбуциду;
- *очі* — промити водою (чистими руками), закапати 30 % розчином альбуциду.

Для обробки носа та очей можна використовувати 0,05 % розчин калію перманганату.

**Запобігання передачі ВІЛ-інфекції через забруднені інструменти:**

- усі інструменти, які використовуються повторно, слід чистити й дезінфікувати або стерилізувати перед використанням;
- разові інструменти слід використовувати тільки один раз і потім знищити відповідним чином — спалити або закопати;
- бажано замінити ін'єкції на пероральне приймання лікарських засобів. Якщо пацієнти надають перевагу ін'єкціям, поясніть їм, чому рекомендується пероральне застосування ліків;
- проінструкуйте пацієнтів уникати ін'єкцій та інвазивних процедур, які виконуються без стерилізації інструментів.

Завдання медичної сестри та родичів при наданні паліативної допомоги вдома

Необхідно визначити:

- 1) чи справді це термінальний стан;
- 2) чи справді показана тільки паліативна допомога й догляд;
- 3) що саме хоче пацієнт;
- 4) уявлення про хворобу в родичів та їхні можливості.

Має бути ясно сформульована загальна мета, досягнуто принципового взаєморозуміння усіх учасників. *Усі повинні бути налаштовані на те, що тепер мова йде тільки про створення умов для гідної смерті.*

Тільки після ґрунтовної перевірки обставин, переконавшись, що вдома умови несприятливі, слід шпиталізувати хворого з метою догляду.

*Коли можна залишити вмираючого вдома?*

Коли пацієнт бажає померти вдома, його стан дає змогу здійснювати догляд вдома і для цього є необхідні умови — фінансові, тимчасові — й особи, які можуть здійснювати цей догляд.

Якщо пацієнт залишається вдома, лікар і медична сестра мають бути впевнені, що члени сім'ї, які надаватимуть допомогу, володіють необхідними навичками з догляду. За відсутності таких необхідно їх навчити, інакше гарантій якісного догляду немає. У рекомендаціях Комітету Міністрів державам — учасникам Ради Європи вказано: «Слід сприяти наданню допомоги вдома не лише професіоналами, а і непрофесіоналами — членами сім'ї та сусідами, особливо особам похилого віку, хронічно хворим і безпорадним людям».

Переваги й недоліки смерті вдома

**Переваги**

1. Це природніше.
2. Вмираючий пацієнт може краще розпорядитися своїм життям.
3. Зберігається гідність і повага до хворого.

4. Вмираючий пацієнт відчуває себе безпечніше.
5. Людина, що доглядає хворого, відчуває свою необхідність.
6. Домашня їжа, як правило, більше відповідає потребам хворого.
7. Хворий може жити нормально й повноцінно.
8. Має більше свободи та контролю, вмираючий швидше може сказати, чого справді хоче.
9. Удома є і час, і місце для того, щоб виразити свій біль, гнів і страждання, свої образи, тому тут легше змиряються з думкою про власну смерть або смерть близьких. У довірчій і спокійній обстановці хворий і доглядальник мають час для внутрішньої підготовки до смерті (спільний сумний досвід).

#### **Недоліки**

1. Якщо вмираючий хворий справді не хоче цього.
  2. Якщо у близьких не вистачає часу, щоб піклуватися про вмираючого.
- Аспекти паліативної допомоги хворим з вірусом імунодефіциту
3. Якщо хворий хоче отримувати парентеральне харчування а патронажної процедурної сестри, яка б у цьому допомогала, немає.
  4. Якщо вдома немає нікого, хто б міг піклуватися про вмираючого.
  5. Якщо доглядальники не матимуть підміни і будуть сильно фізично та духовно стомлюватися без можливості відпочити.
  6. Якщо в сім'ї є маленькі діти, за якими теж потрібний догляд.
- Мета загального догляду — створення максимально комфортних умов для пацієнта. Медична сестра складає план догляду, у якому враховуються звички й побажання хворого. Хороший догляд у паліативній допомозі є важливим психологічним чинником, що впливає на настрій хворого, бажання жити, полегшує спілкування та взаєморозуміння.

*Основною метою постійного догляду є:*

- полегшення страждань хворого від болю та інших симптомів;
- психологічна допомога хворому; створення системи підтримки хворого, що допомагає йому жити наскільки можливо діяльно;
- психологічна допомога членам сім'ї хворого під час хвороби й після важкої втрати.

Ці постулати було розроблено активістами сучасного добродійного руху, рекомендовано ВООЗ для широкого проведення програм постійного догляду за онкологічними хворими. Для **ВІЛ**-хворого програма постійного догляду включає ефективний контроль болю, що досягається підбиранням адекватної дози ненарко-тичних і наркотичних анальгетиків, які не лише усувають біль, а й зводять до мінімуму їхню побічну дію і не посилюють інші симптоми хвороби. Програма постійного догляду направлена на запобігання соціальної ізоляції онкологічного хворого. У завдання медичної сестри також входить навчання хворого та його сім'ї правилам лікувального харчування, яке необхідне для зменшення низки симптомів (нудота, блювання, зниження апетиту, закрепи та ін.). Харчування пацієнта в пізніх стадіях ВІЛ пов'язане з низкою труднощів і особливостей. Часто зменшується потреба в їжі та воді. У деяких випадках з'являються погана переносимість їжі і відсутність апетиту (анорексія). Через постійні нудоту й блювання хворий може відмовлятися від їжі та води. Якщо виникає проблема вибору між водою і їжею, та перевага віддається збереженню вживання рідин. Медична сестра, проводячи харчування таких хворих, повинна керуватися принципами:

- не примушувати хворих їсти, а якщо пацієнт нічого не з'їв, то просто прибрати тарілку без коментарів;
- їжу подавати малими порціями, годувати тільки тоді, коли пацієнт відчуває голод. Час, коли пацієнт їсть з найбільшим задоволенням (найчастіше, це сніданок), зробити головною трапезою дня;
- намагатися частіше пропонувати хворому улюблені страви;
- перед їдою провітрювати приміщення, пропонувати пацієнтові вмиватися, переодягнутися, якщо зможе, то сісти за стіл.

#### **Захисна ізоляція. Паліативна допомога та догляд у термінальній стадії**

Захисна ізоляція забезпечує безпечне оточення для пацієнтів/ клієнтів, які сприйнятливі до інфекції, і може бути належною формою догляду за багатьма пацієнтами, наприклад, за людьми, що страждають на імунодефіцит. Метою захисної ізоляції є профілактика й лікування інфекції до тих пір, доки не буде усунена

імунодепресія.

Імуносупресію може спричинювати багато чинників, *a same*:

- первинна хвороба, як, наприклад, лейкемія, лімфома, СНІД, важке комбіноване імунодефіцитне захворювання;
- вторинна хвороба, така як діабет, яка може ускладнювати первинне захворювання;
- лікарські засоби, зокрема цитотоксичні препарати й кортикостероїди;
- антимікробна терапія, що викликає зміни в природній мікробній флорі людини;
- променева терапія: ступінь імуносупресії залежить від того, яка частина тіла була піддана лікуванню;
- травми і опіки;
- вік.

Для ухвалення рішення про рівень захисту слід оцінити важкість і очікувану тривалість імуносупресії. Зазвичай дотримують таких принципів:

- що тяжче стан імуносупресії, тим вищою є потреба в захисті;
- що небезпечнішим є навколишнє середовище, тим більшою мірою слід обмежувати плановану сестринську допомогу.

Ризик інфекції збільшується при порушенні природних захисних механізмів людського організму, що відбуваються в результаті багатьох клінічних процедур. Такі процедури вимагають сестринської допомоги за найвищими стандартами, щоб знизити ризик інфекції, наскільки це можливо. Прикладами цього можуть слугувати:

- шкіра: наприклад, постійні катетери, часта венепункція, пролежні;
- слизова оболонка: виразки порожнини рота;
- порожнини тіла: сечові катетери, інтубаційна трубка.

У деяких пацієнтів/клієнтів ризик інфекції підвищується за рахунок поєднання імуносупресивних чинників. Наприклад, у хворого з лейкемією кісткового мозку, що зазнає трансплантації, може розвинути реакція «трансплантат проти господаря», що вимагає лікування підвищеними дозами імуносупресорів.

Захисна ізоляція може забезпечуватися за таких умов:

- спеціально організовані відділення, якщо вони є;
- окремі палати в загальному відділенні;
- загальні палати з контрольованими навколишніми умовами.

Ізольований сестринський догляд. Принципи

Ізольований сестринський догляд, або ізоляція джерела, означає застосування практичних методів знищення патогенних організмів і недопущення їхнього поширення. Це може вимагати створення механічних бар'єрів для обмеження поширення патогенних організмів за межами певної ділянки. Переважно запобіжні засоби проти перенесення інформації вимагають більше зусиль, більше часу і витрат, ніж аналогічні процедури в звичайних обставинах.

Типи ізольованого сестринського догляду

1. *Захисна ізоляція*, або зворотний ізольований сестринський догляд, ізоляція джерела для запобігання передачі патогенних мікроорганізмів від інфікованої особи іншим людям. На вирішення питання про ізолювання пацієнта/клієнта впливає наявність можливостей, а також фізичний стан території, на якій здійснюватиметься ізоляція.

2. *Стан інших пацієнтів і передбачувана тривалість ізоляції*. При ретельному дотриманні заходів безпеки можна використовувати зону відділення, розташовану на відстані від особливо уразливих пацієнтів.

Інколи, якщо вже сталося інфікування, спеціально виділений для цієї мети персоналом може здійснювати догляд за групою пацієнтів, що перебувають разом у невеликій палаті, замість ізоляції в інших відділеннях. Це називається груповою ізоляцією. Не-інфіковані пацієнти не повинні допускатися в цю зону, поки не будуть виписані всі інфіковані хворі й не буде проведено дезінфекцію.

Загальні принципи ізольованого сестринського догляду

Найважливішою для успіху ізольованого сестринського догляду є обробка рук і одягу. Для того, щоб такий догляд був ефективним, слід дотримувати декілька загальних принципів. Потрібно зробити все можливе для того, щоб інструкції були простими для виконання. Необхідно проводити регулярний аналіз і оцінку ситуації для того, щоб встановити, чи продовжує ізольований сестринський догляд бути найбільш оптимальною формою допомоги.

*Рекомендації стосовно обробки рук.* Руки слід мити після прямого контакту з пацієнтом або із забрудненими матеріалами, такими як іграшки, постільна білизна тощо, а також перед контактом із пацієнтами. Їх слід ретельно висушувати, бажано за допомогою разових паперових рушників високої якості. *Рекомендації щодо захисного одягу* Інші запобіжні заходи:

- прибирання;
- особиста гігієна пацієнта;
- обережне поводження із забрудненими предметами та в\* ходами;
- постільна білизна;
- кухонне начиння й посуд;
- сеча, кал і блювотні маси. *Комунікація.* Ефективна комунікація відіграє важливу роль у швидком

налагодженні ізольованого сестринського догляду й доведення до відома всіх уражених осіб тих заходів безпеки, яких слід дотримувати.

Чинні накази, інструкції МОЗ України:

- 1) інструкція з організації роботи лабораторій діагностик ВІЛ-інфекції, 1994 р.;
- 2) ГОСТ 42-21-2-85 «Стерилізація та дезінфекція виробів медичного призначення»;
- 3) «Про збір, знезараження та здачу використаних медичних виробів одноразового застосування із пластичних мас»;
- 4) «Про вдосконалення організації медичної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію/СНІД» — наказ МОЗ України від 25.05.2000 р. № 120;
- 5) «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах» — наказ МОЗ України від 10.05.2007 р. №234.

### Медичний аспект

Медичний аспект паліативної допомоги хворим на СНІД мис низку особливостей. Крім стандартних складових медичного аспекту паліативної допомоги (адекватний догляд, контроль хронічних симптомів, реабілітація — відновлення та підтримка максимальної фізичної форми) особливу увагу приділяють також профілактиці, ранній діагностиці й лікуванню опортуністичних інфекцій (інфекції, що призводять до виникнення тяжких захвО" рювань під час зниженого імунітету) (табл. 7). Потрібно бути готовим не лише контролювати хронічні симптоми, а й адекватно лікувати гострі захворювання, зумовлені опортуністичними інфекціями, а також купірувати побічні ефекти лікування. Слід зазначити, що перебіг опортуністичних інфекцій у хворого на СНІД не має незворотного характеру. Часто при правильно підбраному лікуванні періоди тяжкого стану змінюються періодами відносного здоров'я, коли людина може повернутися до свого звичайного життя, роботи.

*Таблиця 7*

Найпоширеніші ознаки порушення загального стану при симптоматичній ВІЛ-інфекції

Проблема	Можлива причина
<b>Анорексія</b>	Зазвичай спостерігається на останній стадії хвороби. Інколи ускладнюється нудотою й блювотою. Може бути побічною дією деяких лікарських засобів, що використовуються при лікуванні
Залежність від догляду	Може спричинюватися прогресуванням хронічного захворювання, неврологічними розладами (фізичними чи психічними)
Діарея	Часто буває хронічною й тяжкою. Може зумовлювати значну втрату маси тіла і становити небезпеку для життя через зневоднення та порушення електролітного балансу
Дисфагія	Часто спричинюється кандидозом стравоходу
Задуха	Інфекції грудної клітки, анемія
Недостатнє харчування	Може бути пов'язане з дисфагією, анорексією чи недостатнім всмоктуванням або вживанням поживних речовин (особливо білка). На останній стадії часто спостерігається сильна втрата маси тіла (наприклад, «гомологічна хвороба» чи хвороба Сліма)
Неврологічні порушення	Можуть мати фізичні чи психічні аспекти. Фізичні: відсутність координації рухів, периферійна невропатія, атаксія, порушення мовлення, зору, втрата слуху, параліч
Психічні порушення	Втрата пам'яті, уповільнене мислення, заплутаність свідомості, погане сприйняття інформації, слабоумство
Набряки	Можуть бути пов'язані зі збільшенням лімфатичних вузлів у результаті саркоми Капоші

Можлива причина	Безперервна чи періодична, часто невисока, що підвищується у періоди загострення інфекції, інколи пов'язана з пітливістю вночі
Ураження шкіри	Можуть бути спричинені різними захворюваннями
Порушення зору	з проявами на шкірі, такими як кандидози, саркома Капоші, простий чи оперізуючий герпес тощо. Часто уражаються слизові оболонки

Разом з тим, серйозною проблемою є профілактика й лікування туберкульозу (у близько 50 % хворих на СНІД — це основна

причина смерті), пневмоцистної пневмонії, діареї й кандидозів. Непередбачуваним є перебіг захворювання при приєднанні гепатиту В, С.

У процесі надання паліативної допомоги хворим на СНІД медперсонал неминуче стикається з такими труднощами: наявність у пацієнта комплексу симптомів з непредбачуваним перебігом і широким спектром ускладнень. У цьому разі складно встановити першопричину появи того або іншого симптому й підібрати адекватне лікування. Наступна проблема - потреба в дотриманні балансу між інтенсивною терапією та контролем хронічних симптомів. У зв'язку з цим особливо важливим є питання про припинення інтенсивної терапії. Серйозною проблемою є також проведення протибольової терапії у пацієнтів з уживанням наркотичних речовин в анамнезі. Часто такі пацієнти не отримують адекватного знеболення та бояться розвитку повторного звикання, або пацієнт умисне перебільшує ступінь болю з метою отримати дозу наркотичного анальгетика. Слід відразу визначити, що в більшості випадків ці побоювання необґрунтовані.

Надання паліативної допомоги не заперечує проведення анти-ретровірусної терапії (доступності, необхідності та відсутності протипоказань). У цьому разі з'являється Додаткове завдання — забезпечити необхідні умови проведення терапії та максимально зменшити дію побічних ефектів препаратів.

Психологічна підтримка є необхідним елементом допомоги хворим у стадії СНІДу. Люди, що живуть з ВІЛ/СНІДом і постійно переживають прояви стигматизації та Дискримінація з боку оточення, медичних і соціальних працівників. ВІЛ-інфекція сприймається суспільством як «брудна» хвороба маргіналізованих груп (споживачів наркотичних речовин, людей, що надають сексуальні послуги за гроші, представників сексуальних меншин).

Значно поширений страх зараження при простому спілкуванні з людьми, що живуть з ВІЛ/СНІДом. З цієї причини хворі вимушені приховувати свій діагноз, у тому числі й від сім'ї, та в результаті опиняються в ізоляції зі своїми проблемами, страхом перед смертю, що настає, відчуттям безнадійності й провини перед близькими і дітьми.

Основні принципи медичної етики:

- принцип гуманності, поваги до людської гідності особистості;
- принцип поваги моральної автономії особистості;
- принцип благодійності;
- принцип справедливості.

Основні положення медичної етики (за Гіппократом):

- 1) повага до життя;
- 2) заборона: не завдати шкоди хворому;
- 3) повага до особистості хворого;
- 4) лікарська таємниця;
- 5) повага до професії.

З етичної точки зору у понятті «медична таємниця» наголошено:

— по-перше, підтвердження принципу поваги до пацієнта, його людської гідності, законних прав, особливого права на конфіденційність;

— по-друге, поширення принципу незавдання шкоди пацієнту в усіх сферах його життєдіяльності, способу життя, його добробуту шляхом розголошення конфіденційної фахової інформації.

На жаль, розголошення фахових таємниць часто відбувається через неконтрольовані розмови медиків. Тому вже зі студентських років майбутні медичні працівники повинні привчити себе до особливої моральної дисципліни в поведженні з фаховою інформацією. Це така ж важлива фахова риса, як і наукова підготовка та мануальна техніка.

Якщо бути старомодним, то медичний працівник, який допустив розголошення фахової таємниці, — це клятвопорушник. Питання про фахову медичну таємницю не тільки етичне, а й юридичне. У перші десятиліття радянської історії в Україні офіційно насаджувався нігілістичний «курс на знищення лікарської таємниці», але вже в «Основах законодавства про охорону здоров'я», прийнятих ще в 1969 році, була стаття «Лікарська таємниця», де говорилося, що лікарі й інші

медичні працівники не мають права розголошувати відомості про хворобу, подробиці інтимного й сімейного життя хворих.

Тому необхідно вчитися допомагати повернути надію іншим і собі. Може настати час, і тобі також знадобитися така допомога. І хтось обов'язково буде поруч з тобою, допомагати й підтримувати!

# АЛГОРИТМ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

## Алгоритм переходу до паліативного лікування хворого з поширеним пухлинним процесом



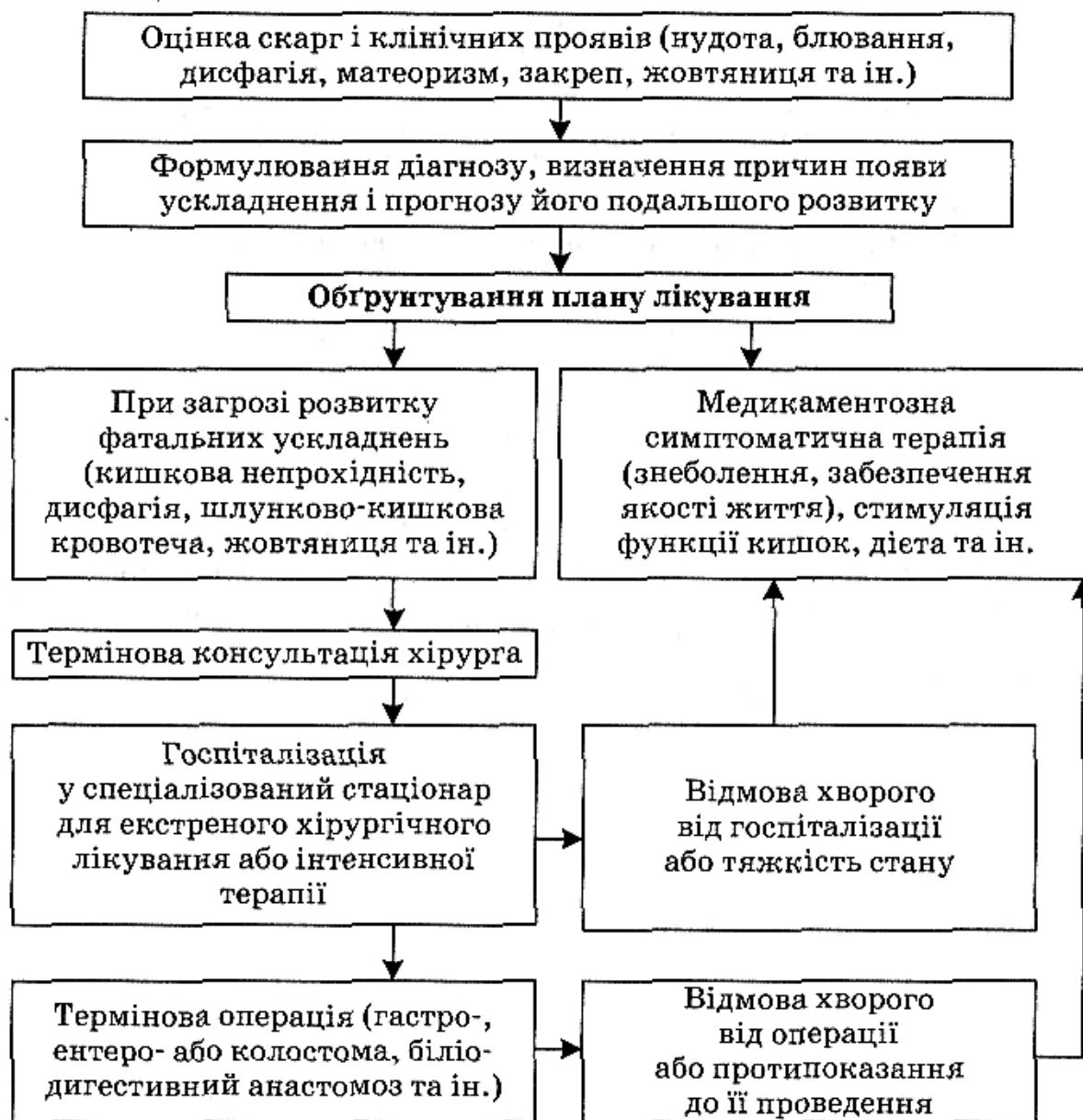
## Алгоритм плану симптоматичного лікування



## Алгоритм паліативної терапії при больовому синдромі



## Алгоритм паліативної терапії порушень функції травного тракту



### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

- Гершанович М.Л., Пайкин МД. Симптоматическое лечение при злокачественных новообразованиях. — М.: Медицина, 1986.— 288 с.
- Гнездилов А.В. Авторская сказкотерапия. — СПб: Речь, 2002.— 134 с.
- Гнездилов А.В., Губачев Ю.М. Терминальные состояния и паллиативная терапия: Учебно-методическое пособие. — СПб: Б.и., 2000. — 64 с.
- Гнездилов А.В. Об особенностях психического состояния больных, выписанных из онкологической клиники // Проблемы профилактики нервных и психических расстройств. — Л.: Б.и., 1976. — С. 74—76.
- Гнездилов А.В. Психические изменения у онкологических больных // Практ. онкология. — 2001. — № 5.
- Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных: Автореф. дис. ... канд. мед наук. — Л., 1984. — 25 с.
- Гнездилов А.В. Психология и психотерапия потерь. — СПб: Речь, 2002.— 162 с.
- Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. — СПб: Клинт, 1991. — 136 с.

- Гнездилов А.В., Цейтина Г.П.* Некоторые социально-психологические вопросы реабилитации онкологических больных // Социально-психологические проблемы реабилитации нервно-психических больных. — Л.: Б.и., 1984. — С. 97—100.
- Гуревич П.С.* Жизнь после смерти. — М.: Сов. писатель, 1991. — 112 с.
- Зорза Р., Зорза В.* Путь к смерти. — М.: Прогрессе, 1990. — 24 с.
- Иванюшкин А.Л.* Страдание как проблема истории философии и медицинской этики // Вестн. Академии мед. наук СССР. — 1985. — № 5. — С. 56—61. Список литературы
- Калиновский П.* Переход: Последняя болезнь, смерть и после. — М.: Новости, 1991. — 50 с.
- Кесли Д.* Достоинство прожить последние дни // Англия. — 1991. — №120. — 62 с.
- Литуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Г.М.* и др. Паллиативная помощь. — М.: В.и., 2001. — 200 с.
- Мерта Дж.* Умиравший больной: Справочник врача общей практики. — М.: Практика, 1998. — С. 45—51.
- Московские городские строительные нормы. Хосписн. МГСН 4.01—94.* — М.: Градо, 1994. — 20 с.
- Мрачная статистика // Известия.* — 22.01.1992.
- Муди Р.* Жизнь после жизни: Исследование феномена выживания после физической смерти. — Л.: Лениздат, 1991. — 91 с.
- Научный отчет МНИИП: Разработка научных обоснований по созданию и проектированию больниц типа «Хоспис» / Ю.В. Со-рокина, С.А. Полишкис, В.М. Аронсон и др.* — М.: Б.И., 1992. — 148 с.
- Новиков Г.А., Осипова Н.А., Прохоров В.М.* и др. Организа-ционно-методологические проблемы эффективного обезболи-вания в паллиативной помощи онкологическим больным в Рос-сии // Практ. онкология. — 2001. — № 5.
- Новиков Г.А.* Основы паллиативной помощи онкологическим больным с хронической болью: Автореф. дисс. ... д-ра мед. наук. — М., 1994. — 36 с.
- Обезболивание при раке и паллиативное лечение: Доклад Ко-митета экспертов ВОЗ.* — М.: Медицина, 1992. — 79 с.
- Обезболивание при раке.* — Женева: Б.и., 1998. — 37 с.
- Опухолевые боли — поэтапная схема // ВОЗ: Ръагтейсит.* — 1995. — Уоі. 1. — Р.9—11.
- Осипова Н., Абузарова Г.* Лечение хронической боли у инку-рабельных онкологических больных в домашних условиях // Врач. — № 4. — С. 110.
- Осипова Н.А., Новиков Г.А.* Паллиативная медицина и реби-литация. — 1997. — № 1. — С. 31—42.
- Осипова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров В.М.* Хронический боле-вой синдром в онкологии. — М.: Медицина, 1998. — С. 56.
- Плавунов Н.Ф., Миллионщикова В.В.* Хоспис и паллиативная помощь // Экономика здравоохранения. — 1997. — М> 7. — С. 17—22.
- Поллетти Р.* Специальный уход за умирающими // В<ні мирний форум здравоохранения. — 1984. — Т. 4, М> 4. — С. 28—32.
- Федорова Г.В., Голева О.П., Краенощекова В.Е.* Медицино-кая помощь длительно болеющим с прогностически иеблаго-приятными заболеваниями // Сов. медицина. — 1989. — № 1. — С. 28—30.
- Чаклина А.В., Глебова М.И., Бармина Н.М.* Организация онко-логической помощи в СССР. — М.: Медицина, 1976. — 112 с.
- Шамов Н.А.* Об отношении врача к звтаназии // Казанский мед. журн. — 1981. — Т. 62, № 2. — С. 59—61.
- Сдльштейн Н.В.* Медицина и время. — Таллинн: Валгус, 1990. — С. 246—258.
- Bishop Kallistos (Ware).* Cio Joytully // The Mystery of Death and Resurrection. — in The Inner Kingdom. — in The Collected Works. — New York, 2000. — N 1. — P. 25—41.
- Bishop Kallistos (Ware).* Silence in Prayer // The Meaning of He-sychia. — in The Inner Kingdom. — in The Collected Works. — New York, 2000. — N 1. — P. 89—110.
- Bishop Kallistos (Ware).* Silence in Prayer // in The Inner Kingdom. — in The Collected Works. — New York, 2000. — N 1. — P. 89—110.
- Brown R.S.* Care of the Dying // Minnesota Medicine. — 1981. — Vol. 64. — N 1, — P. 43—44.
- Carey DA.* Home and nature links highlight hospices // Hospitals. — 1984. — Vol. 58, N 4. — P. 102—105.
- Cunningham R.S.* When enough is enough // Ibid. — 1979. — Vol. 53. — N 13. — P. 63—65.
- Dictionary of Pastoral Care and Counseling.*

*Eibach U.* Kliniken für unheilbar kranke und sterbende Menschen // Zeitschrift für Gerontol. — Vol. 13, N. 6. — 1980. — P. 547—551.

*Goldenberg J.* Hospice: to humanize dying // J. Med. — 1978. — Vol. 299, N 7.— P. 546.

*Hinton J.M.* Comparison of places and policies for terminal care // Lancet. — 1979. — P. 29—32.

*Hockey J.* The human encounter with death an anthropological approach // PhD thesis. — University of Durham, 1986.