

КРАТКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ
РУКОВОДСТВО
ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ
ПОМОЩИ
ПРИ ВИЧ/СПИДЕ



Москва
2006

**КРАТКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ
РУКОВОДСТВО
ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ
ПРИ ВИЧ/СПИДе**

**Под редакцией доктора медицинских наук,
профессора Г. А. Новикова**

Москва
2006

Составители:

М. А. Вайсман, кандидат медицинских наук, доцент

Б. М. Прохоров, кандидат медицинских наук, доцент

С. В. Рудой, кандидат медицинских наук, доцент

Руководство разработано при поддержке

Открытого Института Здоровья.

Издается в рамках проекта ГЛОБУС.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Список сокращений	4
Введение.....	5
ВИЧ и паллиативная помощь	6
Эпидемиология ВИЧ/СПИДа	8
Клинические проблемы при ВИЧ/СПИДе	14
Стратегия и цели паллиативной помощи.....	20
Опережающее планирование паллиативной помощи	27
Паллиативная помощь при неопределенном прогнозе жизни	29
Психологические и семейные проблемы у пациентов с ВИЧ/СПИДом	31
Боль при ВИЧ/СПИДе	38
Специфические болевые синдромы у пациентов с ВИЧ-инфекцией	42
Оценка боли при ВИЧ/СПИДе и выбор лечебной тактики	51
Фармакотерапия боли при ВИЧ/СПИДе.....	54
Препятствия на пути лечения боли при ВИЧ/СПИДе	72
Заключение	73
Приложение. Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе (март 2004 г.). Раздел V. Паллиативная помощь	75

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВДП	воспалительная демиелинизирующая полиневропатия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	всемирная организация здравоохранения
ВПГ	вирус простого герпеса
ВПЧ	вирус папилломы человека
ВЭБ	вирус Эпштейна-Барра
МАК	<i>Mycobacterium avium</i> -комплекс
НПВП	нестероидные противовоспалительные препараты
РСР	пневмония, вызванная <i>Pneumocystitis carinii</i>
ПСН	преимущественно сенсорная невропатия
СК	саркома Капоши
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ЦМВ	цитомегаловирус
d4T	ставудин
ddC	зальцитабин
ddI	диданозин

ВВЕДЕНИЕ

За последние 20 лет СПИД из нового, быстро приводящего к фатальному исходу заболевания превратился в хроническую болезнь, поддающуюся лечению. Такая закономерность прослеживается в индустриально развитых странах, где разработаны методы специфической терапии, давшие надежду многим людям, живущим с ВИЧ. Однако даже сейчас, в эру «высокоактивной антиретровирусной терапии» (ВААРТ) ВИЧ/СПИД остаются важной причиной заболеваемости и смертности во многих популяциях взрослых лиц молодого возраста, поэтому повышенное внимание к паллиативной помощи и вопросам завершения жизни являются ключевыми аспектами клинического ухода и лечения данного контингента пациентов. В первые годы эпидемии СПИД клиницистам пришлось познакомиться с паллиативной помощью по необходимости, так как не было никакой надежды на избавление от болезни методами существующей тогда терапии. Сегодня, несмотря на разработку ВААРТ и появление все больших возможностей успешной борьбы с прогрессирующим течением ВИЧ-инфекции, сохраняется необходимость включения паллиативной помощи в комплексное лечение пациентов со СПИДом. Терапевтические и паллиативные подходы должны осуществляться не по принципу «или-или», а по принципу «как, ... так и ...», причем ни одна из этих парадигм не должна полностью заменять собой другую. В данном клиническом руководстве обсуждаются важные клинические вопросы паллиативной помощи больным СПИДом, связанные, в первую очередь, с болью и другими мучительными симптомами, а также психологическими и функциональными проблемами. Описываются виды и частота распространенности патологических симптомов у больных ВИЧ-инфекцией, дается краткий обзор принципов их лечения, более подробно рассмотрены этиология и алгоритмы лечения боли, анализируются препятствия, стоящие на пути адекватного лечения интенсивной боли у больных СПИДом.

ВИЧ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

Исходя из мирового опыта, накопленного в области изучения ВИЧ/СПИДа и паллиативной медицины, очевидно, что успешное лечение можно обеспечить при помощи эффективного внедрения принципов и концептуальных основ паллиативной медицины в комплексное оказание медицинской помощи и услуг людям, страдающим СПИДом. Такая интеграция оправдывает ожидания, стоит на защите интересов пациента и акцентирует внимание на семейной терапии, помогая решать многочисленные проблемы, с которыми приходится сталкиваться данному контингенту пациентов. Для этого необходимо расширить понятие паллиативной помощи и определить весь ее потенциал в улучшении качества оказания медицинских услуг и повышении качества жизни людей, страдающих СПИДом. Бюро ВОЗ по ВИЧ/СПИДу совместно со своей Рабочей группой по паллиативной помощи при ВИЧ разработало и выдвинуло следующее рабочее определение этого понятия:

«Паллиативная помощь является методом лечения, при котором основное внимание сосредотачивается на отдельном пациенте, а также на семейной терапии. Паллиативная помощь направлена на оптимизацию качества жизни пациента путем опережающих активных действий, направленных на профилактику и лечение страдания. При оказании паллиативной помощи наиважнейшая роль отводится междисциплинарному бригадному подходу на всем протяжении заболевания, уделяя основное внимание построению уважительных и доверительных взаимоотношений. В паллиативной помощи рассматриваются и решаются вопросы, связанные с физическими, интеллектуальными, эмоциональными, социальными и духовными потребностями. В процессе оказания паллиативной помощи регулируются вопросы независимости пациента, его свобод, доступа к информации, а также свободы выбора».

Паллиативная помощь является дополнительным, а не альтернативным, видом ухода и лечения, ее необходимо оказывать не только в случаях, когда терапия, направленная на излечение, оказалась неэффективной. Было бы непростительной ошибкой прибегать к паллиативному подходу только на последних этапах заболевания. Можно только представить себе шок, который испытывает человек, впервые узнавший, что ему поставлен первичный диагноз ВИЧ-инфекции, или задуматься о физических и душевных страданиях, которые являются субстратами наркомании или других проявлений нездорового образа

жизни, приведших к заражению ВИЧ, чтобы понять важную роль применения принципов паллиативной помощи на всех этапах данного заболевания. Оказывающие помощь лица должны сосредоточить основное внимание на комфорте, ослаблении страданий и качестве жизни пациентов в процессе всего заболевания. Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе должна быть способна адаптироваться к варьирующему по степени тяжести, но, в конечном счете, ухудшающемуся течению заболевания. Безусловно, нельзя недооценивать основополагающую роль соблюдения больными режима специфического лечения и схемы приема лекарственных средств для стабилизации течения заболевания, однако не менее важными являются и другие факторы оптимизации клинического исхода. Среди этих факторов следует отметить широкий диапазон трудно контролируемых общественно-экономических, а также личностных характеристик — понимание особенностей течения заболевания; полномочия в отношении личного здоровья; безопасное место проживания; свобода от боли и причиняющих страдания симптомов; полноценное питание; лечение от наркотической зависимости, депрессивных состояний и других психических расстройств; надежда; адекватная помощь друзей, членов семьи и других лиц, оказывающих помощь и уход, особенно при снижении функционального статуса и прогрессировании заболевания. Эти проблемы можно успешно решать в рамках паллиативной помощи при правильном подходе к пациенту со стороны медицинского персонала, социальных работников, членов семьи пациента, близких людей, а также системы здравоохранения. Настоящее руководство дает краткий обзор основных клинических проблем при ВИЧ/СПИДе и более детально описывает лечебные подходы к терапии боли у больных СПИДом, поскольку этот аспект является одним из ключевых.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ВИЧ/СПИДА

С начала 1980-х годов СПИД быстро стал ведущей причиной смерти у лиц молодого возраста в США. Достижения в ВИЧ-специфической терапии и лечении СПИДа в середине 1990-х годов привели к некоторому снижению смертности, а с включением в 1996 году в лечение ингибиторов протеаз показатели смертности значительно сократились. Тем не менее, частота возникновения новых случаев инфицирования ВИЧ не снижается. В результате этих тенденций смертность, связанная со СПИДом, продолжает оставаться важным феноменом, поскольку число пациентов, живущих с ВИЧ, растет. По оценкам специалистов, в 2003 году ВИЧ заразились всего около 4,8 миллиона людей — больше чем за любой другой предшествующий год. Сегодня на нашей планете около 37,8 миллиона живут с ВИЧ, который только в 2003 году убил около 2,9 миллиона человек, а начиная с 1981 года (когда были установлены первые случаи СПИДа), более 20 миллионов. Эпидемия прогрессирует очень динамично и меняется по своему характеру, поскольку вирус использует новые возможности для распространения. Для самоуспокоенности не должно оставаться места нигде, так как фактически ни одна страна в мире не осталась незатронутой. Наиболее пострадавшими в Восточной Европе являются Латвия, Российская Федерация, Украина и Эстония, однако ВИЧ по-прежнему распространяется в Беларуси, Казахстане и Молдове. В этом регионе эпидемия СПИДа не проявляет признаков ослабления. В 2003 году здесь заразилось 230 000 человек, в результате чего общее число людей, живущих с этим вирусом, достигло 1,5 млн. За прошлый год, по разным оценкам, от СПИДа умерли около 30 000 человек. В России пик заболеваемости отмечен в 2001 году (88 577), после чего число зарегистрированных новых случаев ВИЧ-инфицирования стало ежегодно снижаться (37 336 в 2004 году). Возможно, это происходит потому, что тестирование проведено среди почти всех потребителей инъекционных наркотиков, а также благодаря изменениям в характере проведения тестирования. Основной движущей силой эпидемии остается употребление инъекционных наркотиков, бурно распространившееся за годы социальных перемен в странах СНГ. Следует признать, что самое большое число людей, живущих с ВИЧ в этом регионе, зарегистрировано в Российской Федерации — 318 394 (по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Минздрава РФ). По другим оценкам, в России ВИЧ-позитивных людей около 860 000 (420 тыс — 1,4 млн).

В эру до ВААРТ СПИД был быстро приводящим к фатальному исходу острым инфекционным заболеванием, которое характеризовалось множественными типичными оппортунистическими инфекциями, быстрым упадком сил и смертью, наступающей в течение нескольких месяцев после установления диагноза. Влияние специфического лечения на естественное течение ВИЧ-инфекции в настоящее время привело к гораздо более изменчивой траектории заболевания для многих пациентов. Для некоторых людей ВААРТ означает возможность полного возвращения функций и здоровья, при этом ВИЧ-инфекция считается хроническим состоянием, которое не оказывает значительного влияния на повседневное качество жизни. Для большинства других лечение означает «замену смерти на инвалидность», с переходом заболевания в хроническую фазу, которая характеризуется обострениями, ремиссиями и, в конце концов, увяданием и смертью; то есть, просто увеличивается срок выживаемости от постановки диагноза до момента смерти. Таким образом, за довольно короткое время историческая эволюция заболевания ВИЧ (быстрое течение которого от момента постановки диагноза до летального исхода когда-то напоминало клиническую картину, наблюдаемую при неизлечимых видах рака), сдвинулась к траектории, которая более типична для таких хронических прогрессирующих заболеваний, как застойная сердечная недостаточность, хронические обструктивные заболевания легких или цирроз печени, однако при большей вариабельности исходов. Итак, клиническая оценка прогноза и исхода болезни становится более затруднительной, чем это было раньше, так как снизилась смертность от СПИДа. Данные эпидемиологического наблюдения и клинических исследований показывают, что смертность среди ВИЧ-инфицированных пациентов увеличилась пропорционально от сопутствующих патологических состояний (гепатиты В и С, сопутствующие злокачественные образования), а также от употребления наркотиков. Кроме того, для некоторых пациентов даже выгоды и преимущества ВААРТ не всегда достижимы по целому ряду причин: недоступность лечения, отсутствие возможности выдерживать эффективные лечебные режимы, активное употребление наркотических веществ или другие психиатрические расстройства, прогрессирующая резистентность к проводимой противовирусной терапии, другие серьезные сопутствующие заболевания или непреодолимая токсичность специфических лекарственных средств. Учитывая все эти причины, необходим комплексный лечебный подход для всеобъемлющего охвата проблем пациентов, умирающих от СПИДа. Мы должны стараться обеспечить не только своевременную доступность

ВААРТ для всех пациентов, но и необходимую соответствующую паллиативную помощь после того, как ВААРТ перестала являться вариантом продления жизни. Необходимость сочетать как терапевтический, так и паллиативный подходы при лечении ВИЧ/СПИДа сейчас даже более важна, чем это было до ВААРТ, так как даже доступность специфического лечения не позволяет игнорировать важные проблемы и вопросы, которые ставит хроническое прогрессирующее заболевание с течением времени.

АКТУАЛЬНОСТЬ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ВИЧ/СПИДЕ

В ранние годы эпидемии СПИДа врачи и другие специалисты, занятые оказанием медико-санитарной помощи, столкнулись с заболеванием, которое они не могли понять, не говоря уже о том, чтобы лечить. Это было время, когда узкая медицинская модель лечения — выделение специфических элементов заболевания и затем фокусирование на лечении патологии — была полностью неадекватна перед лицом огромности этого заболевания и его эффектов на пациентов и членов их семей. Парадоксально, но это было время, когда клиницисты осознали важность личного участия, присутствия и сопровождения пациентов на протяжении всего течения болезни, а также необходимость находиться с пациентами и членами их семей по мере того, как они борются с критическими проблемами, связанными со смертью и умиранием.

Клиницисты научились сосредоточивать внимание на целях оказания помощи, поддерживая пациентов в контексте угрожающего жизни заболевания и обсуждения вариантов выбора метода лечения с точки зрения качества жизни и предпочтения вида лечения пациентом и членами его семьи, а не принимать решение за своих пациентов (как это происходит при более односторонней и иерархической модели, которая часто превалирует в медицинских кругах). При невозможности предупредить заболевание или даже вылечить его было важно обеспечить облегчение при помощи ослабления боли, других симптомов и преодолеть страдания, вызванные прогрессирующим заболеванием. Наступило понимание того, что нужды пациентов являются многомерными — медицинскими, психологическими и духовными, — и что их нужно решать с точки зрения мультидисциплинарного подхода к оказанию помощи, что в конце концов оправдывает эту

сложность, особенно в конце жизни. Близкие родственники, члены семьи пациента были также в центре внимания при оказании помощи пациентам на раннем этапе эпидемии СПИДа, и лица, оказывающие помощь, часто присутствовали на похоронах и заупокойных службах, а также оказывали официальные и неофициальные услуги родственникам, понесшим тяжелую утрату.

Необходимо отметить, что медицинская помощь пациентам со СПИДом в «доВААРТ»-эру представляла собой ни что иное, как комплексную паллиативную помощь, и что многие из элементов паллиативной медицины остаются центральными по отношению к общепринятому лечению пациентов с ВИЧ даже в эру специфической терапии. Действительно, широко используемое Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) определение паллиативной медицины соответствующим образом описывает комплексное лечение пациентов с распространенными стадиями ВИЧ-инфекции:

«Паллиативная медицина занимается изучением и ведением пациентов с активным, прогрессирующим заболеванием на поздних стадиях, для которых жизненный прогноз ограничен, и целью лечения является улучшение качества жизни. Паллиативная медицина представляет собой активное тотальное лечение пациентов, у которых болезнь не отвечает на терапевтическое лечение. Борьба с болью, другими симптомами, а также психологические, социальные и духовные аспекты приобретают первостепенно важное значение. Целью паллиативной помощи является достижение наилучшего качества жизни пациентов и членов их семей».

Закономерным следует считать появление нового поколения специалистов, которые не застали раннюю эру лечения СПИДа и пришли к пониманию паллиативного подхода внутри терапевтической парадигмы ВААРТ. Не вызывает сомнения, что эта парадигма имеет более точную медико-биологическую тенденцию, и маловероятно, что она объединит проблемы паллиативной помощи и ведения пациентов в конце жизни, так проблемы конца жизни становятся все менее неизбежными, чем раньше. Однако важно признать, что «излечивающая» дихотомия по сравнению с паллиативной является ложной. Если в настоящее время и есть специалисты-исследователи, которые верят в возможность эрадикации ВИЧ или излечения от СПИДа, то их очень мало. В действительности, более реальная оценка приводит к заключению, что ВИЧ-инфекция является хроническим прогрессирующим заболеванием, которое у одних пациентов можно успешно лечить, но которое у других может приводить к значительной

смертности. В то время как страстно ведется поиск и расширение выгод ВААРТ и других нозологически-специфических методов терапии, мы должны быть готовы предвидеть и решать важные аспекты паллиативной помощи и лечения в конце жизни, с которыми многие (если не все) из наших пациентов столкнутся в тот или иной момент по ходу своего заболевания. Иначе мы рискуем изолировать или неосознанно лишить наших пациентов помощи, когда специфическая терапия перестанет быть эффективной или не подойдет для оказания действенной помощи на поздних этапах болезни. Чем больше мы стремимся сосредоточиться на терапии, тем меньше фокусируем внимание на пациенте. Действительно, некоторые специалисты, оказывающие помощь ВИЧ-инфицированным, испытывают растущее разочарование, когда пациенты не придерживаются ВААРТ, и соблюдение режима лечения становится основной платформой для взаимодействия (или конфликта) между врачом и пациентом. Этот конфликт в конце концов становится разрушительным для взаимодействия, особенно с пациентами, которые напрямую отказываются от лечения. Сложившаяся ситуация может угрожать основам взаимоотношений, которые построены на простом соблюдении рекомендованной схемы антиретровирусного лечения.

Вместо ложной дихотомии *либо* лечебной, *либо* паллиативной тактики в настоящем руководстве говорится о том, что оба подхода необходимо рассматривать *на протяжении всего* течения ВИЧ-инфекции. Вместо простой и вводящей в заблуждение структуры последовательного специфического лечения, а затем паллиативной помощи, требуется более динамичная и интегрированная структура, которая учитывает меняющиеся потребности пациента на протяжении хода заболевания, но без жесткого выбора того или иного варианта медицинской помощи. Совершенно ясно, что на ранних фазах ВИЧ-инфекции могут и должны преобладать лечебные или нозологически специфичные методы лечения (ВААРТ, специфические режимы, направленные на профилактику оппортунистических инфекций), а на более поздних этапах большее значение приобретают паллиативные подходы (лечение боли и симптомов, вопросы качества жизни в дополнение к продлению жизни по возможности). Однако, как было указано выше, это не просто «или-или», а скорее «как, так и»: лечение тошноты и рвоты и желудочно-кишечной токсичности в результате ВААРТ может быть ключевым аспектом обеспечения должного соблюдения больными режима и схемы антиретровирусной терапии, а лечение ретинита, вызванного цитомегаловирусом, у умирающего пациента с ежедневным внутривенным введением ганцикловира или

фоскарнета может быть важным вопросом качества жизни даже тогда, когда ВААРТ перестает играть должную роль в обращении хода заболевания. Таким образом, важно адаптировать интегрированную модель, которая позволяет включить в комплексное лечение пациента как терапевтические, так и паллиативные элементы. Такая модель лечения наиболее полно реализуется при объединении всех вкладов междисциплинарной бригады. Ключевая роль клинической бригады приобретает наиболее важное значение по мере того, как пациент приближается к концу жизни. После того, как возникает потребность решения проблем физического комфорта пациента, необходимо выполнять важную эмоциональную и духовную работу. Бригада — включая врачей, медсестер и социальных работников, а также служителей культа — может стать неотъемлемой частью системы поддержки пациента вместе с родственниками и членами его семьи в процессе умирания и смерти. Пациенты и члены их семей испытывают всю полноту болезни (со всеми вытекающими медицинскими, психологическими, социальными и духовными последствиями), при этом междисциплинарная бригада может наилучшим образом применить биопсихологический подход к лечению вне зависимости от потребностей, испытываемых в данный период времени. Сложность СПИДа во всех этих аспектах требует такого типа комплексного, совместного и многоуровневого подхода. Хочется надеяться, что опыт специалистов, столкнувшихся с первой фазой эпидемии СПИДа, не будет потерян по мере того, как мы будем стремиться обеспечить наших пациентов всем наилучшим, что может дать специфическая терапия ВИЧ, в то же время помогая им и их близким изменять сложную траекторию этого заболевания, влияющего на качество их жизни.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРИ ВИЧ/СПИДе

С самого начала эпидемии в клинических исследованиях была документально подтверждена высокая частота боли и других патологических симптомов у пациентов со СПИДом. Возникновение боли связывали с различными причинами, в частности:

1. Специфической оппортунистической инфекцией (например, головная боль при криптококковом менингите, боли во внутренних органах при диссеминированном инфицировании *Mycobacterium avium* — МАК).

2. Воздействием ВИЧ на системный иммунный ответ (например, дистальная сенсорная полиневропатия; миопатия, связанная с ВИЧ).

3. Побочными эффектами лекарственных средств, используемых для лечения ВИЧ-инфекции (например, дидезоксинуклеозид-связанная периферическая невропатия; головные боли, связанные с приемом зидовудина; желудочно-кишечные расстройства, связанные с применением ингибиторов протеаз).

4. Неспецифическими эффектами хронического истощающего заболевания, совместно с другими разнообразными причинами.

Некоторые из этих причин становятся менее актуальными в эпоху ВААРТ. В частности, вклад специфической оппортунистической инфекции в болевые синдромы и другие симптомы при СПИДе сократился, так как снизилась частота таких инфекций. Однако следует отметить, что в некоторых случаях частота и распространенность боли едва ли может действительно сократиться со временем. Как это часто бывает при СПИДе, парадокс снижения смертности заключается в том, что, живя дольше, некоторые пациенты могут таким образом быть более подвержены новым осложнениям и боли, как и при отмечаемом увеличении частоты периферической невропатии, которая происходит при более длительной выживаемости больных СПИДом. Далее, в недавнем примере потенциального перекрывания паллиативной и нозологически специфичной терапии при СПИДе, было обнаружено, что степень тяжести невропатии, обусловленной СПИДом, связана с уровнями в плазме крови вирусной нагрузки. Это говорит о том, что противоретровирусная терапия может быть полезной не только для лечения, но и профилактики болевого синдрома. Кроме того, в то время как при помощи ВААРТ и более эффективных профилактических методов можно уменьшить боль, возникающую на фоне

оппортунистических инфекций, лекарственные средства сами по себе могут способствовать возникновению боли и других патологических симптомов (например, побочные эффекты антиретровирусной терапии), о которых говорилось выше, что может скомпрометировать эффективное лечение, если при этом также эффективно не проконтролировать симптомы.

Несмотря на высокую частоту развития боли при СПИДе в нескольких исследованиях было показано, что боль у пациентов со СПИДом зачастую диагностируется и лечится недостаточно. Эта ситуация может отражать как недооценку большинством врачей влияния боли на качество жизни пациентов, так и нежелание самого пациента серьезно рассматривать любое проявление боли, особенно при употреблении наркотиков в анамнезе. Независимо от причин неадекватное лечение боли в итоге приводит к снижению качества жизни пациентов — исход, который во многих случаях можно предотвратить своевременной диагностикой и правильным лечением. В последние годы совершен значительный прорыв в лечении боли различной этиологии. Сейчас возможно полностью оценить и эффективно лечить боль у пациентов со СПИДом (включая наркоманов) при помощи стандартных методов диагностики и рационального принятия решений на основе практики доказательной медицины и здравого смысла. Эти методы оценки боли и борьбы с ней должны стать неотъемлемой частью фармацевтического арсенала специалистов в области лечения ВИЧ/СПИДа.

Помимо боли у пациентов со СПИДом выявлена высокая частота других симптомов, возникающих чаще на поздних (но не обязательно) стадиях заболевания. Кроме того, в ряде исследований говорится о том, что врачам часто не удается выявить и надлежащим образом лечить широко распространенные симптомы, о которых нередко сообщают больные СПИДом. Среди этих симптомов следует отметить сочетание физических и физиологических состояний, таких как утомляемость, анорексия, потеря веса, депрессия, возбудимость и чувство тревоги, тошнота и рвота, диарея, кашель, одышка, повышенная температура тела, потливость, зуд и т. д. Ниже приводятся наиболее распространенные симптомы при СПИДе:

- боль (ноцицептивная, нейропатическая);
- желудочно-кишечные (тошнота/рвота, диарея, запор);
- дыхательные (одышка, кашель, мокрота);
- конституциональные (усталость/потеря массы, анорексия, лихорадка, потливость);

- неврологические (делириум/ажитация, деменция, депрессия);
- дерматологические (сухость кожи, зуд, декубитальные/кожные повреждения).

В табл. 1 приводятся краткие обобщенные данные нескольких ключевых исследований, проведенных в Великобритании, Канаде, Франции и Италии, в которых изучали выраженность симптомов у стационарных больных с ВИЧ-инфекцией. Привлекает внимание тот факт, что в различных популяциях отмечается постоянство симптомов даже при неодинаковых критериях отбора, разных временных периодах и различных методах определения распространенности симптомов.

Таблица 1

Распространенность симптомов у больных с ВИЧ-инфекцией в различных популяциях

Симптом	Распространенность в популяции, %			
	Великобритания	Канада	Италия	Франция
Потеря массы тела	58-85	91	-	31
Анорексия	38-44	-	34	-
Боль	55-71	63	29	52
Кашель	19-30	34	32	27
Одышка/респ.симпт.	15-17	48	19	22
Усталость**	-	77	55	50
Тошнота/рвота	17-24	35	22	28
Когнитивная дисфункция	19-32	43	-	-
Депрессия	10-26	32	-	26
Тревога	-	-	-	40
Диарея	14-23	-	11	24
Проблемы полости рта	-	-	-	33
Лихорадка/потливость	-	-	-	27
Зуд/сухость кожи	27	24	17	23
Запор	22-25	23	-	-
Потеря зрения	-	25	12	-
Головная боль	11	-	-	-
Гемипарез/атаксия	23	-	-	-
Недержание	-	55	-	-
Бессонница	-	-	-	37

** - в Великобритании не исследовалось

Адаптировано по Fantoni M, Ricci F, Del Borgo C, et al. (1997), Kelleher P, Cox S, McKeogh M. (1997), LaRue F, Brasseur L, Musseault P, et al. (1994), Foley F. (1994), Moss V. (1990).

Интересное дополнение к приведенным фактам представляют данные исследования более 3000 больных с ВИЧ-инфекцией, получавших лечение в США в 1996 г., этой выборке частота наиболее распространенных симптомов в течение последних шести месяцев была следующей:

- лихорадка, потливость или озноб (51 %);
- диарея (51 %);
- тошнота или анорексия (50 %);
- онемение, покалывание или боль в конечностях (49 %);
- головная боль (39 %);
- потеря массы тела (37 %);
- вагинальные выделения, боль или воспаление (36 %);
- инфекционный синусит или боль (35 %);
- проблемы со зрением (32 %);
- кашель или одышка (30 %).

В другом исследовании у пациентов со СПИДом, получавших амбулаторное лечение в Нью-Йорке в начале 1990-х годов, было обнаружено в среднем 16,7 текущих настоящих симптомов (при помощи шкалы оценки симптомов), из которых наиболее частыми были беспокойство (86%), утомляемость (85%), грусть (82%) и боль (76%).⁴⁰ Заслуживает внимания соответствие типов симптомов и их высокая распространенность в этой популяции с данными предварительно опубликованных исследований в относительно невыборочной популяции пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Так же как боль, другие симптомы при СПИДе могут быть вызваны специфическими эффектами оппортунистических инфекций (например, потоотделение и лихорадка при диссеминированной МАК-инфекции, или одышка при пневмонии, вызванной *Pneumocystitis carinii* — РСР), явным прогрессированием собственно ВИЧ-инфекции (например, потеря веса тела, утомляемость), побочным действием лекарственных средств (например, тошнота и рвота вследствие приема антиретровирусных препаратов) или неспецифическими проявлениями терминальной стадии заболевания (например, депрессия, усталость, недомогание). Как и в исследованиях распространенности боли, большая часть наблюдений относительно частоты симптомов при СПИДе была получена в эру «до ВААРТ» или в самом ее начале, поэтому специфические эффекты определенных оппортунистических инфекций могут быть снижены по мере того, как эти нозологические единицы будут менее распространены. Тем не менее, проблемы,

связанные с лечением симптомов, также выросли, чему способствовали следующие факторы:

1. Продление хронической фазы заболевания у части пациентов с более длительным течением последнего этапа, что требует более внимательного отношения к лечению симптомокомплекса у этой категории больных.

2. Признание широкого кумулятивного диапазона токсичности лекарственных средств и симптоматических последствий, которые происходят у пациентов, находящихся на долгосрочной антиретровирусной терапии.

3. Сравнительная оценка токсичности лекарственных средств и эффектов прогрессирования заболевания поднимает важные клинические проблемы, связанные с конкурирующей эффективностью и токсичностью различных терапевтических вариантов (например, сбалансированный выбор между возможностью обеспечения краткосрочного качества жизни по сравнению с долгосрочным продлением жизни у пациента, ожидающего потенциально токсический антиретровирусный режим лечения, решая, может ли нозологически специфичная терапия также оказывать действительное паллиативное воздействие в данной ситуации и т. д.).

4. Возникновение сопутствующих коморбидных состояний, осложнивших лечение пациентов со СПИДом, включая хронический вирусный гепатит (особенно гепатит С), хроническое сопутствующее психиатрическое заболевание и употребление наркотиков.

Клиницисты, обслуживающие пациентов со СПИДом, должны быть знакомы с наукой и практикой паллиативной медицины, которая появилась в качестве быстро развивающейся и набирающей силу специальности, получившей широкое развитие в Великобритании, Канаде, США и других странах мира. В России за последние 15 лет достигнуты определенные успехи в развитии данной области здравоохранения. В литературе по паллиативной медицине документально подтверждены впечатляющие успехи в понимании патофизиологии и лечении множества наиболее широко распространенных симптомокомплексов, таких как диспепсия, одышка, утомляемость и потеря веса. В ряде этих работ освещена паллиативная помощь в контексте СПИДа. Большие успехи в последнее время также достигнуты в области психофармакологического лечения депрессии и тревожных

состояний, а также других расстройств, включая курацию умирающих больных («помощь в конце жизни»).

Хотя некоторые сложные синдромы и симптомы, такие как боль, требуют внимания специалиста по паллиативной медицине, во многих случаях лица, обеспечивающие первичную медико-санитарную помощь при ВИЧ-инфекции, могут выявлять и лечить широкий диапазон симптомов, используя общепринятые в паллиативной медицине подходы, улучшающие качество жизни пациентов. Фундаментальные знания в области клинической фармакологии должны быть частью клинического опыта каждого специалиста, оказывающего помощь при заболевании СПИДом. Как это сейчас принято в области фармакологического лечения СПИДа, клиницисты также должны быть знакомы с ожидаемыми возможностями взаимодействия между антиретровирусными лекарственными препаратами и другими лекарствами, применяемыми при СПИДе, равно как и с лекарствами, широко используемыми в паллиативной медицине, включая опиоиды, бензодиазепины, противосудорожные средства, а также седативные и гипнотические препараты. Как было указано в редакционной статье журнала «Pain» в 1986 году: *«До 19 века медицинская помощь большей частью была направлена на лечение симптомов, тогда как естественное течение болезни выбирало курс к выздоровлению или смерти. К 1900 году как врачи, так и пациенты обратились к поискам первопричин болезни и конечного средства лечения. В ходе этого нового направления симптомы были расположены с одной стороны как дорожные знаки на одной стороне шоссе, которые вели по направлению к намеченной точке назначения. Терапия, направленная на явно выраженные симптомы, была очернена и отвергнута как просто симптоматическая... Тем не менее, непосредственное возникновение физических мучений и страданий требует немедленного внимания, в то время как продолжают долгосрочные исследования фундаментальных методов терапии. Старые методы лечения и оказания помощи и ухода должны быть вновь открыты, и лучшие достижения современной медицины необходимо направить на проведение новых исследований и разработку видов лечения, специально предназначенных для борьбы с болью».*

Такая же комбинированная стратегия не менее актуальна и в отношении лечения ВИЧ, чем медицинская помощь в целом.

СТРАТЕГИЯ И ЦЕЛИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Как было сказано выше, паллиативная медицина стремится обеспечить наилучшее качество жизни пациентам и членам их семей с использованием модели, в которой целями терапии являются совместная разработка лечения как специалистами, оказывающими помощь, так и пациентами и членами их семей. В этой модели подчеркивается значение общения, сотрудничества и уважения желаний пациентов относительно таких важных вопросов как качество жизни или прекращение терапии. Ниже приводятся некоторые ключевые аспекты философии паллиативной медицины. Ключевым элементом является понимание, что паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе:

- подчеркивает комплексное лечение пациента в целом и включает медицинские, психологические и духовные аспекты;
- зависит от эффективной коммуникации и построения взаимоотношений в рамках модели разносторонней экспертной оценки и междисциплинарной работы бригады, а не официальной иерархии;
- целью лечения ставит ослабление страданий, контроль симптомов и восстановление функциональной способности пациента;
- не поддерживает цели специальной терапии, не ускоряет смерть и не продлевает жизнь;
- считает, что субъективный опыт пациентов (например, боль, другие симптомы) является таким же важным аспектом, как и объективные клинические данные;
- считает, что лечебную тактику определяет не диагноз, а пациент в соответствии с желанием и определенными целями;
- не приравнивает смерть к поражению, а скорее считает ее естественным завершением жизни; задачей клинициста считает обеспечение комфорта, а не самоустранение от лечения;
- предусматривает разработку индивидуального лечения боли для каждого пациента в соответствии с его жизненными ценностями и предпочтениями, а не по одностороннему решению врача.

Философия паллиативной медицины берет начало из модели лечения, которая радикально отличается от знакомой иерархической модели, где доминирует врач, и которая характеризует большинство современных медицинских подходов, особенно по поводу заболеваний, для которых потенциально существуют эффективные методы лечения.

Паллиативный подход, при котором врачи и их пациенты вместе работают над трудными клиническими решениями, и при котором имеется множество неопределенностей, нюансов и нет «правильного ответа» — определял большую часть лечения СПИД в эру «до ВААРТ» и был более конструктивным. В этой обстановке клиницисты научились работать сообща с пациентами и членами их семей для выяснения целей и задач лечения, для определения важных вопросов и проблем, связанных с качеством жизни и концом жизни, а также удобных для пациентов и членов их семей путей преодоления трудностей прогрессирующего неизлечимого заболевания.

С появлением эффективной нозологически специфической терапии, фокус лечения сдвинулся в сторону излечивающих или квази-излечивающих методов, цель которых однозначна и определена врачом. Настоящее руководство призвано обеспечить выбор рационального и логического решения на основании совместного паллиативного подхода к рутинному клиническому принятию решения во взаимодействии клиницистов со своими пациентами. Намерением было не отказаться от терапии или приуменьшить значение достижения определенного объективно измеряемого исхода (направляющая терапия для достижения невыявляемой вирусной нагрузки ВИЧ или постоянное повышение клеток CD4+), а скорее создать мотивацию для медицинских работников к тому, чтобы они осознали, что превыше всего стоит пациент, который вынужден жить со своим заболеванием, и что цели лечения предназначены для пациента, а не для врача. Например, чрезвычайно узкий фокус на протоколы антиретровирусного лечения и технические подробности лечения ВИЧ не принесут пользу ни состоянию пациента, ни укреплению взаимоотношений «пациент-врач».

Сосредоточение внимания на целях во имя пациента и членов его семьи обеспечивает такое положение дел, когда будут приниматься такие решения, которые не нарушают важных опасений пациента и его семьи. Можно предложить терапевтическое или паллиативное вмешательство, или и то и другое, но не одностороннее, ведомое диагностическими или терапевтическими алгоритмами, а скорее конструктивное, сообразное приоритетам и ценностям пациента и его семьи. Определенная часть этой работы требует времени, она может быть более открытой, чем узкий фокус на результатах тестов и соблюдении больными режима лечения, что стало доминировать при рутинных амбулаторных посещениях пациентов, получающих ВААРТ. Этот совместный подход также представляет собой определенную

проблему для и без того загруженных работой специалистов первичной медико-санитарной помощи, которые в своей практике уже испытывают значительное временное давление и возможно возросшее количество более длительно выживающих больных со СПИДом. Тем не менее, если мы хотим эффективно и качественно оказывать помощь этим пациентам и членам их семей, важно фундаментально работать в рамках такой совместной комплексной программы.

Специфические примеры некоторых наиболее распространенных сценариев (в том числе решение о паллиативном и/или нозологически специфическом лечении в контексте принятия решений на основе *целей лечения*, а не простых алгоритмов «диагноз-лечение») включают следующие:

- применение трансфузий, психостимуляторов и кортикостероидов для лечения утомления у пациентов на поздней стадии болезни, с ВААРТ или без нее;
- агрессивная противорвотная терапия по поводу тошноты и рвоты, вызванных ингибиторами протеаз, или, как альтернатива, пересмотр режимов антиретровирусной терапии, если эти побочные эффекты не поддаются успешному лечению;
- длительная супрессивная терапия внутривенным введением фоскарнета или ганцикловира по поводу цитомегаловирусного (ЦМВ) ретинита или внутривенное введение амфотерицина Б по поводу азол-резистентного кандидоза даже после прекращения антиретровирусной терапии и других схем приема профилактических средств у умирающего пациента;
- профилактическое лечение диссеминированного МАК комплекса (например, жаропонижающими средствами, наркотическими анальгетиками и кортикостероидами) у пациентов с далеко зашедшим заболеванием, нежелающих или неспособных принимать антибактериальные препараты;
- прекращение профилактики МАК или РСР у пациентов, которые, как ожидается, умрут в ближайшее время;
- отмена ВААРТ после очевидной неудачи лечения с оценкой риска/выгод, а также символической и эмоциональной ценности;
- решение об отмене/отказе от искусственного питания или гидратации у пациента, неспособного принимать пищу самостоятельно через рот, с учетом пожеланий пациента, оценки функционального и умственного статуса, аспектов качества жизни, социальных и культурных ценностей;
- реалистичные, а не ложные надежды относительно решения начать ВААРТ или «спасительный» режим у пациентов на поздней стадии

(например, возможность антиретровирусного курса, потенциально способного обратить течение болезни, по сравнению с возможностью отсутствия ответа у пациента, с возникающими в результате этого неопределенностями прогноза).

Все вышеуказанные варианты связаны с принятием решений на основе учета медицинских показаний и анализа риска/выгоды, а также предпочтений пациентов и членов их семей. Во всех случаях должно быть ясно, что решения принимаются с учетом специфических целей лечения, включая такие факторы как:

- относительная ценность качества жизни или продления жизни;
- применение агрессивных паллиативных терапевтических вмешательств для уменьшения побочных эффектов других ВИЧ-специфических лекарственных препаратов;
- использование определенных видов нозологически специфического лечения, главным образом с намерением проводить паллиативную помощь или лечение, сфокусированное на качестве жизни пациента;
- решение не продлевать жизнь «во что бы то ни стало» после того, как перейден определенный важный порог (прогрессирующее слабоумие, неспособность принимать пищу или лекарственные препараты перорально).

Ясно, что этот подход к принятию решений уместен в более неоднозначной и неопределенной ситуации, чем простая оценка эффективности антиретровирусного лечения путем измерения суррогатных лабораторных маркеров, но это не менее важно и во многом более проблематично. В табл. 2 приведены наиболее распространенные симптомы при СПИДе с их изменчивой возможной этиологией и примерами как нозологически специфичных видов терапии, так и паллиативной помощи. В конкретной ситуации подходящими могут быть тот или иной подход, либо оба в зависимости от стадии заболевания пациента, его функционального статуса, симптоматической нагрузки, риска и возможных выгод терапии, а также высказанных предпочтений лечения и целей.

Наиболее распространенные симптомы у пациентов со СПИДом и возможные лечебные подходы

Симптомы		Возможные причины	Специфическое лечение	Паллиативная помощь
Конституциональные	Усталость, слабость	СПИД Оппортунистическая инфекция Анемия	ВААРТ Лечение инфекции Эритропоэтин, трансфузии	Кортикостероиды Психостимуляторы
	Потеря массы тела	ВИЧ Злокачественная опухоль	ВААРТ Химиотерапия Нутритивная поддержка/ Энтеральное питание	Кортикостероиды Тестостерон/андрогены анорексия Оксандролон Мегестрола ацетат Дронабинол Рекомбинантный гормон роста
	Лихорадка, потливость	МАК ЦВМ, ВИЧ Лимфома	Азитромицин, этамбутол Ганцикловир, фоскарнет ВААРТ Химиотерапия	НПВП Кортикостероиды Антихолинергические Антагонисты H2-рецепторов
Боль	Ноцицептивная -соматическая -висцеральная	Оппортунистическая инфекция Злокачественная опухоль	Специфическое этиотропное лечение	НПВП Опиоиды Кортикостероиды
	Нейропатическая	ВИЧ-обусловленная периферическая нейропатия ЦВМ, Вирус <i>Varicella zoster</i> Дидеоксинуклеозиды (диданозин, зальцитабин, ставудин) Др. препараты (изониазид)	ВААРТ Ганцикловир, фоскарнет Ацикловир, фамцикловир Изменение антиретровирусного и других режимов	Опиоиды и адъюванты (трициклические антидепрессанты, бензодиазепины, антиконвульсанты) Кортикостероиды Акупунктура
Желудочно-кишечные	Тошнота/ рвота	Эзофагеальный кандидоз ЦВМ, ВААРТ	Флюконазол, амфотерицин Б Ганцикловир, фоскарнет	Антагонисты допамина Прокинетики Антихолинергические Антагонисты серотонина

			Изменение антиретро-вирусного режима	Антагонисты H2-рецепторов Ингибиторы протонной помпы Аналоги соматостатина Бензодиазепины Кортикостероиды
	Диарея	МАК Криптоспоридиоз ЦМВ, Микроспоридиоз Др. кишечные паразиты Паромомицин Бактериальный гастроэнтерит Мальабсорбция	Азитромицин, этамбутол Ганцикловир, фоскарнет Албендазол Антипаразитарные препараты Др. антибиотики	Висмут, метилцеллюлоза, каолин Дифеноксилат+атропин Лоперамид Октреотид Настойка опия (парегорик)
	Запор	Дегидратация Малигнизация Антихолинэргические препараты, опиоиды	Гидратация Лучевая/химиотерапия Подбор медикаментозного лечения	Активность/диета Профилактика при назначении опиоидов Слабительные: - размягчающие - стимулирующие перистальтику
Дыхательные	Одышка	СРС Бактериальная пневмония Анемия Плевральный выпот, опухолевая масса/обструкция Слабость дыхательной мускулатуры	Триметоприм/сульфаметоксазол, пентамидин и др. Эритропоэтин, трансфузии Дренирование/лучевая терапия/хирургическое лечение	Увеличенная циркуляция воздуха, кислородотерапия Опиоиды Бронходилататоры Метилксантины Бензодиазепины
	Кашель	СРС, бактериальная пневмония Туберкулез	Антибактериальная терапия Противотуберкулезные препараты	Подавление кашля Деконгестанты, отхаркивающие
	Гиперсекреция («предсмертный хрип»)	Жидкая мокрота, неэффективный кашель, сепсис, пневмония	Антибиотики по показаниям	Антихолинэргические Ограничение приема жидкости Отмена внутривенных инфузий
Дерматологические	Сухость кожи	Дегидратация Почечная или печеночная недостаточность Малнутриция	Гидратация Диализ Нутритивная поддержка	Смягчающие +/-салицилаты Увлажняющие масла

	Зуд	Грибковая инфекция Почечная или печеночная недостаточность Дегидратация Эозинофильный фолликулит	Противогрибковые Диализ Гидратация Кортикостероиды, противогрибковые	Местное лечение Антигистаминные Кортикостероиды Антагонисты серотонина Опиоидные антагонисты Антидепрессанты Анксиолитики Нейролептики
	Декубитальные язвы/ пролежни	Плохое питание Гиподинамия Длительное пребывание в постели	Адекватное питание Повышение активности	Профилактика Уход за ранами <i>Debridement</i>
Психиатрические	Делирий/ ажитация	Нарушение баланса электролитов Дегидратация Токсоплазмоз Криптококковый менингит Сепсис	Коррекция нарушений электролитного баланса гидратация Лечение токсоплазмоза Противогрибковые Антибиотики	Нейролептики Бензодиазепины
	Деменция	СПИД	ВААРТ	Психостимуляторы Малые дозы нейролептиков
	Депрессия	Хронические болезни Реактивная депрессия Большая депрессия	Антидепрессанты	Психостимуляторы Кортикостероиды

ОПЕРЕЖАЮЩЕЕ ПЛАНИРОВАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ

Акцент на целях лечения определяет концепцию «опережающего планирования», которое включает как медицинские, так и психологические элементы предстоящего лечения. Медицинские аспекты включают в себя:

- принятие взвешенного решения о рисках и выгодах специфических видов терапии (например, антиретровирусная терапия, режимы химиотерапии и т. д.);
- значение элементов качества жизни при этих решениях (например, выбор между потенциально токсическим длительным интенсивным вмешательством, которое может продлить жизнь, и паллиативными мероприятиями, которые могут улучшить краткосрочное качество жизни, но не продлить ее);
- решение об определении круга медицинских вмешательств (например, сердечно-легочная реанимация, искусственное кормление или гидратация, повторная госпитализация пациента, получавшего медицинскую помощь на дому).

Психологические вопросы, которые необходимо решать, могут включать:

- спокойное или конфликтное отношение в семье к принятию решений о плане лечения;
- чувство вины или другое эмоциональное «незавершенное дело», которое может оказать влияние на пациента при планировании лечения;
- беспокойство при любом ограничении терапевтического воздействия, воспринимаемом как отказ от пациента или нежелание медиков проводить лечение.

Обсуждение «опережающего планирования» должно быть постоянным и выжидательным, к нему следует многократно возвращаться по мере необходимости. Эти вопросы нужно обсуждать по возможности полно и включать в повседневный уход и лечение, а не ждать пока наступит кризис, такой как острое смертельное осложнение или потеря способности обсуждения. Многие лица, оказывающие помощь в рамках парадигмы «или-или» (т. е. или лечебный, или паллиативный подход), могут неосознанно откладывать эти обсуждения до момента, когда пациент начинает стремительно умирать, и обсуждение целей

лечения и принятие решения о конце жизни становится, мягко говоря, неуместно в рамках текущей терапевтической модели. Однако при осуществлении «опережающего планирования» подход к нему должен быть позитивным, уважительным и ориентированным на ценности, культурные верования и терапевтические предпочтения пациента и членов его семьи. Члены семьи и/или другие близкие и заинтересованные лица должны привлекаться как можно раньше к обсуждению и принятию решений о доверенных лицах в медико-санитарной помощи и других лицах по наследственным делам и опеке, которые будут ответственны за принятие соответствующих решений. Эту информацию необходимо ясно и четко доводить до сведения других назначенных лиц.

Пациенты с ВИЧ/СПИДом часто являются лицами молодого возраста, стоящими перед лицом жизнеугрожающего заболевания, у которых могут быть маленькие дети, и которые могут страдать от непрестижности своего положения и социальной уязвимости, испытываемой людьми, страдающими СПИДом. Несмотря на очевидную сложность этих психосоциальных вопросов было обнаружено, что они *вряд ли* обсуждали эти вопросы с лицами, оказывающими помощь. Практика «опережающего обсуждения» о предстоящем лечении, как подчеркивают специалисты, активно поднимающие эти вопросы и искренне борющиеся с препятствиями на пути этих обсуждений, помогает предупредить многие проблемы до того, как они возникнут в условиях острого кризиса, который потребует принятия неотложных решений, связанных с вопросом жизни и смерти. Не будучи проявлением отказа от лечения или навязывания пациенту ценностей, выжидательное и опережающее планирование терапии заранее является способом *дать возможность* пациентам и членам их семей принимать решения, которые действительно отвечают их основным убеждениям, ценностям и интересам. Наиболее эффективный способ достижения такого принятия решения лежит в контексте междисциплинарной бригады (врач, медсестра, социальный работник, священник, а также другие специалисты, в зависимости от обстоятельств), которая может помочь пациенту и его семье быстрее усвоить всю многоуровневую информацию. Не случайно, что философию и практику хосписного ухода явно объединяет подход междисциплинарной бригады в повседневном уходе за умирающими пациентами, и эта схема не менее важна для комплексного лечения пациентов с ВИЧ/СПИДом.

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОПРЕДЕЛЕННОМ ПРОГНОЗЕ ЖИЗНИ

Несмотря на неуклонно подчеркиваемое значение концентрации внимания на целях терапии при принятии информированного решения о лечении, необходимо признать, что прогнозирование и ожидание вероятных исходов ВИЧ-инфекции менее определенны и однородны, чем они были в эпоху до ВААРТ. Парадокс заключается в том, что теперь, когда *есть* выбор, необходимо, чтобы процесс принятия решений включал эти варианты выбора, поскольку прогноз и «естественное течение» ВИЧ-инфекции значительно менее явно выражены, чем прежде. В то время как количество клеток CD4+ и анализ вирусной нагрузки являются великолепным критерием ответа на терапию и на прогноз в целом, возможность эффективной противоретровирусной терапии (или в качестве альтернативы — отсутствие этой возможности, когда нет практически осуществимых вариантов лечения) может полностью изменить прогноз для людей, страдающих СПИДом.

В 1996 г. Американской Национальной хосписной организацией была сделана попытка выработать критерии, указывающие на вероятность прогноза менее шести месяцев для пациентов со СПИДом:

Лабораторные показатели:

- CD4+Т-лимфоциты < 25 клеток/мм³;
- ВИЧ РНК > 100 000 копий в мл;
- альбумин плазмы < 25 г/л.

Клинические состояния:

- лимфома с поражением ЦНС;
- мультифокальная лейкоэнцефалопатия;
- криптоспоридиоз;
- диссеминирование МАК;
- висцеральная саркома Капоши;
- выраженная СПИД-деменция;
- токсоплазмоз;
- кардиомиопатия;
- хроническая диарея;
- угрожающая жизни малигнизация;
- выраженная органная недостаточность.

В то время как некоторые из этих критериев могут быть полезными прогностическими маркерами, ни один из них не заменит потенциально позитивное влияние эффективной антиретровирусной терапии, если она все еще является вариантом выбора. В самом деле, некоторые пациенты были направлены в хоспис, получали паллиативную помощь, ожидали своей смерти, и как были удивлены сами пациенты, равно как и лечащий персонал, их чудесному выздоровлению (т. н. «синдром Лазаря») в результате эффективной ВААРТ. В этих случаях принуждение пациентов выбрать подход «или-или» было бы безусловно недобросовестным и неверным. С одной стороны, основываясь на данных о пациенте и специфическом лечении в анамнезе, мы должны учиться точнее прогнозировать, а с другой — быть готовыми также к тому, что в результате проведенных терапевтических мероприятий наши лучшие оценки могут не оправдаться и потерпеть полное фиаско. Эта реальность делает интеграцию паллиативного и лечебного подходов только еще более необходимой, чем раньше.

Одной из проблем, часто возникающих в связи со сложностями прогнозирования и клинического принятия решений в эру ВААРТ, является прекращение антиретровирусной терапии у пациента, который либо не отвечает на проводимое лечение, либо такая реакция маловероятна. Хотя существует противоречивое мнение о том, прекращать ли терапию даже перед лицом явной неудачи лечения (т. е. концепция вирусной «пригодности» и возможная выгода антиретровирусного выборочного давления на динамику репликации вируса даже в условиях высоких вирусных нагрузок и низкого значения показателя CD4+), мы должны признать, что выгоды антиретровирусной терапии, даже когда она эффективна, не являются немедленными, и что они должны оцениваться в свете потенциально благоприятного воздействия для профилактики ухудшения в будущем. Таким образом, не лишено оснований задать вопросы: имеет ли терапевтический смысл продолжать антиретровирусную терапию у пациента, умирающего от рака легких или конечной стадии печеночной недостаточности; будут или нет лекарственные препараты давать побочные эффекты в данных условиях или в очевидных конечных стадиях прогрессирующей ВИЧ-инфекции. В этих случаях антиретровирусная терапия вряд ли будет иметь значимую выгоду и, вероятно, только внесет дополнительный вклад в терапевтическую неудачу у пациента, который явно умирает, но которому все равно продолжают проводить агрессивную терапию. Однако, в некоторых случаях у пациента может быть такая сильная эмоциональная вера в продолжение лечения, что абсолютно благоразумно продолжать ее, хотя и без того понятно, что

это в той же мере психосоциальное, как и медицинское решение и не более того. Эти примеры подчеркивают значение разъяснения целей терапии, оценки потенциального влияния и вероятных риска и выгод терапии, а также совместной работы с пациентами по выработке приоритетов и лечебных планов — все это аспекты хороших взаимоотношений между пациентом и лицом, оказывающим помощь, которые затеваются, если основной упор делается на лечение, а не на пациента.

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ И СЕМЕЙНЫЕ ПРОБЛЕМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ/СПИДОМ

СПИД всегда создавал уникальные психологические проблемы для пациентов, членов их семей и специалистов, оказывающих помощь, ведь СПИД является угрожающим жизни заболеванием, которым страдают лица молодого возраста, зачастую имеющие многочисленных здоровых в этом отношении родственников и членов семьи. Это заболевание поднимает трудные проблемы преждевременной смерти, незаконченного дела, наследства, а также права наследников, возникающие в результате смерти одного или нескольких сонаследников. Чувство вины, стыда, ярости, гнева и отчаяния могут усложнить эмоциональные проблемы, связанные с вынужденной необходимостью примириться с неизбежным прогрессирующим неизлечимым инфекционным заболеванием. Некоторые виды поведения, связанного с инфицированием ВИЧ, остаются социально неприемлемыми в определенном контексте, что еще более усложняет и без того крайнюю уязвимость многих пациентов, живущих с ВИЧ/СПИДОМ. Несмотря на попытки общественно-санитарного просвещения, остается значительная степень клейма позора, страха и предрассудков относительно СПИДа в обществе в целом. В добавок ко всем проблемам, связанным со СПИДОМ, в эру ВААРТ возникают новые проблемы, связанные в особенности с паллиативной помощью и с лечением в конце жизни. При долгожданном воздействии ВААРТ, начавшемся наиболее выражено в 1996 году, и последовавшим за этим снижением смертности от СПИДа, неизбежность смертности ближайшего периода снизилась. Этот феномен даже привел к идентификации новых потенциальных стресс-факторов в результате появления т. н. «второй жизни» у пациентов, которые теперь должны «готовиться к жизни» вместо того, чтобы «готовиться к смерти». Если снижение риска смерти можно всячески приветствовать, так как это является облегчением для пациентов и медицинских работников, то тенденция к изолирова-

нию тех, кто все еще умирает от СПИДа, не может не огорчать, в то время когда надежды людей значительно возросли благодаря эффективной противоретровирусной терапии. Как указывалось выше, в то время как смертность от СПИДа снизилась, отмечается тенденция к росту смерти от сопутствующих заболеваний (гепатиты В и С, употребление наркотиков и его последствия, сопутствующие онкологические заболевания и другие потенциально опасные болезненные состояния).

В эпоху ВААРТ ранее безжалостный СПИД, как закономерно быстро протекающее фатальное заболевание, более не является таковым — ведь сейчас факт смерти от СПИДа должен перейти из разряда «судьба» в разряд «трагедии». Хотя в эру «до ВААРТ» смерть у больных СПИДом наступала быстро, современные виды фармакотерапии теперь способны продлить жизнь у некоторых пациентов на много лет. К сожалению, пациентов, которые не получают пользы от новых лекарственных средств, могут обвинить за «отсутствие» у них ответа на лечение либо за несоблюдение ими режима и схемы лечения. Эти умирающие пациенты иногда подвергаются остракизму, и на них смотрят как на «ненормальных», которые не способны получить пользу от направленной на спасение жизни эффективной антиретровирусной терапии. Новую форму вины можно наблюдать как у пациентов, так и у специалистов, оказывающих им помощь, обвиняемых в неправильном выборе терапии или режима лечения, ставших «причиной» смерти пациента. С приходом ВААРТ стало больше возможностей терапевтического успеха и больше возможностей терапевтической неудачи, сожаления и вины за плохой выбор метода или упущенные возможности.

Учитывая важность соблюдения режима ВААРТ в качестве существенного фактора в определении вероятного успеха программы лечения, не удивительно, что внимание большей части рутинного клинического взаимодействия «пациент-медицинский работник» сосредоточилось на соблюдении параметров лечения и на тщательном мониторинге таких лабораторных показателей как количество CD4+ и анализ вирусной нагрузки ВИЧ. Однако эта тенденция ведет к ограничению структуры взаимоотношений «пациент-медицинский работник» вне контекста опыта угрожающего жизни заболевания и приготовления к возможной смерти. В медицине, узко оперирующей в рамках медико-биологической модели, в целом имеется склонность не связываться с проблемами конца жизни, так как смерть фактически представляет собой «неудачу лечения». Сознательно или нет, но

в наше время медицинские работники, оказывающие помощь при ВИЧ/СПИДе, зачастую не чувствуют себя способными адекватно помочь пациентам справляться со своими проблемами перед лицом надвигающейся смерти, так как понимают свою роль как борьбу за излечение болезни. К сожалению, специалисты, оказывающие помощь, иногда настолько чувствуют себя «не у дел», что могут эмоционально «отодвигаться» от пациентов и принимать меньшее участие в их лечении по мере приближения смерти. Это приводит к тому, что пациенты тяжело переживают не только потери, обусловленные болезнью, но и потенциальную потерю долгосрочных доверительных взаимоотношений со своим лечащим персоналом.

Кроме того, даже перед концом жизни больного клиницисты должны выработать глубокое осознание своих личных чувств по отношению к предпочтениям пациента. Медицинские работники могут в действительности испытывать негодование по отношению к пациентам из-за несоблюдения последними режима антиретровирусной терапии или из-за активного употребления ими наркотических средств, или по поводу других видов самоуничтожающего поведения пациентов. Перепроверка целей лечения и продолжение участия в оказании необходимой помощи и наблюдении за пациентами (без осуждения их пагубного образа жизни или неспособности придерживаться рекомендованной терапии) будут способствовать поддержанию и укреплению взаимоотношений. Факт в том, что новое поколение специалистов, оказывающих помощь при ВИЧ/СПИДе, не имеет опыта своих старших коллег, не имевших возможности избежать смерти пациента или отодвинуть ее ближайшую перспективу при помощи специфической терапии, и это обуславливает дополнительные затруднения, которые испытывают современные клиницисты при решении проблем, связанных с концом жизни пациентов. Есть предпосылки того, что печальный опыт ранних лет эпидемии СПИДа никогда не повторится, и будут извлечены его уроки по важности и необходимости сопровождения пациентов на протяжении всего заболевания до самой смерти. Что не менее важно — научиться не рассматривать смерть больного СПИДом как неудачу клинициста, оценивая важное значение понятия «находиться рядом» и понимание роли «осуществляющего уход», а не обязательно «лекаря». Как упоминалось выше, при определении лечебной стратегии должен возобладать принцип «как специфическая терапия, так и паллиативная помощь», и специалисты по ВИЧ/СПИДу, адекватно интерпретирующие результаты тестов суррогатных маркеров или назначающие эффективные комплексные режимы

антиретровирусной терапии, должны быть также компетентны в профилактике и решении проблем, связанных с уходом из жизни своих пациентов.

Другой областью, где клиницисты могут оказать неоценимое влияние, является поддержка и просветительская работа среди членов семьи по мере того, как проходят последние стадии заболевания, особенно для пациентов, находящихся в домашних условиях. Постоянные посещения сестринского и другого персонала могут быть крайне полезными в решении конкретных проблем и вопросов о прогнозе; ожидаемых изменений, которые происходят на пути приближения к концу жизни; и некоторых физических, эмоциональных и духовных аспектов, которые могут ожидать членов семей. Было бы чрезвычайно полезным описать эти события, охватывая последние месяцы, недели и дни жизни, вместе с ответными действиями, которые члены семьи могут посчитать полезными для уходящего любимого человека на протяжении этого отрезка времени. В табл. 3 приводятся рекомендации по содействию, которое клиницист может оказывать лицам, ухаживающим за пациентом на последних этапах заболевания. Не все эти проявления могут присутствовать у всех больных, и реальное течение болезни может иметь значительные индивидуальные различия.

Как и при других аспектах паллиативной помощи, бригадный подход и непрерывное взаимодействие во времени являются ключевыми элементами успешных терапевтических взаимоотношений.

ПРОГНОЗИРУЕМЫЕ ВРЕМЕННЫЕ РАМКИ ПРИБЛИЖЕНИЯ К КОНЦУ ЖИЗНИ

Клини-ческие аспекты	Месяцы	Недели	Дни	Последние 24-48 ч
Медицинские	<ul style="list-style-type: none"> • Повышенная утомляемость • Повышенная сонливость • Пониженный аппетит • Усилившаяся боль, другие симптомы 	<ul style="list-style-type: none"> • Больше времени проводит в постели • Бессонница • Пониженный интерес к еде и питью • Ослабленная энергия • Трудности при ходьбе 	<ul style="list-style-type: none"> • Недержание • Полное изменение режима сна • Испарина • Многое путает • Когнитивный отказ • Изменения цвета кожи (бледность) • Изменения дыхания 	<ul style="list-style-type: none"> • Сонливость • Беспокойность • Возбуждение • Постепенная или внезапная потеря сознания • Дальнейшие изменения цвета кожи • Редкое дыхание • Булькающие звуки • Стоны • Бред
Эмоциональные	<ul style="list-style-type: none"> • Повышенная потребность в близости, беседах, физическом контакте • Социальная замкнутость • Всилившаяся печаль, плач • Стремление сблизиться, выражение чувств любви 	<ul style="list-style-type: none"> • Может говорить об организации похорон • Периоды интенсивного выражения эмоций • «Торг» • Обзор жизни, обсуждение событий прошлого • Утешение членов семьи • Боязнь сна 	<ul style="list-style-type: none"> • Более умиротворенный, спокойный • Более общительный • Признаки окончательного отрешения/ слова прощания • Повышенная беспокойность 	<ul style="list-style-type: none"> • Может не реагировать или слабо реагировать • Многое путает, бредит, неспособен ясно выразить эмоции
Духовные	<ul style="list-style-type: none"> • Повышенный интерес к духовным вопросам • Молитвы • Общение с религиозным/духовным наставником • Сомнения в вере 	<ul style="list-style-type: none"> • Сны или видения умерших близких • Усилившаяся вера в Бога • Периоды спокойных размышлений 	<ul style="list-style-type: none"> • Повышенная ясность мышления и эмоций • Усилившееся чувство умиротворенности и превосходства 	<ul style="list-style-type: none"> • Восприятие других измерений ощущений • Более глубокое чувство умиротворенности • Глубокий спокойный сон

Поддержка и образование

- | | | | |
|---|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Позвольте пациенту диктовать свои желания • насчет еды • Предлагайте и поощряйте желание есть и пить (никогда не давите и не заставляйте) • Предлагайте помощь при ходьбе • Помогите создать комфортабельное, безопасное окружение • Тесно сотрудничайте с лечащими врачами и сообщайте им о любых ухудшениях, симптомах или проблемах • Обеспечивайте эмоциональную поддержку • Слушайте • Постарайтесь не отрицать принятие пациентом своей болезни, говоря «Все будет хорошо» • Позвольте пациенту плакать и давать выход эмоциям • Не минимизируйте печальные эмоции • Молитесь с пациентом, если это возможно • Помогайте встречаться с духовным наставником | <ul style="list-style-type: none"> • Поощряйте решение пациента отдохнуть по мере необходимости • Продолжайте сообщать о любом усилении боли или симптомов лечащим врачам • Следите за любыми изменениями режима сна, питания и т. п. • Поощряйте обсуждение последней воли • Регулируйте посещения так, чтобы пациент мог отдохнуть • Позвольте ему обсуждать события его жизни, вспоминать • Обеспечьте физический контакт: массаж спины, стоп • Выказывайте чувства любви, притяжения • Оставляйте в спальне свет, если пациент боится темноты • Часто утешайте его, напоминая, что любимые им люди будут всегда рядом • Участвуйте в обсуждении духовных вопросов • Поддерживайте пациента в чистоте и сухости • Часто меняйте его положение, если он не может двигаться | <ul style="list-style-type: none"> • Предлагайте еду/напитки, но не заставляйте • Убедитесь, в сознании ли пациент и способен ли он глотать, прежде чем кормить его • Обеспечьте физический контакт • Увлажняйте губы кусочком льда, тампоном • Продолжайте беседовать включайте любимую или успокаивающую музыку • Члены семьи могут дежурить у постели • Не забывайте сами отдыхать и есть, когда это возможно (для сиделок) • Молитесь с пациентом | <ul style="list-style-type: none"> • Делайте теплые/прохладные компрессы по мере необходимости, если пациенту холодно/жарко • Разговаривайте с пациентом (даже если он не отвечает) • Сообщайте об изменениях дыхания лечащим врачам (они вам расскажут о «нормальных» изменениях дыхания в конце жизни) • Сообщайте лечащим врачам, если пациент выглядит недовольным (хмурится, grimасничает, морщит лоб) • Давайте лекарства по мере необходимости/в соответствии с указаниями • Разговаривайте с пациентом и выражайте свои эмоции • Оказывайте вербальную и невербальную поддержку словами и действиями • Прощаться и «отпускать» также уместно в это время • Успокаивайте пациента • Выражайте любовь, принятие • Участвуйте в поддерживающих ритуалах |
|---|---|---|---|

К многочисленным психологическим проблемам, описанным выше, следует добавить еще две не менее важные, а именно: множественная потеря и горе тяжелой утраты. В то время как феномен множественной потери при эпидемии СПИДа был известен пациентам, специалистам и обществу, в настоящее время он трудно осознается из-за долгосрочных взаимоотношений, которые были построены за многие годы взаимодействия пациента и клинициста. Хотя абсолютное количество смертей может снижаться, воздействие каждой потери может возрастать и становиться все больше и больше. Это может привести к кумуляции бремени горя и печали, которое с течением времени может начать оказывать пагубное влияние на специалистов, оказывающих помощь больным СПИДом. Важно это признать, предвидеть и соответствующим образом реагировать, понимая, что поддержание собственного «эмоционального здоровья» является важным аспектом сохранения перспективы длительной эффективной клинической работы с больными СПИДом.

Горе и печаль предшествуют потере и следуют за ней с отголосками в будущем для всех вовлеченных лиц. При современной хронической траектории ВИЧ-инфекции со множеством осложнений и ремиссий на стадиях увядания пациента члены семей и оказывающие помощь лица часто описывают чувство, будто они находятся на «американских горках», так как постоянное неведение о моменте наступления смерти истощает и является стрессом. Эта неопределенность также вызывает чувство повышенной тревожности, двойственности среди членов семьи (которые желают, чтобы «уж скорее бы все это закончилось», испытывая затем чувство вины по поводу таких мыслей), и такие же противоречивые чувства облегчения, когда наконец наступает смерть. Эти сложные эмоции требуют чувственного и внимательного отношения со стороны как медицинского персонала, так и специалистов, оказывающих психологическую помощь, и наилучшим образом их решить под силу именно междисциплинарной бригаде.

Переживание тяжелой утраты является важной фазой процесса потери и восстановления, представляя собой еще одну область, которая часто остается без должного внимания со стороны оказывающих помощь лиц и специалистов медицины. Потеря пациента, которая происходит после его смерти, часто сопровождается потерей взаимосвязи семьи усопшего с медицинским работником, которая могла возникнуть и укрепиться на протяжении многих лет близкого взаимодействия. Вовлечение в контакт с семьей во время утраты (в диапазоне от написания письма с выражением искренних соболезнований и

посещения похорон до предоставления консультационных услуг или другого клинического наблюдения семьи) может быть крайне полезной и утешительной процедурой как для семьи, так и для клинициста. Некоторые или все из этих мероприятий должны быть включены в рутинное диспансерное наблюдение семей и других вовлеченных лиц после смерти конкретного пациента, вне зависимости от того, оказывает ли данный специалист медико-социальную помощь другим членам семьи. За рубежом многие клинические программы борьбы со СПИДом организуют для умерших пациентов поминальные службы, на которых присутствуют как медики-профессионалы, так и члены семьи покойного или другие близкие люди, что, несомненно, является сильным выражением памяти и частью процесса работы по облегчению горя для живых.

БОЛЬ ПРИ ВИЧ/СПИДе

С появлением высокоактивной антиретровирусной терапии не снизилась потребность в оказании паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом. Действительно, благодаря новым методам лечения меньше пациентов умирает от СПИДа, в то же время общее количество людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, неуклонно увеличивается. Новые виды лечения, в особенности ВААРТ, также могут вызывать дополнительные симптомы и осложнения, включая боль, которые необходимо выявлять и бороться с ними. Кроме того, по мере изменения эпидемиологической обстановки, проблема лечения боли у больных СПИДом, употреблявших наркотики в анамнезе, приобретает все большее значение.

В нескольких исследованиях документально установлено, что боль у пациентов с ВИЧ/СПИДом характеризуют следующие особенности:

- высокая распространенность и разнообразие форм проявления;
- связь со значительными физиологическими и функциональными расстройствами;
- вызывающее тревогу недостаточное лечение.

Кроме того, боль оказывает огромное негативное воздействие на качество жизни в целом. Поэтому очень важно, чтобы лечение боли было более интегрировано в схему общего лечения пациентов с ВИЧ-инфекцией.

Боль подразделяется на два основных типа: *ноцицептивная* и *нейропатическая* боль. Ноцицептивная боль возникает в результате раздражения интактных ноцицепторов, свободных нервных окончаний афферентных нервов. Различают *соматическую боль* (вовлекающую кожные покровы, мягкие ткани, мышцы и кости), и *висцеральную боль* (поражающую внутренние органы и полостные органы). Ноцицептивная боль может быть хорошо локализованной (чаще при соматической боли) или более распространенной/разлитой (чаще при висцеральной боли) и может быть острой, тупой, ноющей, грызущей, пульсирующей, постоянной, или спастической, при различной интенсивности. Нейропатическая боль возникает при раздражении или повреждении нервных тканей и может быть жгучей, колющей, стреляющей с ощущением «удара электрическим током» или аллодинии (ощущение боли или дискомфорта в результате минимального раздражителя, такого как, например, легкое прикосновение к коже). Классификация боли по этим подтипам (в особенности сравнение ноцицептивной и нейропатической) может помочь в определении соответствующей терапии, о чем пойдет речь далее.

Ноцицептивная боль

- возникает в результате раздражения неповрежденных ноцицепторов;
- включает соматическую боль (поражающая кожные покровы, мягкие ткани, мышцы и кости) и висцеральную боль (вовлекающая внутренние органы);
- отвечает на опиоидные и неопиоидные анальгетики.

Нейропатическая боль

- возникает в результате повреждения или раздражения нервных тканей;
- отвечает на опиоидные и неопиоидные анальгетики, а также на вспомогательные лекарственные средства.

Краткое описание болевых синдромов при ВИЧ/СПИДе

Болевые синдромы, встречающиеся при СПИДе, различны по природе и происхождению, о чем говорилось выше. Наиболее распространенные болевые синдромы, исследованные на настоящий момент, включают: болезненную сенсорную периферическую нейропатию, боль при обширной саркоме Капоши, головную боль, боль в полости рта и глотки, боль в животе, боль в грудной клетке, артралгии и

миалгии, а также болезненные дерматологические состояния. Убедительно показано, что у пациентов, страдающих СПИДом, широко распространена как нейропатическая боль (полинейропатии, радикулопатии), так и ноцицептивная (соматическая и/или висцеральная) (Хьюитт с соавт., 1997).

Таблица 4

**Болезненные синдромы
и наиболее распространенные диагнозы боли**

Тип боли	Распространенность, %
Соматическая	71
Нейропатическая	46
Висцеральная	29
Головная	46
Диагноз боли	
Общая боль	31
Полинейропатия	28
Мышечная	27
Кожная	15
Костная	20
Живот	17
Грудная клетка	13
Радикулопатия	12

Этиологию болевых синдромов, наблюдаемых при ВИЧ-инфекции, можно подразделить на три категории: вызванные непосредственно ВИЧ-инфекцией или последствиями иммуносупрессии; вызванные лечением СПИДа; и несвязанные со СПИДом или его лечением. В частности, различают следующие болевые синдромы.

Боли, связанные с ВИЧ/СПИД

- ВИЧ-нейропатия;
- ВИЧ-миелопатия;
- саркома Капоши;
- вторичные инфекции (кишечник, кожа);
- спланхномегалия;
- артрит/васкулит;
- миопатия/миозит.

Боли, связанные с терапией ВИЧ/СПИДа

- антиретровирусные препараты, противовирусные препараты;
- противотуберкулезные препараты, средства профилактики РСР;
- химиотерапия (винкристин);
- лучевая терапия;
- хирургическое лечение;
- процедуры (бронхоскопия, биопсии).

Боли, не связанные со СПИДом

- заболевания дисков;
- диабетическая нейропатия.

По результатам проведенных на настоящий момент времени исследований, приблизительно 45% встречающихся болевых синдромов непосредственно связаны с ВИЧ-инфекцией или последствиями подавления иммунной системы; от 15 до 30% являются результатом лечения ВИЧ/СПИДа, или связаны с проведением диагностических процедур; оставшиеся 25–40% не связаны с ВИЧ-инфекцией или ее лечением.

Боли у женщин с ВИЧ/СПИДом

В одном исследовании были получены указания на то, что женщины, страдающие СПИДом, испытывают болевые ощущения чаще, чем мужчины, страдающие ВИЧ-инфекцией, при этом интенсивность боли у женщин несколько выше. Это может частично отражать тот факт, что женщины с болями, связанными со СПИДом, не получают адекватного лечения в два раза чаще, чем мужчины. У женщин с заболеванием ВИЧ имеются уникальные болевые синдромы гинекологической природы, специфически связанные с инфицированием условно патогенными микроорганизмами, а также различными раковыми заболеваниями органов малого таза и мочеполовой системы, а в одном исследовании у женщин со СПИДом была достоверно более высокая вероятность постановки диагноза радикулопатии и головной боли.

Боли у детей с ВИЧ/СПИД

Дети, страдающие ВИЧ-инфекцией, также испытывают боли при следующих состояниях:

- менингит и синусит (головные боли);
- средний отит;
- опоясывающий лишай;

- целлюлит и абсцессы;
- кандидозный дерматит тяжелой степени;
- кариес зубов;
- кишечные бактериальные инфекции (МАК и *Cryptosporidium*);
- гепатоспленомегалия;
- кандидоз слизистой полости рта и пищевода;
- спастичность, обусловленная энцефалопатией, вызывающей болезненные мышечные спазмы.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ БОЛЕВЫЕ СИНДРОМЫ У ПАЦИЕНТОВ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ

В данном разделе приводится более подробный обзор различных болевых проявлений при ВИЧ-инфекции.

Гастроинтестинальные болевые синдромы

Многие оппортунистические инфекции и ВИЧ-ассоциированные опухоли также, как побочные эффекты некоторых широко применяемых противоретровирусных лекарственных препаратов, могут сопровождаться болью в желудочно-кишечном тракте. Обычно боль эта успокаивается после специфического этиотропного лечения, но адекватное обезболивание необходимо уже во время диагностической оценки состояния пациента.

Боль в области ротоглотки

Боль в орофарингеальной области широко распространена, ее частота составляет приблизительно 20% всех болевых синдромов.⁸ Частыми источниками боли в ротовой полости являются: кандидоз, некротический гингивит, а также абсцессы зубов и изъязвления, вызванные вирусом простого герпеса (ВПГ), цитомегаловирусом, вирусом Эбштейна-Барра (ВЭБ), атипичная и типичная микобактериальная инфекция, криптококковая инфекция или гистоплазмоз. Довольно часто не удается идентифицировать возбудителя инфекции, и тогда болезненные рецидивирующие афтозные язвы представляют собой сложную клиническую проблему. С ними можно бороться при помощи местного или системного применения стероидов и/или талидомида. Приблизительно у 75% пациентов с кожной саркомой Капоши (СК) также имеются поражения полости рта, наиболее часто локализующиеся на небе, хотя они вызывают боль в редких случаях. Наконец, причиной стоматита может быть зальцитабин (ddC).

Боли в пищеводе

Многие пациенты с ВИЧ/СПИД страдают дисфагией (затруднения при глотании) или одинофагией (боль при глотании), наиболее распространенной причиной которых является кандидозное поражение пищевода. Оно бывает довольно болезненным и обычно является результатом цитомегаловирусной инфекции, хотя может быть идиопатическим. В таких случаях успешно применяется талидомид. Инфекционный эзофагит могут вызвать: сам ВИЧ, папававирус, ВПГ, ВЭБ, микобактерии, *Cryptosporidium* и *Pneumocystitis carinii*. Отмечено, что саркома Капоши и лимфома поражают пищевод, приводя к дисфагии, боли и изъязвлению. Способствовать развитию эзофагита может прием зидовудина и зальцитабина (ddC), а также нестероидных противовоспалительных препаратов.

Боли в животе

Брюшная полость является основной локализацией боли у 12-25% пациентов с ВИЧ. Преобладающими причинами боли в животе являются инфекции, включая криптоспоридиоз, шигеллез, сальмонеллез, *C.jejuni*, цитомегаловирусный илеит и микобактериальные инфекции (МАК).

Были описаны случаи прободения тонкого и толстого кишечника вследствие ЦМВ-инфекции. Рецидивы инвагинации тонкого кишечника отмечались в сочетании с кампилобактерной инфекцией. Лимфома желудочно-кишечного тракта может сопровождаться болями в брюшной полости и непроходимостью кишечника. Другие причины боли в брюшной полости у ВИЧ-позитивных пациентов включают: непроходимость кишечника, спланхномегалию, спонтанный асептический перитонит, токсический шок, опоясывающий лишай и синдром Фицью-Куртиса (перигепатит в ассоциации с гонококковой или хламидиозной инфекцией маточных труб). Многие противоретровирусные препараты вызывают гастроинтестинальные симптомы, однако молочно-кислый ацидоз — редкое, но тяжелое осложнение при некоторых режимах ВААРТ — может сопровождаться болями в животе. Диданозин (ddI), зальцитабин (ddC) и ставудин (d4T) могут вызывать панкреатит (см. ниже), а у пациентов, принимающих индинавир, повышен риск развития почечнокаменной болезни.

Боли в желчевыводящих путях и поджелудочной железе

Холецистит является болезненным состоянием, которое может развиваться у пациентов с ВИЧ как результат оппортунистической инфекции,

наиболее частыми представителями которой являются ЦМВ, и криптоспоридиоз. Боль возникает при непроходимости внепеченочных желчных путей вследствие саркомы Капоши или МАК-инфекции.

Склерозирующий холангит (ЦМВ, криптоспоридиоз) может вызвать боли в верхнем правом квадранте или надчревной области, а инфицирование печени условно патогенными микроорганизмами (ЦМВ, МАК, грибковые инфекции), равно как и интоксикация печени, вызванная лекарственными средствами (ddI, пентамидин, ритонавир и неварапин), является причиной гепатита и болей в брюшной полости или правом верхнем квадранте живота. Неуклонно возрастает частота сопутствующего инфицирования вирусными гепатитами (особенно гепатитом В или С), что становится причиной боли в печени.

Панкреатит — крайне болезненное состояние — часто связывают с побочными эффектами антиретровирусной терапии, в особенности диданозином, ставудином и дидеоксицидином. Внутривенное введение пентамидина также может осложниться панкреатитом. Среди других причин панкреатита следует отметить ЦМВ инфекцию, МАК, криптококковую лимфому и саркому Капоши.

Боли в области заднего прохода и прямой кишки

Частыми причинами аноректальной болезненности являются параректальные абсцессы, ЦМВ-проктит, трещины заднего прохода, а также инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ) и вирусом простого герпеса (ВПГ).

Болевые синдромы грудной клетки

ВИЧ-инфицированные пациенты довольно часто жалуются на боли в грудной клетке, на долю которых приходится около 13% всех болевых синдромов, отмечаемых в выборке амбулаторных пациентов со СПИДом. Источники боли в грудной клетке у пациентов с ВИЧ-инфекцией сходны с таковыми в обычной популяции, т. е. сердечные, пищеводные, легочные и плевральные, а также в стенке грудной клетки. Однако этиология может быть уникальной, а именно — оппортунистические инфекции и различные виды рака. Индекс риска ишемической болезни сердца даже у молодых пациентов без других факторов риска будет высоким, если пациент получает ВААРТ. У пациентов с подавленным иммунитетом следует учитывать инфекционные причины боли в грудной клетке, в особенности при наличии лихорадки и

других локальных симптомов, таких как дисфагия, диспноэ или кашель. Инфекционными причинами боли в грудной клетке могут быть:

- пневмоцистная пневмония (с пневмотораксом или без него);
- эзофагит (ЦМВ, кандидоз, ВПГ);
- плеврит/перикардит (вирусный, бактериальный, туберкулезный);
- постгерпетическая невралгия.

Оппортунистические виды рака (саркома Капоши, лимфома), вовлекающие пищевод, перикард, стенку грудной клетки, легкие и плевру, могут также быть источником боли в груди. В редких случаях причинами боли в груди могут быть легочная эмболия или бактериальный эндокардит.

Неврологические болевые синдромы

Болевые синдромы, возникающие при поражении различных отделов нервной системы, включают головную боль, болезненные периферические невропатии, радикулопатии и миелопатии. Вирус иммунодефицита человека обладает высокой нейротропностью и поражает структуры центральной и периферической нервных систем на ранних стадиях течения ВИЧ-инфекции. Как следствие, многие осложнения ВИЧ/СПИД и оппортунистических инфекций приводят к возникновению неврологических болевых синдромов. Кроме того, многие широко используемые против ВИЧ/СПИДа лекарственные средства также могут вызывать неврологическую боль. В редких случаях причиной центральных болевых синдромов могут стать сосудистые нарушения головного мозга (например, таламический инсульт), возникающие на фоне гиперкоагуляции.

Головная боль

Частота головных болей у больных ВИЧ/СПИДом чрезвычайно высока, что часто ставит клиницистов перед непростой диагностической дилеммой, поскольку лежащие в основе боли причины могут варьировать в широком диапазоне от психо-эмоционального стресса и переутомления до угрожающей жизни инфекции центральной нервной системы. Дифференциальная диагностика головной боли у пациентов с ВИЧ-инфекцией проводится между следующими состояниями:

- ВИЧ-энцефалит, атипичный асептический менингит;
- оппортунистические инфекции нервной системы;
- СПИД-обусловленные опухоли ЦНС;
- синусит;

- напряжение (нервное);
- мигрень;
- головная боль, вызванная применением лекарственных средств (например, азидотимидином).

Токсоплазмоз и криптококковый менингит являются двумя наиболее распространенными оппортунистическими инфекциями центральной нервной системы, которые вызывают головную боль у больных СПИДом. Среди других оппортунистических инфекций ЦНС, которые могут приводить к возникновению головных болей у этих пациентов, можно отметить следующие:

- ЦМВ;
- ВПГ и *herpes zoster*;
- прогрессирующая крупноочаговая лейкоэнцефалопатия (*papovavirus*);
- дрожжеподобные грибки вида *Candida albicans*;
- туберкулезная палочка (*Mycobacterium tuberculosis*);
- МАК;
- нейросифилис.

Одной из наиболее распространенных причин головной боли неясной этиологии является синусит. Оппортунистические виды рака центральной нервной системы включают лимфому, метастазирующую системную лимфому и метастазирующую внутричерепную саркому Капоши. Они могут проявляться, особенно у пациентов с ослабленной иммунной системой, в виде повышенного внутричерепного давления с очаговыми неврологическими признаками или без них, а также лихорадки и менингизма. Более доброкачественные причины головных болей у ВИЧ-инфицированных пациентов включают побочное действие азидотимидина; головная боль напряжения; мигрень с аурой или без нее; а также неклассифицируемая или идиопатическая головная боль. Эверс с соавт. в 1999 году пришли к заключению, что прогрессирующая иммунологическая недостаточность у пациентов с ВИЧ-инфекцией различными путями влияет на формирование боли при цефалгии. При естественном течении ВИЧ-инфекции частота мигрени достоверно снижалась, тогда как частота головной боли напряжения увеличивалась.

Невропатии

Нейропатическая боль возникает примерно у 40% больных СПИДом. Наиболее распространенной из встречающихся у этих пациентов болезненных невропатий является преимущественно сенсорная невро-

патия (ПСН). Однако, другие потенциально болезненные невропатии у больных ВИЧ/СПИДом могут вызываться следующими причинами:

- вирусные и невирусные инфекции (*mononeuritis multiplex*, включая *polyneuritis cranialis*, полирадикулопатию нижних конечностей, синдром *cauda equine* и плексопатии);
- иммуно-опосредованная воспалительная демиелинизация (острый и хронический синдром Гийена-Барре);
- различные болезненные состояния (диабетическая невропатия, пост-герпетическая невралгия, тоннельные невропатии);
- неполноценное питание (дефицит витаминов В₆, В₁₂);
- токсины (алкоголь);
- режимы терапии ВИЧ (диданозин, зальцитабин).

Некоторые противоретровирусные препараты могут вызывать болезненную токсическую невропатию, в частности:

- диданозин, зальцитабин, ставудин;
- химиотерапевтические препараты, применяемые для лечения саркомы Капоши (винкристин);
- большое количество лекарственных средств, используемых при лечении инфекций, ассоциированных с ВИЧ.

Основные типы периферической нейропатии у пациентов с ВИЧ/СПИД изложены ниже.

Преимущественно сенсорная невропатия при СПИДе

ИММУНО-ОПОСРЕДОВАННАЯ:

- воспалительные демиелинизирующие полиневропатии (ВДП);
- острые (синдром Гийена-Барре);
- хронические ВДП.

ИНФЕКЦИОННАЯ:

- цитомегаловирусная полирадикулопатия;
- цитомегаловирусная множественная мононевропатия;
- опоясывающий лишай;
- микобактериальные (МАК).

ТОКСИЧЕСКАЯ/СВЯЗАННАЯ С ПИТАНИЕМ:

- алкоголь, витаминная недостаточность (В₆, В₁₂);
- противоретровирусные препараты (диданозин, зальцитабин, ставудин);
- противовирусные препараты (фоскарнет);

- профилактика РСР (дапсон);
- противобактериальные средства (метронидазол);
- противотуберкулезные препараты (изониазид, рифампин, этионамид);
- противоопухолевые средства (винкристин, винбластин).

ДРУГИЕ СОСТОЯНИЯ:

- диабетическая невропатия;
- постгерпетическая невралгия.

Преимущественно сенсорная невропатия при СПИДе

Наиболее распространенной является симметрическая преимущественно сенсорная болезненная периферическая невропатия. Как правило, это позднее проявление, которое наиболее часто отмечается у пациентов со СПИДом. Заболеваемость этим видом невропатии среди контингента хосписов варьирует от 10 до 26%. Преобладающим симптомом приблизительно у 60% пациентов является боль в подошвах стоп. Нередкой является парестезия, которая обычно поражает тыл стопы и подошвы. У большинства пациентов присутствуют проявления периферической невропатии (наиболее часто — это отсутствие или снижение коленного рефлекса и повышенный порог чувства боли и вибрации), и по мере прогрессирования признаков симптомы часто ограничиваются только стопой. Хотя жалобы пациентов носят преимущественно сенсорный характер, в электрофизиологических исследованиях было показано как сенсорное, так и моторное вовлечение.

Иммуно-опосредованные невропатии

Острый синдром Гийена-Барре был описан в связи с сероконверсией (инфекция группы I), но может происходить в любое время. Как острые, так и хронические воспалительные демиелинизирующие полиневропатии являются преимущественно моторно-связанными, а сенсорные аномалии редки. Множественный мононеврит проявляется сенсорным или моторным дефицитом в проекции множественных спинальных, краниальных и периферических нервов и может прогрессировать с переходом в хроническую воспалительную демиелинизирующую полиневропатию.

Инфекционные невропатии

Полирадикулопатии (ассоциированные с цитомегаловирусной инфекцией) часто сопровождаются корешковыми болями и имеют отличительное течение. Начало обычно носит подострый характер, и дефи-

цит функций в начале ограничивается корнями крестцовых или поясничных нервов. Поражаются как сенсорная, так и двигательная функции, и обычно на раннем этапе происходит вовлечение сфинктеров. Прогрессирование носит неумолимый и безжалостный характер.

Харрисон с соавт. выявил три переменные величины, связанные с болью при опоясывающем лишае: размер заживления поражения; размер покрытия струпиями и количество новых пузырьков. По результатам их исследования значение исходной боли было прогностическим фактором возвращения к функционированию в повседневной жизни. Более того, значение боли на момент обследования и в срок один месяц было достоверным прогностическим фактором хронической боли.

Токсические/связанные с питанием невропатии

У пациентов с ВИЧ-инфекцией токсические и связанные с питанием невропатии отмечались по следующим причинам:

- алкоголь;
- витаминная недостаточность (B_6 , B_{12});
- противоретровирусные препараты (диданозин, зальцитабин, ставудин);
- противовирусные препараты (фоскарнет);
- профилактика РСР (дапсон);
- противобактериальные средства (метронидазол);
- противотуберкулезные препараты (изониазид, рифампин, этионамид);
- противоопухолевые средства (винкристин, винбластин).

Болезненные невропатии в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции

В целом, тип невропатии варьирует в зависимости от стадии инфекции следующим образом:

- острая или сероконверсная фаза ВИЧ-заболевания ассоциирована с мононевритами, плечевой плексопатией и острой демиелинизирующей полиневропатией; J латентная (скрытая) или бессимптомная фаза ($CD4+$ Т лимфоциты $> 500/мм^3$) характеризуется острыми и хроническими демиелинизирующими полиневропатиями.
- переходная фаза (200-500 клеток $CD4+$) характеризуется опоясывающим герпесом (лишаем) и множественным мононевритом;
- поздняя фаза заболевания ВИЧ (< 200 клеток $CD4+$) характеризуется ВИЧ-преобладающей сенсорной полиневропатией, ЦВМ-невропатией, множественным мононевритом, автономной невропатией, мононевропатиями вследствие менингеальных заболеваний и ток-

сическими невропатиями, вызванными токсическим действием антиретровирусных препаратов.

Ревматологические болевые синдромы

В исследованиях, проведенных группой мемориального комплекса Слоана-Кеттеринга, более 50% болевых синдромов было классифицировано в качестве ревматологических по природе, включая различные формы артрита, артропатии, артралгии, миопатии, миозита и миалгии.

Аррит и артропатии

Боль при ВИЧ-инфекции ассоциируется с несколькими типами артрита и артропатии, включая:

- неспецифические артралгии;
- реактивный артрит;
- псориазический артрит;
- ВИЧ-ассоциированный артрит;
- септический артрит (редко).

Наиболее часто встречается реактивный артрит или синдром Рейтера. Острая ВИЧ-инфекция может сопровождаться полиартралгией в сочетании с мононуклеозно-подобным заболеванием. Также имеется синдром острой сильной или перемежающейся суставной боли, который также называют ВИЧ-ассоциированным болезненным суставным синдромом, и который часто поражает плечевые и крупные суставы нижних конечностей.

У пациентов с ВИЧ-инфекцией отмечали псориаз и псориазический артрит. Артрит, как правило, встречается в сочетании с кожными проявлениями псориаза. О'Нейл и Шеррард выдвигают предположение, что он может протекать по типу, который оказывается рефрактерным к обычным видам лечения. Райнес с соавт. также описали ВИЧ-ассоциированный артрит, который, как правило, является олигоартритом, поражающим суставы нижних конечностей. Септический артрит отмечался у пациентов с ВИЧ вследствие бактериальных инфекций и *Cryptococcus neoformans* и *Sporothrix schenckii*.

Миопатия и миозит

Пациенты с ВИЧ часто испытывают мышечные боли. Описано несколько видов миопатии и миозита:

- ВИЧ-ассоциированная миопатия или полимиозит;
- некротизирующая невоспалительная миопатия, связанная или несвязанная с применением зидовудина;
- пиомиозит;
- микроспоридиозный миозит.

Полимиозит может возникнуть на любой стадии ВИЧ-инфекции; принято считать, что он является результатом непосредственного вирусного поражения мышечных клеток и клинически проявляется подострой слабостью проксимальных мышц и миалгии. У пациентов широко распространены электромиографические проявления миопатии, повышенное содержание креатининкиназы в сыворотке крови и признаки полимиозита при биопсии.

Лекарственные средства, используемые при лечении ВИЧ, могут также вызвать развитие миалгии и миозита. Особенно это касается зидовудина, причем после его отмены часто наблюдается улучшение симптомов.

ОЦЕНКА БОЛИ ПРИ ВИЧ/СПИДе И ВЫБОР ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

Для оптимального лечения боли у пациентов с ВИЧ/СПИДом требуется междисциплинарный подход. Начальная оценка призвана определить этиопатогенез боли и исходное состояние пациента, которые будут влиять на выбор лечебной тактики. Ниже приводится обсуждение инструментов для оценки интенсивности боли и эффективности лечебных мероприятий. Для правильной оценки любого вида лечения требуется тесное сотрудничество и доверительные отношения между клиницистами и пациентом/членами его семьи.

Лестница боли ВОЗ

Выбор обезболивающих средств следует проводить в соответствии с принципами так называемой «лестницы обезболивания», предложенной всемирной организацией здравоохранения. Необходимо, чтобы медицинский персонал чувствовал себя уверенно при назначении одного или двух лекарственных препаратов, находящихся на каждой «ступеньке», включая умение успешно бороться с побочными эффектами лечения; легко переходил с одного уровня «лестницы обезболивания» на другой; знал взаимодействие между лекарственными препаратами; и, наконец, знал схемы применения лекарственных пре-

паратов. Различные виды вспомогательной терапии также являются немаловажными компонентами лечения боли и играют ключевую роль при СПИДе, особенно при лечении нейропатической боли.

Оценка боли при ВИЧ/СПИДе

В ранние годы развития хосписного движения в Великобритании С. Сондерс предложила концепцию «тотальной боли», которая подчеркивает важность не только физических, но и психологических, социальных и духовных аспектов при лечении пациентов, страдающих от боли. Исходя из этого было признано, что для оптимального ослабления или устранения боли у пациента со СПИДом требуется тесное сотрудничество между всеми членами «бригады», оказывающими медико-социальную помощь.

Первым шагом в лечении является комплексная оценка боли. Профессиональный медицинский работник при оказании помощи больным СПИДом должен обладать полным набором теоретических и практических знаний этиологии и принципов лечения боли, включая глубокое понимание различных видов обсуждаемых болевых синдромов при СПИДе, а также близкое знакомство с параметрами и критериями соответствующего фармакологического лечения.

Комплексная оценка включает следующие аспекты:

- сбор точных анамнестических данных (внимательное изучение истории болезни) и физикальное обследование, при помощи которого можно обнаружить поддающийся выявлению синдром (например, опоясывающий лишай, бактериальная инфекция или невропатия), который можно вылечить при помощи общепринятых методов терапии;
- установление наличия боли в анамнезе, что может дать ценную информацию о природе лежащего в основе процесса и в действительности помочь выявить другие поддающиеся лечению нарушения и расстройства;
- описание качественных характерных особенностей боли, ее течение во времени и манипуляции, которые усиливают или снижают интенсивность боли.

Интенсивность боли (в данный момент, в среднем, в лучшем случае, в худшем случае) оценивается для определения силы необходимого обезболивающего препарата и оценки эффективности проводящегося в настоящее время лечения. Дескрипторы боли (жгучая, стреляющая,

тупая или острая) призваны помочь определению механизма боли (ноцицептивная соматическая или висцеральная, невропатическая), а также прогнозированию реакции пациента на различные классы анальгетиков и коанальгетиков (НПВП, опиоиды, антидепрессанты, противосудорожные препараты, пероральные местные анестетики, кортикостероиды и т. д.). Кроме того, необходимо проводить подробную медицинскую и психосоциальную оценку (включая наличие в анамнезе употребления наркотиков). По возможности необходимо установить контакт с членами семьи или близкими пациента для включения их в процесс планирования терапии боли. Во время этапа оценки боль необходимо лечить агрессивными методами, в то время как жалобы на боль и психологические проблемы подлежат постоянному процессу повторных многократных оценок.

Инструменты для оценки боли

Оценка боли представляет собой непрерывный процесс, который необходимо повторять снова и снова на протяжении всего периода лечения. Легкодоступные, простые в применении и клинически обоснованные параметры и инструменты упрощают оценку боли и увеличивают надежность получаемых при этом результатов. Общеизвестны четыре основных аспекта боли при СПИДе, которые требуют непрерывной оценки:

- интенсивность боли;
- уровень анальгезии;
- влияние боли на состояние функций пациента (настроение, общие и специфические виды активности);
- контроль побочных эффектов и осложнений лечения.

Многие инструменты оценки боли основываются на визуальном аналоговом тестировании. Три наиболее широко применяющихся оценочных инструмента для оценки интенсивности боли. Это — Шкала вербальных оценок (ШВО), Числовая шкала (от 0 до 10 баллов), и Визуально-аналоговая шкала (ВАШ). Шкала «гримас боли» Вонг-Бэйкера, показывающая рисунки лица, отображающие переживание болевых ощущений, может быть использована у детей, у пациентов, не знающих языка, на котором говорит медицинский работник, а также у неграмотных пациентов. Можно также воспользоваться так называемой «Картой оценки боли по памяти», так как она является весьма полезным с клинической точки зрения инструментом, позволяющим пациентам довольно подробно сообщать об испытываемой ими боли. Эта карта состоит из визуальных аналоговых шкал, которыми измеря-

ют интенсивность боли, уровень аналгезии, а также настроение пациента. «Краткая анкета боли» представляет собой еще один инструмент для оценки боли, который широко применяется в исследованиях боли при онкологических заболеваниях и СПИДе, а также в клинической практике. В этой анкете имеется подшкала, при помощи которой оценивается влияние боли на семь аспектов качества жизни и функционирования пациента.

Многопрофильный подход

Большинство рекомендаций, разработанных специалистами для лечения болей при раке, затрагивают вопросы устранения боли при СПИДе. Считается, что принципы оценки и лечения боли у онкологических больных и пациентов с ВИЧ/СПИДом не имеют фундаментального отличия. Следовательно, они должны также применяться у пациентов с ВИЧ/СПИДом. В отличие от боли при раке, при ВИЧ вероятность излечения основной причины более высока. Оптимальным при СПИДе является многопрофильное лечение боли, включающее фармакологические, психотерапевтические, познавательные-поведенческие, анестезиологические и реабилитационные подходы. Сложность взаимодействия между познавательными, эмоциональными, социально-общественными и ноцицептивными аспектами боли при СПИДе определяет такую модель многопрофильного вмешательства.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ БОЛИ ПРИ ВИЧ/СПИДЕ

Всемирная организация здравоохранения разработала методические рекомендации для обезболивания при раке, которые одобрило и утвердило для лечения боли, связанной с ВИЧ/СПИДом. Эти рекомендации, широко известные как Анальгетическая лестница ВОЗ, получили широкую признательность, зарекомендовав себя с самой лучшей стороны. При таком подходе приветствуется выбор анальгетиков на основании степени тяжести, а также вида/типа боли (нейропатическая, ноцицептивная). Для слабой и умеренной боли рекомендуется применение неопиоидных анальгетиков, таких как нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и ацетаминофен. При боли от умеренной до сильной следует назначать слабые опиоидные анальгетики (кодеин, трамал). При сильной боли переходят на сильные опиоиды (морфин, фентанил). Симптоматические средства, такие как слабительные и психостимуляторы, полезны для профилактики и лечения побочных эффектов опиоидов (запоры и седация, соответ-

ственно). Такие вспомогательные препараты, как антидепрессанты коанальгетики, предлагаются к продуманному использованию вместе с опиоидами и НПВП на всех этапах аналгетической лестницы, но имеют наиболее важное клиническое значение при лечении нейропатической боли. Подход, предложенный ВОЗ, пока не получил своего обоснования и общего признания при СПИДе. Тем не менее его поддерживает большинство авторитетных специалистов в области лечения боли и СПИДа. Кроме того, в литературе последнего времени стали появляться клинические отчеты, описывающие успешное применение опиоидов для лечения боли при СПИДе согласно принципам «анальгетической лестницы» ВОЗ.

Таблица 5

Пероральные аналгетики для лечения слабой и умеренной боли при ВИЧ/СПИДе

Класс аналгетика	Начальная доза, мг	Продолжительность действия, ч	Период полураспада, ч	Примечания
Ацетаминофен	650	4-6	4-6	Гепатотоксичен при несоблюдении дозы
<i>Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)</i>				
Аспирин	650	4-6	4-6	Стандарт сравнения для неопиоидных аналгетиков
Ибупрофен	400-600	-	-	Подобно аспирину, может угнетать функцию тромбоцитов
Трисалицилат холина магния	700-1500	-	-	Не вызывает гематологических или гастроинтестинальных осложнений
<i>Слабые опиоиды</i>				
Кодеин	32-65	3-4	-	Метаболизируется в морфин, часто используется у пациентов с риском легочного кровотечения
Оксикодон	5-10	3-4	-	Применяется как для монотерапии, так и в комбинации с аспирином или ацетаминофеном
Пропоксифен	65-130	4-6	-	Токсические метаболиты накапливаются при повторном дозировании

Неопиоидные анальгетики

Неопиоидные анальгетики назначаются, главным образом, для лечения слабой боли или для усиления действия опиоидных анальгетиков при лечении умеренной и сильной боли (см. табл. 5). Применение НПВП у больных СПИДом должно сопровождаться повышенным осознанием токсичности и серьезных побочных эффектов. НПВП активно связываются с белками, поэтому фракция свободно доступного препарата увеличивается у пациентов со СПИДом, истощенных, ослабленных, с гипоальбуминемией, что часто приводит к токсичности и побочным эффектам. Больные СПИДом часто страдают гиповолемией, получают нефротоксичные препараты, имеют сопутствующую ВИЧ нефропатию, поэтому у них повышен риск почечной токсичности, связанный с применением НПВП. Жаропонижающие эффекты НПВП могут помешать раннему выявлению инфекции у пациентов со СПИДом. Среди основных побочных эффектов, связанных с применением НПВП, следует отметить следующие:

- образование язв желудка;
- почечная недостаточность;
- нарушения функций печени;
- кровотечения.

Неацетилированные салицилаты, такие как салсалат, натрия салицилат и холин магния салицилат теоретически оказывают меньше побочных эффектов на желудочно-кишечный тракт (ЖКТ), и их применение можно рассматривать в случаях, когда расстройства ЖКТ представляют текущую проблему. Профилактика желудочно-кишечных симптомов, связанных с применением НПВП, включает назначение антагонистов H₂-рецепторов (циметидин в дозе 300 мг 3-4 раза в сутки или ранитидин в дозе 150 мг 2 раза в сутки; омепразол 20 мг один раз в день или любое другое антацидное средство).

НПВП оказывают влияние на функцию почек, вызывая снижение скорости клубочковой фильтрации, что может привести к острой или хронической почечной недостаточности, интерстициальному нефриту, папиллярному некрозу и гиперкалиемии. У пациентов с исходным нарушением функции почек НПВП следует применять с особой осторожностью, так как элиминация многих препаратов (кетопрофен, феропрофен, напроксен и карпрофен) зависит в большой степени от почечного клиренса. Риск нарушения функции почек является наиболее высоким у пациентов на поздних стадиях СПИДа, имеющих

почечную дисфункцию в анамнезе, гиповолемию, сопутствующую терапию нефротоксическими препаратами и сердечной недостаточностью. Простагландины изменяют сосудистый тонус, и их подавление нестероидными противовоспалительными средствами может вызвать гипертензию, а также вмешаться в фармакологический контроль гипертонии. Также следует проявлять осторожность у пациентов, получающих β -блокаторы, мочегонные средства или ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента. В нескольких исследованиях было выдвинуто предположение о том, что с желчью выводится значительная часть некоторых НПВП, включая индометацин и сулиндак. У пациентов с хронической дисфункцией печени эти препараты следует применять с большой осторожностью. Большинство НПВП, за исключением неацелированных салицилатов, вызывают подавление агрегации тромбоцитов (обычно обратимое), необратимое при применении аспирина. НПВП следует применять крайне осторожно, или вообще избегать их применения у пациентов с тромбоцитопенией или нарушениями свертываемости крови.

Опиоидные анальгетики

Согласно рекомендациям ВОЗ, опиоидные анальгетики представляют собой основу фармакотерапии умеренной и сильной боли у больных СПИДом (см. табл. 6).

Принципы фармакотерапии опиоидами

Необходимым условием эффективной фармакотерапии является систематический прием опиоидов для обеспечения круглосуточного контроля боли. Если у пациента нет предыдущего опыта приема опиоидов, адекватного обезболивания можно добиться при помощи слабых опиоидов таких, как кодеин или трамал. Для купирования сильной боли или лечения пациента, принимавшего опиоиды в анамнезе, может потребоваться назначение морфина или других сильнодействующих препаратов. Если пациенту со СПИДом требуется более двух-трех приемов опиоида в день для борьбы с болью, следует перейти на более сильнодействующий препарат.

Для перехода с одного опиоида на другой используют простой расчет по таблице эквивалентных доз опиоидов (см. табл. 6). Схему назначения и дозировку, которые обеспечат адекватный обезболивающий эффект, определяют на основании фармакологических свойств препарата выбора.

Опиоидные анальгетики для лечения умеренной и сильной боли при СПИДе

Анальгетик	Путь введения	Эквивалентная доза, мг	Время наступления анальгезии, ч	Продолжительность действия, ч	Период полураспада, ч	Примечания
Морфин	ВМ ПК	10	1/2-1	4-6	3-6	Стандарт сравнения для наркотических анальгетиков
Морфин пролонгированного действия	ПО	120-180 в сутки	3-4	12-24 ч	-	При отсутствии возможности глотания может вводиться ректально
Оксикодон	ПО	20-30	1	3-6	2-3	-
Метадон	ПО ВМ ВВ	20 10	1/2-1 1/2-1	4-8 -	15-30 15-30	Продолжительный период полураспада, кумулирует с начальными доз, требует тщательной титрации. Хорошая пероральная потенция.
Левопропанол	ПО ВМ	4 2	1/2-1 1/2 1/2-1	3-6	12-16 12-16	Продолжительный период полураспада, требует тщательной титрации в первую неделю. Анальгетический эффект только 3-6 ч!
Меперидин	ПО ВМ	300 75	1/2-1 1/2 1/2-1	3-6 3-4	3-4 3-4	Активный токсический метаболит, кумулируя в плазме, особенно при почечной патологии и у пожилых пациентов, может вызвать делирий, миоклонус и судороги
Фентанил	ТД	0,1	24-30	12-18	72	Трансдермальное введение минуя ЖКТ. Не подходит для быстрого обезболивания.

Оптимальной является схема лечения, при которой пациент чувствует комфорт, и при которой поддерживается удовлетворяющее его качество жизни. Этот режим должен исключать возникновение «прорывов» боли и минимизировать ятрогенные осложнения и себестоимость лечения. Борьба с «прорывами» боли или «инцидентами»

(обычно связаны с движением) боли достигается при условии, как правило, от 50 до 100% круглосуточной дозы. Необходимо вести тщательный учет и регистрацию прорывных доз с тем, чтобы можно было рассчитать соответствующее увеличение круглосуточного режима. Увеличение круглосуточной дозы, как правило, не должно быть более 25% от исходной.

Классы опиоидов

Опиоидные обезболивающие средства подразделяются на *агонисты* и *агонисты-антагонисты*, в зависимости от их аффинитета (сродства) к опиоидным рецепторам. Опиоидные анальгетики со смешанными агонист-антагонистическими свойствами, такие как пентазоцин, буторфанол и налбуфин, могут обратить эффекты опиоидных агонистов и ускорить синдром отмены у пациента, толерантного к опиоидам или зависимого от них. Они имеют ограниченное применение в лечении хронической боли при СПИДе. Кодеин (в сочетании либо с аспирином либо ацетаминофеном) и трамадол являются так называемыми *слабыми* опиоидными анальгетиками, и их назначение представляет собой второй шаг в «лестнице ВОЗ» — лечение боли умеренной. Сильная боль лучше поддается лечению морфином или другими сильнодействующими опиоидами такими, как фентанил.

Пути введения опиоидов

Пероральный способ введения опиоидных анальгетиков часто описывается, как предпочтительный с точки зрения удобства и себестоимости. Однако трансдермальный путь введения быстро завоевывает признание среди клиницистов и больных СПИДом, так как последним и без того очень часто приходится принимать множество пероральных препаратов. Пациенты с ВИЧ-инфекцией вынуждены сталкиваться с необходимостью принимать в сутки от 20 до 40 всевозможных таблеток, что, в свою очередь, часто связано с трудностями соблюдения различных режимов приема — одни лекарственные средства нужно принимать натощак, другие — после еды и т. п. В одном исследовании, посвященном изучению препятствий на пути борьбы с болью у больных СПИДом, подавляющее большинство пациентов отдали свое предпочтение таким методам обезболивания, при которых требуется минимально возможное количество дополнительных пилюль и таблеток (в частности, пролонгированные пероральные лекарственные формы), или вообще не требуется приема каких-либо таблеток (трансдермальные терапевтические системы).

Пероральные лекарственные формы немедленного высвобождения опиоида необходимо принимать каждые три-четыре часа. Более длительно действующие пероральные препараты (трамундин-ретард, морфина сульфат континус) обеспечивают должный уровень обезболивания в течение 12 часов, снижая тем самым количество ежедневных доз, требуемых для борьбы с постоянной болью. Спасительные лекарственные формы быстрого высвобождения и короткого действия часто нужны в качестве дополнения к лекарственным формам пролонгированного действия, в частности в периоды подбора доз или усиления болей.

Система трансдермального введения фентанила при помощи пластыря (дюрогезик) нашла широкое и полезное применение при лечении сильной боли при СПИДе. В каждом трансдермальном фентаниловом пластыре содержится доза фентанила, рассчитанная на 72 часа непрерывного поступления препарата, который всасывается из созданного «депо» в подкожной клетчатке. Уровни фентанила в плазме крови возрастают постепенно в течение 12-18 часов после аппликации пластыря, обеспечивая тем самым адекватное поступление препарата. Трансдермальная система удобна в применении и способна минимизировать остаточные боли, связанные с многократным приемом пероральных обезболивающих средств. Необходимо отметить, что всасывание трансдермального фентанила может увеличиваться при повышении температуры тела пациента, приводя в результате к увеличению содержания препарата в плазме крови и более короткой продолжительности обезболивающего действия такого пластыря.

Важно отметить, что существуют и другие способы введения опиоидов: ректальный, внутривенный, подкожный, интраспинальный и даже интравентрикулярный. Каждый из этих методов введения обладает своими преимуществами и недостатками, а также определенными показаниями к использованию того или иного пути введения.

Побочные эффекты опиоидов

Опиоиды являются весьма эффективными болеутоляющими средствами, хотя и обладают широким кругом побочных эффектов. Зная об этом, их можно свести к минимуму. Частым побочным действием на ЦНС, особенно в начальный период лечения, является седация, которая обычно проходит после того, как пациент переходит на поддержание постоянной дозы. Персистирующий седативный эффект можно облегчить при помощи любого психостимулятора, например декстроамфетамина, пемолина или метилфенидата, которые назначаются в разделенных дозах рано утром и в середине дня. Кроме того,

психостимуляторы могут улучшить подавленное настроение и усилить обезболивающий эффект. Также у пациентов, получающих опиоидные анальгетики, могут развиваться бредовые состояния, сопровождающиеся либо резким возбуждением, либо сонливостью. Бредовое состояние обычно сопровождается дефицитом внимания, дезориентацией, нарушениями восприятия (зрительные галлюцинации и более часто распространенные иллюзии). Миоклонус и «порхающий» тремор часто являются ранними признаками нейротоксичности, которые сопровождают течение бреда, вызванного опиоидами. Длительное применение меперидина (демерола) у пациентов с нарушением функции почек может вызвать делирий вследствие накопления нейро-возбуждающего метаболита нормеперидина. Вызванный опиоидами делирий можно купировать тремя способами:

- снизить дозу принимаемого опиоидного препарата;
- заменить опиоид;
- назначить в низких дозах нейролептик, например галоперидол.

Стратегия применения сильнодействующих нейролептиков особенно полезна при возбуждении и проясняет сознание. Очень действенно внутривенное введение от 1 до 2 мг галоперидола с быстрой эскалацией дозы, если не отмечается никакого эффекта. Хорошо известно о влиянии, которое оказывают опиоиды на ЖКТ. Их наиболее распространенными побочными эффектами являются тошнота, рвота и запоры. Иногда эффективной оказывается сопутствующая терапия тошноты при помощи прохлорперазина. Так как не все опиоидные анальгетики обладают одинаковой переносимостью, переключение с одного опиоида на другой может оказаться полезным, если при помощи противорвотного лечения не удастся справиться с рвотой. Запоры, вызванные действием опиоидов на кишечные рецепторы, являются частой проблемой, которая хорошо поддается регулярному применению препаратов сенны (Александрийского листа). Обязателен тщательный контроль за применяемыми лекарственными препаратами, так как антихолинергические средства, такие как трициклические антидепрессанты, могут усугубить запор, вызванный опиоидами, и привести к непроходимости кишечника. Опасность угнетения дыхания теоретически существует, однако является редким побочным эффектом опиоидных анальгетиков. Угнетения дыхания всегда можно избежать, придерживаясь двух общих принципов:

- у пациентов, ранее не принимавших опиоиды, начинать с низких доз;
- соблюдать эквивалентные дозы при замене опиоида или изменении пути введения анальгетика.

Адьювантные препараты

Вспомогательные лекарственные средства, усиливающие действие анальгетиков, часто используются для лечения хронической боли и играют важную роль в борьбе с болью при СПИДе (см. табл. 7). Адьюванты назначаются для усиления обезболивающего действия опиоидов, для лечения сопутствующих симптомов, усиливающих боль, и для обеспечения независимой анальгезии. Их можно использовать на всех ступенях анальгетической лестницы ВОЗ. Среди наиболее распространенных адьювантных препаратов находятся антидепрессанты, нейролептики, психостимуляторы, противосудорожные препараты, кортикостероиды и оральные местные анестетики.

Таблица 7

Адьювантные лекарственные средства, применяемые для лечения боли у больных СПИДом

Генерическое название	Высшая суточная доза, мг	Путь введения
<i>Трициклические антидепрессанты</i>		
Амитриптилин	10-150	ПО, ВМ
Нортриптилин	10-150	ПО
Имипрамин	15,5-150	ПО, ВМ
Дезипрамин	10-150	ПО
Кломипрамин	10-150	ПО
Доксепин	12-150	ПО, ВМ
<i>Гетеро- и нециклические антидепрессанты</i>		
Тразодон	125-300	ПО
Мапротилин	50-300	ПО
<i>Ингибиторы обратного захвата серотонина</i>		
Флюоксетин	20-80	ПО
Пароксетин	10-60	ПО
Тертралин	50-200	ПО
<i>Новейшие препараты</i>		
Нефазодон	100-500	ПО
Венлафаксин	75-300	ПО
<i>Психостимуляторы</i>		
Метилфенидат	2,5-20 x 2 p/сут	ПО
Декстроамфетамин	2,5-20 x 2 p/сут	ПО
Пемолин	13,75-75 x 2 p/сут	ПО
Модафинил	100-400	ПО

Фенотиазины Флуфеназин Метотримепразин	1-3 10-20 каждые 6 ч	ПО, ВМ ВМ, ВВ
Бутирофеноны Галоперидол Пимозид	1-3 x 3 р/сут 2-6 x 2 р/сут	ПО, ВВ ПО
Антигистаминные Гидроксизин	50 каждые 4-6 ч	ПО
Антиконвульсанты Карбамазепин Фенитоин Вальпроат Габапентин	200-400 x 3 р/сут 300-400 500-1000 x 3 р/сут 300-1000 x 3 р/сут	ПО ПО ПО ПО
Оральные местные анестетики Мексилетин	600-900	ПО
Кортикостероиды Дексаметазон	4-16	ПО, ВВ
Бензодиазепины Альпазолам Клоназепам	0,25-2,0 x 3 р/сут 0,5-4 x 2 р/сут	ПО ПО

Примечание: ПО — перорально, ВМ — внутримышечно, ВВ — внутривенно.

Антидепрессанты

В современной литературе рекомендуется использование антидепрессантов в качестве адъювантов при лечении широкого разнообразия болевых синдромов, включая боль при онкологических заболеваниях, постгерпетической невралгии, диабетической нейропатии, фибромиалгии, головной боли, а также боли в области поясницы. Антидепрессанты оказывают обезболивающее действие посредством многочисленных механизмов, которые включают антидепрессантную активность, усиление обезболивающего действия опиоидов и непосредственные болеутоляющие эффекты. Согласно доминирующей гипотезе ведущую роль играют серотонин и норадренергические свойства антидепрессантов, при этом индивидуальная изменчивость болевых ощущений, зависящая от состояния нейротрансмиттерной системы пациента, является немаловажной переменной величиной. Среди других вероятных механизмов обезболивающего действия антидепрессантов предполагаются аденозинергические, антигистаминные и

прямые нейрональные эффекты, такие как подавление пароксизмального нейронального разряда и снижение чувствительности адренергических рецепторов поврежденных нервных окончаний. Имеются многочисленные данные о том, что трициклические антидепрессанты оказывают анальгетический эффект и приносят пользу при лечении хронических болевых синдромов различного типа. Наиболее изученным трициклическим антидепрессантом является amitриптилин, который хорошо зарекомендовал себя в качестве эффективного препарата в многочисленных клинических исследованиях, посвященных изучению разнообразных хронических болевых синдромов, включая невропатию, онкологическую боль, фибромиалгию и т. п. Среди других трициклических соединений, которые, как было показано, обладают эффективным действием в качестве коанальгетиков, следует отметить имипрамин, дезипрамин, нортриптилин, кломипрамид и доксепин. Гетероциклические и нециклические болеутоляющие препараты также могут быть полезными при хронической боли. В эту группу входят тразодон, миансерин, мапротилин и более новые ингибиторы серотонин-специфического повторного захвата — флюоксетин и пароксетин. В нескольких сообщениях выдвигается предположение о том, что флюоксемин может быть полезным вспомогательным анальгетиком при лечении головной боли и фиброзита. Пароксетин — более современный ингибитор повторного захвата серотониновых рецепторов, является первым антидепрессантом этого класса. В одном контролируемом исследовании он зарекомендовал себя в качестве высоко эффективного болеутоляющего средства при лечении диабетической невропатии. Более новые антидепрессанты такие, как сертралин, венлафаксин и нефазодон могут также в конечном счете оказаться клинически полезными в качестве коанальгетиков. В частности, было показано, что нефазодон усиливает действие опиоидных анальгетиков у животных. Учитывая многообразие клинических синдромов, при которых антидепрессанты продемонстрировали обезболивающее действие, в частности, при нейропатической боли, эти препараты могут успешно применяться у пациентов с онкологическими заболеваниями и СПИДом. Хотя до сих пор еще не проводили исследований анальгетической эффективности этих препаратов при связанных с ВИЧ болезненных невропатиях, эти препараты находят широкое клиническое применение при лечении диабетической и постгерпетической невропатий. Являясь коанальгетиками при нейропатической и ноцицептивной боли, антидепрессанты находят широкое клиническое применение в сочетании с опиоидными анальгетиками, особенно при интенсивной боли, поскольку усиливают их болеутоляющее действие. В многочисленных исследова-

ниях было показано, что антидепрессанты оказывают эффект «экономии» опиоидов, особенно у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, сопровождающимися различными типами болевых синдромов. Доза и время наступления обезболивающего действия оказались сходными с таковыми при использовании антидепрессантов по прямому назначению. Существуют неоспоримые данные о том, что анальгезирующий и антидепрессивный эффекты коррелируют с равным уровнем содержания amitriptyline в плазме крови, и что неудача анальгетического лечения объясняется низким уровнем препарата в сыворотке крови. Рекомендуется схема лечения в дозах до 150 мг amitriptyline или выше. Соответствующая обезболивающая доза пароксетина вероятнее всего лежит в диапазоне между 40 и 60 мг, а самая высокая из исследованных фиксированных доз составляла 40 мг. Существует множество отдельных примеров, свидетельствующих о том, что в случаях депрессии или боли ослабленные больные с раком и СПИДом часто положительно отвечают на более низкие дозы антидепрессантов, чем физически здоровые лица, вероятно из-за нарушенного метаболизма этих препаратов. Что касается времени наступления обезболивающего действия, то процесс проходит две фазы. Непосредственный эффект наступает в течение часов или суток и, вероятно, обусловлен подавлением повторного синаптического захвата катехоламинов. Кроме того, имеются отдаленные, более продолжительные обезболивающие эффекты, достигающие пика в период от 2 до 4 недель, вероятно, вследствие рецепторных эффектов антидепрессантов.

Нейролептики и бензодиазепины

Такие нейролептические препараты, как метотрепразин, флуфеназин, галоперидол и пимозид также могут играть определенную роль в качестве адъювантов у больных СПИДом. Однако их использование необходимо тщательно взвешивать из-за повышенного риска экстрапирамидных эффектов у пациентов с неврологическими осложнениями. В качестве весьма полезных адъювантных препаратов можно использовать такие транквилизаторы как алпрозолам и клоназепам, в особенности при лечении нейропатической боли.

Психостимуляторы

У пациентов с ВИЧ/СПИДом, имеющих нарушения познавательной деятельности, полезное антидепрессивное действие могут оказать такие психостимуляторы как декстроамфетамин, метилфенидат, пемолин и модафинил. Они усиливают обезболивающее действие

опиоидов, полезны в снижении их седативного эффекта и также являются потенциальными адьювантными анальгетиками. Бруера с соавт. показали, что схема лечения метилфенидатом в дозе 10 мг за завтраком и 5 мг за обедом значительно снижает седацию и усиливает эффект опиоидов у пациентов с онкологической болью. Также было показано, что метилфенидат улучшает функционирование пациента по целому ряду нейрофизиологических тестов, включая тестирование памяти, скорости реакции и концентрации внимания, у больных, получавших непрерывные инфузии опиоидов по поводу онкологических болей. Были сообщения о том, что декстроамфетамин оказывает дополнительное обезболивающее действие при использовании с морфином для лечения послеоперационной боли. Применение психостимуляторов в относительно малых дозах у онкологических больных возбуждает аппетит, способствует улучшению чувства благополучия и уменьшает ощущение слабости и усталости. Пемолин является уникальным альтернативным психостимулятором, который, не будучи химически родственным амфетамину, может оказаться таким же полезным в качестве антидепрессанта и вспомогательного анальгетика у больных СПИДом. Пемолин в качестве психостимулятора у этих пациентов обладает следующими преимуществами:

- отсутствие возможности злоупотребления;
- отсутствие федерального регламента, требующего выписку особого рецепта в трех экземплярах;
- слабовыраженные симпатомиметические эффекты;
- выпускается в форме жевательных таблеток, всасывающихся через слизистую оболочку ротовой полости, поэтому может быть использован больными СПИДом с дисфагией или непроходимостью кишечника.

Клинически пемолин так же эффективен как и метилфенидат или декстроамфетамин при лечении депрессивных симптомов в обращении седативных эффектов опиоидных анальгетиков. Нет сведений об исследованиях, посвященных изучению способности пемолина усиливать обезболивающие свойства опиоидов. Пемолин следует использовать с осторожностью у пациентов с нарушением функции печени, и при более долгосрочном лечении необходимо периодически проверять ее при помощи соответствующих тестов. Недавно было показано, что модафинил — психостимулятор нового поколения — обладает эффективностью при лечении чрезмерной сонливости в дневное время, связанной с нарколепсией, и также оказывает благоприятное воздействие при лечении депрессивных состояний и

утомляемости. Хотя для более подробного изучения модафинила требуется дальнейшее проведение исследований, он, тем не менее, является многообещающей альтернативой другим психостимуляторам у пациентов с непереносимостью или противопоказаниями к использованию других представителей этой фармакологической группы. Модафинил оказывает минимальное влияние на сердечно-сосудистую систему, не вызывает толерантности или привыкания, обладает низким потенциалом возникновения зависимости, а кроме того, не требует особой выписки рецепта в трех экземплярах.

Противосудорожные препараты

Обсуждаемые противосудорожные препараты обладают анальгетическим эффектом при острых, дергающих, стреляющих дизестезиях, которые характеризуют различные виды нейропатической боли. Клинический опыт свидетельствует о пользе этих препаратов у пациентов с пароксизмальными нейропатическими болями (которые могут и не быть стреляющими) и в меньшей степени у пациентов с нейропатическими болями, характеризующимися только продолжительными дизестезиями. Хотя большинство практикующих врачей предпочитает начинать с карбамазепина из-за обычно хорошего ответа, отмечаемого при невралгии тройничного нерва, этот препарат необходимо применять с осторожностью у больных СПИДом с тромбоцитопенией, у пациентов с риском недостаточности функций спинного мозга, и у пациентов, которым необходимо вести тщательный мониторинг клинических анализов крови для определения статуса заболевания. При использовании карбамазепина необходимо проводить клинический анализ крови перед началом проведения терапии, через две и четыре недели и затем каждые три-четыре месяца. Показатель количества лейкоцитов ниже 4000 обычно считается противопоказанием к лечению, и при снижении его значения до 3000 или при абсолютном количестве нейтрофилов ниже 1500 во время терапии следует немедленно отменить препарат. При лечении нейропатической боли у больных СПИДом полезными могут оказаться и другие противосудорожные препараты, включая фенитоин, вальпроат и габапентин. Хороший результат получен при лечении нейропатической боли у пациентов с рефлекторной симпатической дистрофией некоторыми новыми противосудорожными препаратами, в частности габапентином, ламотригином, тиагабином и фелбаматом. Из этих противосудорожных средств наиболее благоприятный опыт был получен при использовании габапентина, который в настоящее время широко применяется специалистами для лечения различных видов

нейропатической боли. Габапентин обладает высокой степенью безопасности, не имеет известного взаимодействия с лекарственными средствами и не метаболизируется в печени. Лечение габапентином обычно начинается с дозы 300 мг/сут и затем постепенно увеличивается до диапазона от 900 до 3200 мг/сут в трех отдельных дозах.

Кортикостероиды

Кортикостероидные препараты обладают анальгетическим потенциалом при разнообразных хронических болевых синдромах, включая нейропатическую и воспалительную боль. Как и другие адъювантные анальгетические средства, кортикостероиды обычно добавляются в схему лечения опиоидами. У пациентов с запущенным заболеванием в далеко зашедшей стадии эти препараты могут также улучшить аппетит, снизить тошноту и чувство недомогания, улучшить общее качество жизни. Среди побочных эффектов отмечаются нейропсихиатрические синдромы, желудочно-кишечные расстройства и подавление иммунитета.

Баклофен

Баклофен является агонистом гамма-аминомасляной кислоты и обладает доказанной эффективностью при лечении невралгии тройничного нерва. На этом основании очень часто данный препарат используют в качестве пробного при лечении пароксизмальных нейропатических болей любого генеза. Дозировка обычно такая же как и при использовании препарата для его первичного показания — мышечной спастичности. Начальную дозу 5 мг 2-3 раза в день постепенно увеличивают до 30-90 мг в сутки и иногда выше, если не возникает побочных эффектов, наиболее распространенными из которых являются седация и спутанность сознания.

Оральные местные анестетики

Местные анестезирующие препараты могут быть полезными при лечении нейропатических болей, характеризующихся либо продолжительными, либо острыми, колющими, стреляющими дизестезиями. В контролируемых исследованиях была показана эффективность токаида и мексилетина, а результаты клинического применения говорят о сходных эффектах флекаида и подкожного введения лидокаина. Не лишено здравого смысла предпринять пробное лечение с перорального анестетика для местного применения у пациентов с продолжительными дизестезиями, у которых отсутствует адекватный

ответ на трициклические антидепрессанты или присутствует их переносимость, а также у пациентов со стреляющими болями, рефрактерными к пробному лечению противосудорожными препаратами и баклофеном. В США предпочтение отдают мексилетину. В 2000 году Паис с соавт. обследовали 26 пациентов для установления эффективности топического препарата капсаицина при лечении боли, ассоциированной с ВИЧ. Полученные результаты свидетельствуют о том, что капсаицин оказался неэффективным в облегчении и устранении боли при ВИЧ-ассоциированной дистальной симметричной периферической невропатии. Однако было показано, что капсаицин эффективен в ослаблении боли, ассоциированной с другими невропатическими болевыми синдромами.

Взаимодействие лекарственных средств: методы терапии анальгетиками и препаратами против ВИЧ

Многие из существующих препаратов против ВИЧ обладают возможностью взаимодействия с другими лекарственными средствами, которые назначаются для борьбы с болью, депрессией, тревожными состояниями или по другим медицинским показаниям. Эти взаимодействия между лекарственными препаратами могут быть опасными, приводя к токсичности в результате повышения уровня лекарственного препарата или его неэффективности из-за более низких уровней препарата в сыворотке крови. Опиоидные анальгетики могут взаимодействовать с определенными видами препаратов против ВИЧ, и эти взаимодействия необходимо всегда иметь в виду при назначении опиоидов. Ингибитор протеаз ритонавир (Норвир) может увеличивать уровень эффективности некоторых опиоидных препаратов, включая кодеин, гидрокодон, оксикодон, метадон и фентанил. Пациентам, получающим ритонавир, нельзя назначать меперидин или пропоксифен из-за повышенного риска серьезной токсичности. Антидепрессанты и противосудорожные препараты могут взаимодействовать главным образом с ритонавиром. Ритонавир может увеличивать в сыворотке крови уровни концентрации бупропиона (Веллбутрина, Зибана), флюоксетина, тразодона и дезипрамида, приводя к увеличению токсичности лекарственных средств (например, эпилептические припадки при применении бупропиона). Как ритонавир, так и саквинавир (Инвираз) могут увеличивать уровни содержания таких противосудорожных препаратов как фенобарбитал, фенитоин, карбамазепин и клоназепам.

Нефармакологические методы лечения боли при ВИЧ/СПИДе

В терапии боли, связанной с ВИЧ/СПИДом, могут оказаться полезными нефармакологические лечебные методы, перечисленные ниже.

ФИЗИОТЕРАПИЯ:

- кожная стимуляция (поверхностное тепло, холод и массаж);
- чрескожная электрическая стимуляция нервов (ЧЭСН);
- иглоукалывание;
- постельный режим.

ПСИХОТЕРАПИЯ:

- гипноз;
- расслабление, воображение, обратная связь, отвлечение и переформулирование;
- образование пациента.

АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКИЕ МАНИПУЛЯЦИИ:

- регионарная анестезия;
- хордотомия.

Диапазон физических вмешательств варьирует от соблюдения постельного режима и программ простых физических упражнений до прикладывания холодных компрессов или тепла на болезненные места. Среди других нефармакологических методов воздействия следует упомянуть вихревые/вибрационные ванны, массаж, применение ультразвука и ЧЭСН. Неуклонно возрастает количество больных СПИДом, которые решили прибегнуть к иглоукалыванию для облегчения страданий от боли, при этом имеются многочисленные факты и множество примеров успешного применения. Некоторые психологические вмешательства также показали потенциальную эффективность в ослаблении боли, связанной с ВИЧ, включая гипноз, расслабление и методики отвлечения, такие как биологическая обратная связь и мысленные образы, а также методики познавательного поведения. Примеры упражнений по релаксации и отвлекающие упражнения приводятся ниже.

При неудаче общепринятых фармакологических и нефармакологических методов лечения дополнительными вариантами выбора для пациентов, готовых пойти на риск, являются анестезиологические процедуры, такие как проводниковая или эпидуральная анестезия.

Медленное ритмичное дыхание для расслабления

1. Медленно и глубоко вдохните.
2. Делая медленный выдох, почувствуйте начало Вашего расслабления; почувствуйте, как напряжение покидает Ваше тело.
3. Теперь медленно и регулярно вдыхайте и выдыхайте с удобной для Вас частотой. Вы можете также попробовать брюшное (диафрагмальное) дыхание.
4. Для того, чтобы сосредоточиться на своем дыхании и сделать его медленным и ритмичным:
 - а) вдыхайте, говоря медленно про себя «вдох, два, три»;
 - б) выдыхайте, говоря медленно про себя «выдох, два, три»; каждый раз при выдохе говорите про себя такое слово как, «покой» или «расслабление».
5. Прodelайте упражнения с 1 по 4 только один раз или повторите упражнения 3 и 4 в течение 20 минут.
6. Закончите медленным глубоким вдохом. В конце выдоха скажите себе: «Я чувствую себя спокойным и расслабленным».

Умиротворяющее отвлечение

С вами могло что-то произойти некоторое время назад, что дало Вам ощущение покоя и комфорта. Попробуйте вспомнить этот прошлый опыт, чтобы обрести спокойствие и комфорт в настоящий момент. Постарайтесь ответить на следующие вопросы:

1. Можете ли Вы вспомнить ситуацию, может быть из детства, когда Вы чувствовали себя спокойно, мирно, в безопасности, полным надежд или комфортно?
2. Мечтали ли Вы когда-нибудь в дневное время о чем-нибудь мирном и спокойном? О чем Вы тогда думали?
3. Возникают ли у Вас мечтательные чувства во время прослушивания музыки? У Вас есть любимая музыка?
4. Есть ли у Вас любимое стихотворение, которое обнадеживает и поддерживает Вас?
5. Были ли Вы когда-нибудь религиозно активными? Есть у Вас любимые цитаты, псалмы или молитвы?

Даже если Вы не слышали их или не думали о них в течение многих лет, детский религиозный опыт может быть очень успокаивающим.

Дополнительные точки

Весьма вероятно, что некоторые из вещей, о которых Вы подумали, отвечая на эти вопросы, могут быть записаны для Вас, например Ваша любимая мелодия или молитва. Затем Вы можете слушать запись в любое удобное время, когда захотите. Или, если у Вас хорошая память, Вы можете просто закрыть глаза и вспомнить эти события или слова.

ПРЕПЯТСТВИЯ НА ПУТИ ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ ПРИ ВИЧ/СПИДе

Выявлено большое количество факторов, оказывающих значительное влияние на высокую частоту случаев неадекватного лечения боли при СПИДе, включая препятствия, связанные как с пациентами, клиницистами, так и с системой медико-социальной помощи. Среди социально-демографических факторов, которые связаны с недостаточным лечением боли у пациентов со СПИДом, следует отметить следующие: половая принадлежность, образовательный уровень, а также наличие употребления наркотических средств в анамнезе. У женщин, малообразованных пациентов, представителей национальных меньшинств и у пациентов, сообщавших об опыте внутривенного введения наркотиков в качестве своего риска передачи ВИЧ, значительно больше вероятность получения неадекватной терапии по поводу боли, связанной со СПИДом.

В исследовании, проведенном Breitbart W. с соавторами в 1999 году, около 500 клиницистов, оказывающих помощь при СПИДе (врачи и медсестры первичной медико-санитарной помощи), основываясь на своем мнении, перечислили барьеры, стоящие на пути успешного лечения боли при СПИДе:

1. Недостаточные знания относительно лечения боли — 51,8%.
2. Неохотное назначение опиоидов врачами — 51,5%.
3. Недостаточный доступ к специалистам по лечению боли — 50,9%.
4. Уголовная ответственность за наркоманию и/или злоупотребления, связанные с опиоидами — 50,5%.
5. Недостаточная психологическая поддержка пациентов — 43,0%.
6. Пациенты неохотно сообщают о боли — 24,0%.
7. Пациенты неохотно принимают опиоиды — 24,0%.

Лечение боли у больных СПИДом и с наличием в анамнезе наркомании является актуальной проблемой, с которой все чаще и чаще сталкиваются специалисты, оказывающие помощь при ВИЧ/СПИДе. Ниже определены принятые в мировой практике основные подходы к лечению боли у потребителей наркотиков с ВИЧ-инфекцией:

1. Наркоманы со СПИДом также нуждаются в мероприятиях по устранению боли; мы обязаны лечить боль и страдания у всех наших пациентов.

2. Принимать и уважать жалобы на боль у этой категории пациентов.

3. Быть осторожным в отношении понятия «наркомания»; делать различие между толерантностью, физической зависимостью и пристрастием (психологическая зависимость или наркомания).

4. Не все наркоманы одинаковы; умейте провести различие между активными пользователями, лицами, находящимися на поддержании (например, метадоном), и выздоравливающими от наркомании.

5. Подходите к лечению боли индивидуально.

6. Пользуйтесь принципами лечения боли, кратко изложенными в «лестнице обезболивания ВОЗ», для всех пациентов с ВИЧ-инфекцией.

7. Поставьте ясные цели и условия терапии опиоидами: наметьте границы, уясните особенности поведения и привычки при злоупотреблении наркотиками, выясните последствия, используйте письменные контракты и установите единое лицо, выписывающее рецепты.

8. Используйте междисциплинарный подход: фармакологические и нефармакологические вмешательства, внимание к психологическим вопросам, бригадный подход.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Боль при СПИДе, даже в эпоху ингибиторов протеаз и снижения смертности от СПИДа, представляет собой клинически трудную проблему, вносящую значительный вклад в психологическую и функциональную заболеваемость. Боль можно адекватно лечить, и на этом должно быть сосредоточено внимание паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. A Clinician's Guide to Supportive & Palliative Care for HIV/AIDS. Edited by J. F. O'Neill, P. A. Selvin and H. Schietinger, 2003 Edition.
2. A Clinician's Guide To Palliative Care. George J. Taylor and Jerome E. Kurent (Eds), Blackwell Science, 2003.
3. Handbook of Advanced Cancer Care. Michael J. Fisch and Eduardo Bruera (Eds.), Cambridge University Press, 2003.
4. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Third Edition, Edited by Derek Doyle, Oxford University Press, 2004.
5. Palliative Care for Non-Cancer Patients. Edited by J. M. Addington-Hall and I. J. Higginson, Oxford University Press, 2001.
6. Woodruff R. Palliative Medicine. Asperula Pty Ltd, Australia. — 1993.
7. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care/ Geneva. — 1990.
8. 20 Common Problems In End-of-life Care. Barry Kinzbrunner, Neal Weinreb and Joel Policzer (Eds), McGraw-Hill, 2002.

Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечения при ВИЧ-инфекции и СПИДе (март 2004)

Раздел V. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ

1. Основные положения

Паллиативная помощь подразумевает всестороннее и своевременное выявление и решение проблем, которые несет с собой неизлечимое заболевание — облегчение боли и других проявлений болезни, оказание психологической, социальной и духовной поддержки — имея главной целью улучшение качества жизни больного и его близких. Основные принципы паллиативной помощи:

- облегчать боль и другие тягостные проявления болезни;
- признавать жизнь и смерть естественными процессами;
- не ускорять наступление смерти, но и не продлевать страдания;
- сочетать с медицинской помощью духовную и психологическую поддержку;
- как можно дольше продлевать активную жизнь пациента;
- при жизни и после смерти пациента оказывать психологическую поддержку его родственникам;
- включать многопрофильную помощь, учитывающую потребности пациента и его близких, включая консультации психолога;
- повышать качество жизни, по возможности облегчать течение болезни;
- если позволяет состояние пациента, использовать такие методы лечения, направленные на продление жизни, как химиотерапия и лучевая терапия; проводить исследования, необходимые для уточнения причин и тактики лечения осложнений.

Почему это важно

Паллиативная помощь — необходимый компонент комплексной помощи ВИЧ-инфицированным и больным СПИДом: боль, диарея, кашель, одышка, тошнота, слабость, утомляемость, лихорадка, спутанность сознания — это еще не весь перечень проявлений болезни, с которыми им приходится сталкиваться. Паллиативная помощь облегчает эти проявления и тем самым избавляет пациента от лишних

страданий и необходимости в частом обращении в больницу. Без такой помощи симптомы остаются без лечения и мешают вести нормальную жизнь. Для общества недостаток паллиативной помощи оборачивается лишней нагрузкой на больницы.

2. Общие принципы

- паллиативная помощь включает симптоматическое лечение и помощь при терминальных состояниях;
- паллиативная помощь может оказываться на дому, в больницах, в хосписах;
- паллиативная помощь предоставляется, если требуется симптоматическое лечение острого или хронического заболевания и при этом:
 - пациент отказывается от лечения своего заболевания и хочет получать паллиативную помощь;
 - лечение основного заболевания не разработано или не доступно;
 - данные физикального и других исследований свидетельствуют о том, что на фоне лечения состояние пациента не улучшается, или не достигаются ожидаемые результаты лечения;
 - на фоне адекватного лечения состояние пациента ухудшается.
- региональные центры профилактики и борьбы со СПИДом будут координировать оказание паллиативной и других видов помощи пациентам по направлениям, выдаваемым различными специалистами и учреждениями;
- партнерам, например НПО, будет предложено оказывать паллиативную помощь в соответствии с принятыми в стране стандартами;
- паллиативная помощь должна предоставляться всем пациентам, которые нуждаются в ней и выразили желание ее получать; никому не должно быть отказано в паллиативной помощи по политическим или социальным причинам;
- паллиативная помощь должна оказываться в соответствии со стандартами ВОЗ, исходя из потребностей конкретного пациента;
- лечение заболеваний должно проводиться независимо от стадии ВИЧ-инфекции (например, лечение туберкулеза, АРТ, заместительная терапия наркотической зависимости);
- всем потребителям инъекционных наркотиков, при наличии соответствующих показаний, должна предлагаться заместительная терапия.

3. Первичное обследование

Таблица 1

Первичное обследование ВИЧ-инфицированного пациента, нуждающегося в паллиативной помощи

ВИД ОБСЛЕДОВАНИЯ	
Сбор анамнеза	
• Оценка общего состояния	+
• Жалобы	+
• Сопутствующие заболевания, принимаемые лекарственные препараты, в том числе анальгетики	+
• Причина, характер и интенсивность боли	+
• Оценка психического статуса	+
• Перенесенные серьезные заболевания (включая туберкулез), госпитализации, хирургические вмешательства; давность установления диагноза ВИЧ-инфекции	+
Физикальное исследование	+
Гинекологическое исследование	при необходимости
Лабораторные исследования	
• Общий анализ крови	
- гемоглобин	+
- общее число лейкоцитов и лейкоцитарная формула	+
• Анализ мочи	
• Биохимический анализ крови	
- показатели функции печени (АЛТ, АСТ, билирубин)	+
- креатинин	+
• Тестирование на ВИЧ	если не проводилось
• Число лимфоцитов CD4	если неизвестно
Тест на беременность	при необходимости
Рентгенография грудной клетки	по показаниям
Другие исследования	по показаниям

Цель обследования заключается в установлении стадии ВИЧ-инфекции, выявлении сопутствующих заболеваний, оценке характера и тяжести боли.

4. Лечение

4.1. Лечение боли

Основные принципы:

- по возможности избегать в/м инъекций: назначать анальгетики внутрь или ректально;

- пациент должен получать анальгетики через равные промежутки времени;
- расписание приема препаратов должно учитывать режим сна;
- пациент должен получать следующую дозу препарата до окончания действия предыдущей;
- начинать лечение следует с малой дозы, постепенно повышая ее до прекращения боли;
- если боль возникает в промежутке между плановыми приемами анальгетика, необходимо дать дополнительную дозу препарата (50-100% разовой дозы, принимаемой каждые 4 часа);
- для купирования умеренной боли эффективен аспирин, однако его следует применять с осторожностью, поскольку у ВИЧ-инфицированных пациентов повышен риск развития кровотечений. При выраженном нарушении функции печени парацетамол и аспирин противопоказаны.

Лечение боли

ПРЕПАРАТЫ	СТАНДАРТНЫЕ НАЧАЛЬНЫЕ ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	ПРИМЕЧАНИЕ
А. Анальгетики*		
<i>Шаг 1</i>		
<i>Легкая боль</i>		
Ненаркотические анальгетики	Аспирин 650 мг внутрь каждые 4 часа или 1000 мг внутри каждые 6 ч	Отменить при появлении диспепсии или дегтеобразного стула. Не назначать детям до 12 лет. Не назначать на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции.
	Парацетамол 2 таблетки по 500 мг внутрь каждые 4-6 ч	Не более 4 г в сутки.
	Ибупрофен 400 мг каждые 6 ч	
<i>Шаг 2</i>		
<i>Легкая или умеренная боль</i>		
Ненаркотические анальгетики	Аспирин 650 мг внутрь каждые 4 ч или 1000 мг внутрь каждые 6 ч	Отменить при появлении диспепсии или дегтеобразного стула. Не назначать детям до 12 лет. Не назначать на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции.
	Парацетамол 2 таблетки по 500 мг внутрь каждые 4-6 ч	Не более 4 г в сутки.

Наркотические анальгетики**	Кодеин 30 мг внутрь каждые 4 ч (30–60 мг внутрь каждые 4–8 ч). Если кодеин не доступен, чередовать парацетамол и аспирин.	Во избежание тяжелого запора суточная доза для обезболивания не должна превышать 180–240 мг; если этой дозы не достаточно для устранения боли — перейти на морфин. Для профилактики запора одновременно назначить слабительные (если нет диареи).
<i>Шаг 3</i> “меренная или сильная боль”		
Ненаркотические анальгетики*	Аспирин 650 мг внутрь каждые 4 ч или 1000 мг внутрь каждые 6 ч Парацетамол 500 мг внутрь каждые 4–6 ч	Отменить при появлении диспепсии или легтеобразного стула. Не назначать детям до 12 лет. Не назначать на III и IV стадиях ВИЧ-инфекции. Не более 4 г в сутки.
Наркотические анальгетики**	Трамадол длительного действия 100–200 мг внутрь каждые 8–12 ч, не более 600 мг в сутки Морфин для приема внутрь, 2,5–5 мг каждые 4 ч. Если нет формы для приема внутрь, можно использовать инъекционный раствор 5 мг в ампулах по 5 мл или 50 мг в ампулах по 5 мл: закапать в рот или ввести ректально шприцем. Если боль сохраняется, через 24 ч дозу можно увеличить в 1,5–2 раза.	Доза зависит от интенсивности боли; ограничения по максимальной суточной дозе нет, но необходимо следить за дыханием: временно отменить препарат, если частота дыхания менее 8 в минуту. На период лечения морфином назначить слабительные.

Б. Лечение различных типов боли	
<p>Нейрогенная боль: жгучая, стреляющая, ощущение покалывания и т. п.</p>	<p>Амитриптилин 25 мг внутрь на ночь или 12,5 мг внутрь 2 раза в сутки</p>
<p>Мышечные спазмы</p>	<p>Диазепам 5 мг 2-3 раза в сутки</p>
<p>Терминальные стадии заболевания при лечении на дому, а также следующие состояния:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Отек вокруг опухоли • Тяжелый канди-дозный эзофагит с изъязвлениями и нарушением глотания • Спавление нерва • Постоянная головная боль вследствие внутричерепной гипертензии 	<p>Дексаметазон 2-6 мг/сут внутрь или преднизолон 15-40 мг в течение 7 суток, или как предписано специалистом</p> <p>Глюкокортикоиды облегчают состояние больных с терминальными стадиями заболеваний: улучшается аппетит и самочувствие. Снизить дозу насколько это возможно. Отменить, если в течение 3 недель приема состояние больного не улучшается. Дексаметазон примерно в 7 раз сильнее преднизона. При использовании преднизона (или преднизолона) дозу, указанную для дексаметазона, нужно увеличить в 7 раз.</p>

<p>Опооясывающий лишай</p>	<p>При первых появлениях сыпи: валацикловир (ацикловир?) 1 г внутрь каждые 8 ч в течение 5-7 суток Острая боль: трамадол. Постгерпетическая невралгия: амитриптилин в низкой дозе: 12,5-25 мг внутрь на ночь или 12,5 мг внутрь 2 раза в сутки, или габапентин с постепенным повышением дозы до 2400 мг/сут внутрь.</p>	
<p>Схваткообразные боли в животе</p>	<p>Гисцина бутилбромид 10С20 мг внутрь 3-5 раз в сутки. Кодеин 30 мг каждые 4 ч.</p>	
<p>В. Немедикаментозное лечение</p>		
<p>Поддержка и консультирование</p>	<p>Психологическая, духовная и эмоциональная поддержка, а также консультирование обязательным дополнением медикаментозной терапии. Методы релаксации, в том числе физические (массаж, дыхательные методики) и психологические (прослушивание музыки и др.)</p>	<p>Боль тяжелее переносится пациентами с депрессией, испытывающими чувство вины, одиночество, страх смерти, тревогу. Психологическая помощь и поддержка могут существенно облегчить их состояние. Если у пациента нет психоза или тяжелой депрессии.</p>

* — Не следует назначать несколько анальгетиков одной группы сразу на один прием; прием аспирина каждые 4 часа можно сочетать с приемом парацетамола каждые 4 часа, составив расписание приема препаратов так, чтобы они чередовались каждые 2 часа.

** — После устранения болевого синдрома отменить морфин сразу или быстро снизить дозу, если пациент не должен принимать препарат, или снизить дозу постепенно, если прием препарата длился несколько недель.

Лечение побочных эффектов наркотических анальгетиков

ПОБОЧНЫЙ ЭФФЕКТ	РЕКОМЕНДАЦИИ
Запор	<ul style="list-style-type: none"> • Увеличить в рационе количество жидкости и клетчатки. • На период приема наркотических анальгетиков назначить увеличивающее объем кишечного содержимого слабительное (например, лактулозу, 10 мл внутрь 3 раза в сутки) или размягчающее слабительное (докузат) плюс средство, стимулирующее перистальтику кишечника (бисакодил). • Проводить профилактику запора (если у пациента нет хронической диареи).
Тошнота и рвота	<ul style="list-style-type: none"> • Назначить противорвотное средство. Обычно тошнота и рвота через несколько дней прекращаются сами. Может потребоваться круглосуточный прием препаратов.
Угнетение дыхания (при приеме морфина внутрь с постепенным повышением дозы развивается редко)	<ul style="list-style-type: none"> • Использовать методы стимуляции дыхания. • Если угнетение дыхания выражено, отменить следующую дозу, затем сократить дозу наполовину. • Если у пациента сильная боль на фоне терминального состояния, некоторое угнетение дыхания допустимо.
Спутанность сознания, оглушенность (если не вызваны другими причинами)	<ul style="list-style-type: none"> • Обычно развиваются в начале лечения или при повышении дозы и через несколько дней проходят. Могут также развиваться в терминальной стадии почечной недостаточности. • Сократить дозу наполовину или увеличить интервал между приемами препарата.

<p>Зуд, миоклонус (выраженные подергивания мышц во время бодрствования)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Если пациент получает большую дозу препарата, попытаться уменьшить дозу, или перейти на альтернирующую схему приема, или назначить два наркотических анальгетика. • Обследовать пациента повторно: при некоторых состояниях морфин не эффективен и требуются другие средства.
<p>Сонливость</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Продолжительный сон может свидетельствовать об истощении ЦНС и отражать потребность пациента в отдыхе. • Если сохраняется более 2 суток подряд, уменьшить дозу вдвое.
<p>Порядок отмены морфина после устранения причины боли (у ВИЧ-инфицированных происходит часто)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Если морфин применялся в течение короткого времени, то отменить его сразу или быстро снизить дозу. • Если прием препарата длился несколько недель, снижать дозу постепенно.

4.2. Лечение истощения

Таблица 4

Лечение истощения

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Истощение у умирающего больного, при лечении на дому	Преднизон, 5-15 мг/сут внутрь (для стимуляции аппетита)	<ul style="list-style-type: none"> • Уovarивать больного принимать пищу, но не настаивать, поскольку организм может быть не в состоянии справиться с ней, и начнется рвота. • Кормить больного часто маленькими порциями; готовить еду, которая нравится больному. • Не готовить пищу около больного. • Учитывать, что по мере прогрессирования заболевания больной будет есть все меньше. • Обратиться к врачу, если больной быстро теряет в весе, или постоянно отказывается от любой еды или не может ее проглотить.
Тошнота и рвота	Противорвотные средства — см. табл. 5	Кормить больного часто, маленькими порциями; предлагать еду, которая нравится больному; не настаивать.
Кандидоз полости рта или язвы слизистой рта	См. табл. 6	
Длоря	См. табл. 8	

4.3. Лечение тошноты и рвоты

*таблица 5

Лечение тошноты и рвоты

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Тошнота и рвота	<p>Метоклопрамид 10 мг внутрь каждые 8 ч (не более 1 суток) <i>или</i> галоперидол 1-2 мг внутрь 1 раз в сутки <i>или</i> хлорпромазин 25- 50 мг каждые 6-12 ч</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Предлагать такие продукты из тех, что нравятся больному, которые в меньшей степени вызывают тошноту. • Кормить и поить больного часто, маленькими порциями, медленно. • Обратиться к врачу, если рвота продолжается более суток, или у больного сухой язык, или выделяется мало мочи, или появилась боль в животе.
Тошнота и рвота, вызванные нарушением пассажа кишечного содержимого опухолью	<p>Циклизин до 50 мг/сут внутрь; при его отсутствии клемастин 1 мг внутрь 2 раза в сутки <i>или</i> цетиризин внутрь 10 мг 1 раз в сутки</p>	

4.4. Лечение язв слизистой полости рта или боли при глотании

Таблица 6

Лечение язв слизистой полости рта или боли при глотании

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Различные язвенные поражения слизистой рта		Мягкой зубной щеткой осторожно удалять налет с зубов, десен, языка и неба. Давать больному полоскать рот подсоленной водой (щепотка соли на стакан воды) после еды и перед сном (3-4 раза в день).
Кандидоз полости рта	<p>Миконазол, таблетки для рассывания: 1 таблетка в сутки в течение 7 дней. При тяжелом кандидозе или отсутствии эффекта направить к специалисту.</p> <p>Флуконазол в первые сутки 200 мг внутрь однократно, затем 100 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 10-14 сут. или до исчезновения симптомов.</p>	<p>Облегчить состояние больного могут местные анестетики. Растворить 2 таблетки аспирина в стакане воды и давать больному для полоскания рта до 4 раз в день. При необходимости дать анальгетики (табл. 2). Необходимо удалять остатки пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде.</p>

Афтозный стоматит	<p>Преднизон; растолочь таблетку и присыпать язвы несколькими крупинками.</p> <p>Раствор дексаметазона для полоскания рта.</p> <p>Триамцинолон, крем для смазывания язв.</p>	<p>Диета:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Мягкая пища причиняет меньший дискомфорт. • Пациенту легче глотать протертую и жидкую пищу. • Не кормить больного чересчур горячей, холодной или острой пищей.
Герпетический стоматит	<p>Ацикловир 400 мг внутрь, Метронидазол, полоскание для рта; 2 таблетки (растолочь) на стакан воды.</p>	
Неприятный запах изо рта, обусловленный раком слизистой рта или другими поражениями ротовой полости	<p>Метронидазол, полоскание для рта; 2 таблетки (растолочь) на стакан воды.</p>	

4.5. Лечение сухости во рту

Таблица 7

Лечение сухости во рту

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Сухость во рту	Пересмотреть назначения (сухость во рту может быть побочным эффектом принимаемых препаратов)	<ul style="list-style-type: none">• Давать частое питье маленькими глотками.• Давать воду для частого смачивания полости рта.• Давать больному сосать кусочки фруктов, например, апельсина.
Серьезные нарушения, вызванные недостаточным слюноотделением	Направить к стоматологу	

Лечение диареи

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Диарея	<ul style="list-style-type: none"> Увеличить прием жидкости для профилактики обезвоживания При тяжелой диарее назначить раствор для пероральной регидратации Назначить лечебное питание 	<ul style="list-style-type: none"> Давать обильное питье для возмещения потерь воды. Увеличить частоту приема пищи, кормить маленькими порциями. Уход за кожей перианальной области: <ul style="list-style-type: none"> после каждого акта дефекации протирать кожу туалетной бумагой или мягкой тканью; обмывать перианальную область 3 раза в день водой с мылом; если большой чувствует боль при дефекации, смазывать перианальную область вазелином. Обратиться к врачу, если у больного: <ul style="list-style-type: none"> рвота и лихорадка; стул с примесью крови; диарея продолжается более 5 суток; нарастает слабость; повреждения кожи вокруг заднего прохода.
Диарея, если нет лихорадки, примеси крови в стуле, и больной старше 5 лет и не достиг пожилого возраста	Противодиарейные средства: лоперамид начальная доза 4 мг внутрь, затем 2 мг внутрь после каждого акта дефекации или кодеин или морфин (если официально разрешены): кодеин 10 мг 3 раза в сутки (до 60 мг каждые 4 ч); морфин 2,5-5 мг внутрь каждые 4 ч (при сильной диарее)	
Болезненность перианальной области	Мазь с анестетиком или вазелин для смазывания кожи	
Недержание кала	Вазелин для защиты кожи перианальной области	

4.7. Лечение запора

Таблица 9

Лечение более чем двухдневной задержки стула

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Каловый завал	<p>Провести пальцевое ректальное исследование и удалить каловые массы.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Часто предлагать питье. • Включать в рацион больше фруктов (в том числе сухофрукты) и овощей, овсяную кашу, мягкую пищу.
Другие причины запора	<p>Слабительные:</p> <ul style="list-style-type: none"> • в первый день слабительное, увеличивающее объем кишечного содержимого: бисакодил 5-15 мг на ночь, сенна, начальная доза 2 таблетки (7,5 мг) 2 раза в сутки, затем до 2 таблеток каждые 4 ч • во второй день слабительное, стимулирующее перистальтику кишечника. <p>Дозы подбирают индивидуально. Важно: при использовании морфина или кодеина слабительные назначают обязательно.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Давать столовую ложку растительного масла перед завтраком. • Осторожно ввести в прямую кишку большого вазелин или кусочек мыла, если он не может сделать это сам. При этом использовать медицинские перчатки.

Лечение лихорадки

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Лихорадка	<ul style="list-style-type: none">• Выяснить и устранить причину.• Парацетамол, 500 мг внутрь, или аспирин, 650 мг внутрь, каждые 4 ч (не более 4 г парацетамола в сутки).• Не допускать обезвоживания.	<ul style="list-style-type: none">• Часто давать больному питье: воду, некрепкий чай, фруктовые соки.

4.7. Лечение икоты

Таблица 11

Лечение икоты

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Кандидоз полости рта	Лечить кандидоз — см. табл. 6	<p><i>Способы прекратить икоту</i></p> <p>Воздействие на горло:</p> <ul style="list-style-type: none"> • быстро съесть 2 чайных ложки с горкой сахара; • выпить холодной воды; • съесть размельченный лед; • помассировать небо чистым носовым платком (по направлению к мягкому небу). <p>Воздействие на акт дыхания:</p> <ul style="list-style-type: none"> • задерживать дыхание или подышать в бумажный пакет — остановиться при появлении чувства дискомфорта; • прижать колени к груди и наклониться вперед (сдавлив грудную клетку).
Растяжение желудка на поздней стадии злокачественной опухоли	Симетикон 65-125 мг внутрь, до 500 мг/сут.	
Упорная икота	Метоклопрамид 10-20 мг внутрь 3-4 раза в сутки <i>или</i> галоперидол 0,5-2 мг внутрь 1-3 раза в сутки.	
Опухоль головного мозга	Может быть эффективен противозипилептический препарат.	

4.7. Лечение тревожности и возбуждения

Таблица 12

Лечение тревожности и возбуждения

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Тревожность и возбуждение	<ul style="list-style-type: none"> • Выяснить причину. Если эти симптомы возникли впервые, исключить когнитивные нарушения. • При выраженной тревожности можно назначить транквилизаторы. • Предложить способы устранения тревожности, уместные для конкретной ситуации. • Обучить приемам релаксации. • Внимательно выслушать пациента и поддержать психологически. • Убедиться, что пациент получает хороший уход и психосоциальную поддержку. 	<p>Помощь при беспокойстве:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Внимательно выслушать больного. • Обсудить тревожащие его вопросы в конфиденциальной обстановке. • Помочь больному успокоиться с помощью таких средств как: <ul style="list-style-type: none"> - спокойная музыка; - массаж; - совместная молитва.

<p>Слабо выраженные тревожность и возбуждение</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Назначить диазепам в низкой дозе (2,5-5 мг на ночь или 2 раза в сутки) на короткое время — необходимость в нем возникает редко, если пациент получает полноценный уход (стараться не назначать диазепам на длительный срок, поскольку он может вызывать депрессию). • При подозрении на биполярное расстройство, направить пациента к психиатру на обследование и лечение. 	
<p>Сильные тревога или возбуждение, делирий</p>	<p>Галоперидол 5-10 мг внутрь или в/в.</p>	

Лечение нарушений сна

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
<p>Бессонница</p> <p>Причиной бессонницы могут быть боль, тревога, депрессия, абстинентный синдром, синдром отмены (диазепама, фенобарбитала)</p>	<p>Диазепам (по возможности не назначать на длительный срок, поскольку может вызвать депрессию), <i>или</i> дифенгидрамин, раствор по 5-10 мл внутрь, <i>или</i> лоразепам 0,5-1 мг внутрь, до 4 мг в сутки.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Поговорить с больным о переживаниях, которые мешают ему заснуть, успокоить его. • По возможности обеспечить тишину. • Не давать больному на ночь крепкий чай и кофе. • Лечить боль, если нужно.

4.12. Профилактика мышечной скованности и контрактур

Таблица 14

Профилактика мышечной скованности и контрактур

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Мышечные спазмы или спастичность	<p>Определить объем движений; если наблюдается выраженная спастичность или мышечные спазмы, назначить:</p> <p>диазепам, или баклофен, 10–25 мг внутрь 1–2 раза в сутки, <i>или</i> тетразенам, 50 мг/сут внутрь, при необходимости повысить дозу, но не более 200 мг/сут.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Не приковывайте больного к постели, поощряйте его желание двигаться. • Если больной неподвижен, выполняйте простой комплекс упражнений на амплитуду движений не менее 2 раз в день: <ul style="list-style-type: none"> - Сгибайте, выпрямляйте и делайте прочие движения в суставах, которые можно сделать без усилия. Бульте осторожно и выполняйте движения медленно, не причиняя боли. - Чтобы не повредить сустав, при выполнении движений держите конечность выше и ниже сустава. - Растягивайте суставы, прикладывая равномерное усилие и удерживая их, как указано выше. - Заведите руки больного за голову и поднимите его ноги на 90 градусов — предложите больному сначала самому поднять ноги, насколько он сможет, а затем помогите ему. • Регулярно делайте больному массаж.

Уход за больными с деменцией

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
<p>Если симптомы появились впервые: забывчивость, нарушения концентрации внимания, речи и мышления, перепады настроения, асоциальное поведение, например, прогулки в обнаженном виде или бранная речь</p>	<p>Оценить степень спутанности сознания, расстройство речи и дезориентацию (исключить малярию, гипогликемию и другие системные заболевания, алкогольное и наркотическое опьянение, токсичные эффекты препаратов, синдром отмены; рассмотреть возможность ВИЧ-энцефалопатии). лечение зависит от клинических проявлений. При возбуждении, не связанном с алкогольным или наркотическим опьянением, можно назначить седативные препараты в низких дозах.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Как можно дольше больной должен жить в привычной обстановке. • Следует держать вещи на своих местах, чтобы больной мог их найти. • Следует придерживаться привычного распорядка дня. • Убрать опасные предметы; • Использовать простые фразы; стремиться, чтобы два человека не говорили одновременно. • Приглушать посторонние звуки (телевизор, радио). • Больной должен находиться под постоянным присмотром.
<p>Параноидные состояния или ночная активность</p>	<p>Галоперидол 5-10 мг, лоразепам.</p>	

4.14. Лечение депрессии

Таблица 16

Лечение депрессии

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И РЕКОМЕНДАЦИИ	
<p>Настораживающие симптомы: уныние, бессонница, потеря интереса к жизни</p> <p>Симптомы депрессии:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Печаль, подавленное настроение • Снижение интересов и чувства удовольствия • Упадок сил <p>При наличии какого-нибудь из перечисленных выше симптомов спросить пациента, нет ли у него:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нарушений сна • Изменений аппетита • Нарушений концентрации внимания • Снижения полового влечения • Заторможенности 	<p>Оценить риск суицида, уточнить диагноз: большая депрессия, малая депрессия, осложненная реакция утраты, тяжелые переживания (потеря близких)</p> <p>При подозрении на биполярное расстройство направить пациента к психиатру для решения вопроса о лечении.</p> <p>Если нет биполярного расстройства, назначить амитриптилин.</p>	<p>Пациенту необходима поддержка; если есть риск суицида, нельзя оставлять его одного. Консультирование: Большая депрессия:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рассказать пациенту и его близким о необходимости медикаментозного лечения; • направить к психиатру, если это возможно; • обеспечить наблюдение. <p><i>Малая депрессия или осложненная реакция утраты:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • обеспечить консультирование; • лечить бессонницу, если нужно; • наблюдать пациента.

<ul style="list-style-type: none"> • Ощущения собственной никчемности, снижения самооценки • Мыслей о суициде и смерти • Чувства вины <p>Если 5 и более из перечисленных симптомов наблюдаются на протяжении более 2 недель, ставят диагноз большой депрес-сии.</p> <p>Если у больного наблюдаются менее 5 симптомов или переживания и дезадаптация после тяжелой утраты продолжаются более 2 месяцев, то ставят диагноз малой депрессии или осложненной реакции утраты.</p>		
<p>Суицидальные намерения</p>	<p>Выяснить наличие суицидальных намерений (есть ли план и средства суицида). Если да, то в связи с высоким риском суицида госпитализировать пациента.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Не оставлять пациента одного, если есть риск суицида. • Убрать опасные предметы. • Привлечь членов семьи, друзей.

4.15. Лечение вагинальных выделений, обусловленных раком шейки матки

Таблица 17

**Лечение вагинальных выделений,
обусловленных раком шейки матки**

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ
Вагинальные выделения, обусловленные раком шейки матки	Метронидазол, вагинальные таблетки	Обеспечить ежедневную гигиену.

Лечение зуда

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
Вагинальные выделения, обусловленные раком шейки матки	Метронидазол , вагинальные таблетки	Обеспечить ежедневную гигиену.
Чесотка, зудящие дерматиты, экзема, дерматофитии, сухость кожи, псориаз	<p>Общие принципы</p> <ul style="list-style-type: none"> • На неинфицированные воспаленные участки кожи можно наносить крем с глюкокортикоидами. • Антигистаминные препараты (дифенгидрамин, 25 мг внутрь на ночь) могут облегчить выраженный зуд. • При рецидивирующих инфекциях кожи помогает орошение пораженных участков 0,05% раствором хлоргексидина после купания. • Если зуд обусловлен механической желтухой, можно 	<p>Уменьшить зуд помогают следующие меры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • смазывание зудящих участков вазелином; • умывание водой с добавлением растительного масла (1 столовая ложка масла на 5 л воды); • обтирание после купания 0,05% раствором хлоргексидина; • теплые ванны. <p>При появлении болезненных пузырей на коже или обширного инфекционного поражения кожи обратиться к врачу.</p>

		<p>назначить преднизон или галоперидол внутрь.</p> <ul style="list-style-type: none"> • При экземе показано осторожное мытье и высушивание кожи. На короткий срок можно назначить глюкокортикоиды местно (не применять на лице). • При дерматофитии наносить мазь Уитфилла (12% бензойной + 6% салициловой кислоты) или другой противогрибковый крем. При обширном поражении назначить флуконазол. • При подозрении на чесотку можно назначить лечение даже в отсутствие типичных элементов. • При псориазе смазывать пораженные участки мазью, содержащей 5% дегтя и 2% салициловой кислоты; полезны солнечные ванны по 30-60 минут в день. • Хлорфенирамин, 4 мг 2 раза в сутки может помочь при сильном зуде. 	
--	--	---	--

Лечение пролежней

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
<p>Пролежни</p> <p>Требуют настороженности признаки инфицирования и других осложнений</p>	<p>Уход за кожей для профилактики пролежней обязателен для всех больных.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Удостовериться, что нет других очагов инфекции. • Если кожа красная, болезненная, горячая на ощупь, есть гной или корки, имеются лихорадка, или другие общие симптомы или распространение инфекции на мышцы, больного следует госпитализировать, назначить антибиотики в/в или в/м (или флоксацилин внутрь). • Если размер поврежденного участка кожи превышает 4 см или есть красные полосы, или болезненные узлы, или более 	<p>Следующие меры помогают уменьшить боль и ускорить заживление пролежней:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Небольшие поврежденные участки осторожно промыть подсоленной водой и дать высохнуть. • Если поражение неглубокое, оставить рану открытой. • При боли регулярно давать анальгетик, например парацетамол или аспирин. • Глубокие или обширные пролежни ежедневно осторожно очищать медом, закрывать чистой легкой повязкой, чтобы ускорить заживление. • При любых изменениях цвета кожи или прогрессировании пролежней обратиться к врачу.

<p>двух очагов: назначить флюксо-ксацилин, при наличии флюктуации дренировать абсцесс, придать конечности возвышенное положение, осмотреть пациента на следующий день.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если кожа красная, горячая и болезненная, но других симптомов нет, промыть поврежденный участок антисептиком, при наличии флюктуации дренировать абсцесс, осмотреть пациента через 2 дня. 	<p>Профилактика пролежней у лежачих больных:</p> <ul style="list-style-type: none"> • По возможности время от времени сажать больного в кресло. • Чтобы не повреждать кожу, сажая больного в кровати, нужно поднимать его за плечи и подкладывать подушку, а не подтаскивать больного к изголовью. • Часто менять положение больного в кровати (по возможности каждые 1-2 часа), для фиксации положения использовать подушки и валики. • Постельное белье всегда должно быть чистым и сухим. • Подкладывать под больного очень мягкую ткань, например, мягкое хлопчатобумажное полотенце. • Обеспечить гигиену наружных половых органов и промежности.
--	--

		<ul style="list-style-type: none"> • После купания осторожно промокать кожу мягким полотенцем. • Смазывать кожу кремом, ланолином, косметическим или растительным маслом. • Если у больного недержание кала или мочи, подкладывать клеенку под простыню, чтобы постель была сухой. • Массировать спину, бедра, локти и лодыжки с вазелином. • Если у больного недержание мочи или кала, нанести защитный слой вазелина на кожу промежности, спину, бедра, лодыжки и локти. • При мочеиспускании и дефекации поддерживать больного над судном, чтобы предотвратить повреждение кожи и загрязнение постели.
<p>Опухли или язвы с неприятным запахом</p>	<p>Присыпать пораженную область порошком метронидазола (растолочь таблетку)</p>	

Лечение недержания мочи и кала

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ	РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ
Недержание мочи	У мальчиков и мужчин использовать мочеприемник. У девочек и женщин можно установить мочевого катетер.	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярно менять белье и прокладки. • Поддерживать кожу чистой и сухой, смазывать ее защитными мазями.
Недержание кала	Лоперамид, чтобы добиться оформленного стула.	

Лечение кашля и одышки

КЛИНИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ	ЛЕЧЕНИЕ И ДОЗЫ ДЛЯ ВЗРОСЛЫХ	РЕКОМЕНДАЦИИ ПО УХОДУ НА ДОМУ
<p>Терминальные стадии ХОЗЛ, рака легкого, легочных осложнений ВИЧ-инфекции или других болезней легких</p> <p>Одышка на фоне бронхоспазма</p>	<p>Лечение бронхиальной астмы:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ингаляции бронходилататора с помощью дозированного ингалятора через буферную насадку или маску или, если есть возможность, через распылитель. • Продолжать лечение бронходилататорами, пока пациент способен ими пользоваться. Отменить, если дыхание поверхностное или очень затрудненное. • Преднизолон внутрь — эффект оценивают через 2 недели. <p>Морфин для приема внутрь или трамадол в низких дозах: Если пациент не получал морфин для обезболивания, назначить его в дозе 2,5 мг, если получал — увеличить дозу на 25%. Фуросемид, 40 мг.</p>	<p>Простой кашель:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Домашние средства: мед, лимон, паровые ингаляции (например, с настойкой эвкалипта). • Если появился кашель с мокротой и он сохраняется более 3 недель, возможен туберкулез. Следует получить направление на трехкратное исследование мокроты на микобактерии туберкулеза. <p>Одышка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Помочь больному принять позу, в которой ему легче дышать (обычно сидя, иногда сидя с небольшим наклоном вперед, положив руки на стол). • Подложить под спину больного подушки.

Кашель с густой, вязкой мокротой	Ингаляции физиологического раствора	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить доступ свежего воздуха: открыть окно, обмахивать больноого. • При густой мокроте чаще давать больному питье (это улучшает отхождение мокроты).
Обильная жидкая мокрота	Глюкона бутилбромид (М-холино-блокатор) 10 мг каждые 8 ч	<ul style="list-style-type: none"> • При густой мокроте чаще давать больному питье (это улучшает отхождение мокроты).
Обильная мокрота более 30 мл в сутки	<ul style="list-style-type: none"> • Дыхательные упражнения (кашель с открытой голосовой щелью) и постуральный дренаж. • К отсасыванию мокроты из трахеи прибегать в крайнем случае, т. к. эта процедура мучительна для пациента. 	<p>Правила обращения с мокротой:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Обращаться с мокротой осторожно, чтобы избежать распространения инфекции. • Для отхаркивания мокроты дать больному банку с крышковой. • Выливать содержимое банки в унитаз, после чего мыть ее дезинфицирующими средствами, либо обдавать кипятком.
<p>Изнуряющий кашель:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если кашель с мокротой сохраняется более 3 недель, провести трехкратное исследование мокроты на КДБ 	<ul style="list-style-type: none"> • Назначить кодеин, или, при его неэффективности, морфин 2,5-5 мг внутрь, или трамадол. • Лечение туберкулеза — см. раздел IV «Профилактика, диагностика и лечение оппортунистических инфекций». • Пациенты, получающие противотуберкулезное лечение, должны продолжать лечение, чтобы не заражать окружающих. 	
Обучение	Обучить пациента использованию резервных возможностей системы дыхания.	

Общие рекомендации по уходу за ВИЧ-инфицированными

<p>Профилактика инфицирования</p>	<p>Членам семьи следует объяснить, что риск инфицирования для ухаживающих за больным СПИДом крайне низок, и тем не менее, следует соблюдать следующие правила:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Манипуляции, при которых происходит контакт с кровью и другими биологическими жидкостями, содержащими ВИЧ, необходимо выполнять в перчатках. • Повреждения кожи должны быть перевязаны (как у больного, так и ухаживающих за ним людей). • Обычные бытовые контакты безопасны (нет необходимости постоянно носить перчатки). • Поверхности, загрязненные кровью, каловыми массами, мочой больного, обрабатывать бытовым чистящим и дезинфицирующим средством. • При мытье столовых приборов, ванны, стирке постельного белья использовать обычные моющие средства. • Одежду и белье, загрязненные кровью, каловыми массами и другими биологическими жидкостями хранить отдельно от остальных вещей для стирки. Допрагиваясь до загрязненных предметов, защищать руки с помощью бумаги или полиэтилена, либо надевать перчатки. • Зубные щетки, бритвы, иглы и прочие острые предметы, которые могут поранить кожу, должны быть строго индивидуального пользования. • Мыть руки водой с мылом после смены грязного белья и одежды, а также после каждого контакта с биологическими жидкостями больного.
-----------------------------------	--

<p>Персистирующая диарея</p> <p>Лечение болезни непредсказуемо: на фоне лечения нередко наступает улучшение.</p> <p>Медикаментозное лечение диареи — см. табл. 8</p>	<p>Диета:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Морковный суп содержит витамины, минеральные вещества и пектин, который благотворно воздействует на кишечник и улучшает аппетит. • Рис и картофель оказывают закрепляющее действие. • Следует добавлять в рацион бананы и томаты, поскольку они богаты калием. • Вместо трехразового питания перейти на кормление большого 5-6 раз в день маленькими порциями. • Добавлять в блюда мускатный орех, поскольку он замедляет перистальтику. • Исключить из рациона кофе, крепкий чай, алкоголь. • Исключить из рациона сырые продукты, продукты с высоким содержанием жира или клетчатки, холодную пищу. • Попробовать исключить молоко и сыр (йогурт усваивается лучше). • Предлагать пищу, которая больному больше нравится и которую он лучше переносит.
<p>Сложные семейные проблемы</p>	<p>Следует оказать поддержку близким больного, которые очень часто сталкиваются со сложными проблемами:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Страх тоже оказаться инфицированными. • Финансовые затруднения. • Атмосфера гнева, осуждения, сожалений вокруг больного. • Перемена ролей в семье (пожилые родители ухаживают за повзрослевшими детьми, маленькие дети ухаживают за родителями, бабушки и дедушки ухаживают за осиротевшими внуками). • Серьезную проблему представляет отторжение обществом.

Обучение членов семьи или социального работника уходу за больным на дому

<p>Обучите членов семьи или социального работника как справляться с различными симптомами</p>	<ul style="list-style-type: none"> • За одну встречу рассказывайте о нескольких симптомах или обучайте нескольким приемам. • В первую очередь рассказывайте о симптомах и обучайте приемам, которые наиболее актуальны в данном случае. • Наглядно продемонстрируйте, как правильно проводить комплекс лечебной физкультуры, или как правильно набрать точную дозу жидкого лекарственного препарата, например, морфина, в шприц. • Проверьте уровень приобретенных знаний и навыков. Для этого попросите продемонстрировать какой-либо прием или задайте вопрос на понимание материала. • Предложите обратиться к вам за консультацией, если возникнут какие-либо вопросы или трудности. • Убедитесь, что родственники знают, куда и к кому обращаться за помощью. Расскажите, какие возможности существуют по уходу за больным в случае, если они откажутся от ухода на дому.
<p>Обучите членов семьи или социального работника давать анальгетики</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Объясните, что важно давать препараты по часам, а не дожидаться появления боли. • Больной должен получать следующую дозу препарата до окончания действия предыдущей. • Напишите четкую инструкцию.
<p>Посоветуйте дополнительные приемы для облегчения боли</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Психологическая поддержка. • Физические методы: массаж (поглаживание, растирание, покачивание, вибрация); холод или тепло; глубокое дыхание. • Психологические методы; отвлечение внимания, музыка, медитация. • Молитва (уважайте религиозные чувства больного).

Обучите членов семьи давать больному морфин

Морфин для приема внутрь представляет собой сильнодействующий болеутоляющий препарат, который может назначить только врач.

Если больному назначен морфин для приема внутрь:

- Давайте больному препарат в назначенной дозе строго каждые 4 часа, не дожидаясь появления боли.
- Давайте двойную дозу препарата на ночь.
- Если боль усиливается, или если боль появилась в промежутке между плановыми приемами препарата, дайте больному дополнительную дозу и сообщите об этом врачу — возможно, больной нуждается в увеличении дозы препарата;
- Предупреждайте появление запоров, с помощью домашних средств или препаратов сенны, если у больного нет хронической диареи.

Как дать небольшую дозу препарата с помощью шприца:

- Налейте небольшое количество раствора морфина в чашку.
- Наберите нужное количество препарата в шприц (до определенной отметки).
- Выпустите раствор из шприца в рот больного (на шприце не должно быть иглы).

Как справиться с побочными эффектами:

- Тошнота — обычно проходит сама через несколько дней.
- Запор — см. табл. 9.
- Сухость во рту — давать пить воду маленькими глоточками.
- Сонливость — обычно проходит через несколько дней; если сохраняется или усиливается, дозу следует сократить наполовину и обратиться к врачу.
- Потливость или подергивания мышц — обратиться к врачу.

6. Помощь умирающему больному

6.1. Приготовления к смерти

- попытайтесь наладить общение больного с членами семьи;
- обсудите беспокоящие больного вопросы, например, опеку над детьми, плату за их обучение, источники поддержки для семьи, старые ссоры, расходы на похороны;
- расскажите больному о том, что его любят, и о нем будут помнить;
- поговорите о смерти, если больной этого хочет;
- убедитесь, что больному помогают справиться с чувствами вины или сожаления;
- по желанию больного свяжитесь с его духовным наставником.

6.2. Посещение больного

- проявляйте участие к больному;
- не оставляйте его одного, держите за руку, слушайте, разговаривайте.

6.3. Уход за больным

- создайте комфортные условия:
 - смачивайте больному губы, рот, глаза;
 - поддерживайте чистоту и сухость белья, кожи;
 - снижайте температуру при лихорадке и облегчайте боль (при необходимости давайте анальгетики круглосуточно);
 - облегчайте другие симптомы, при необходимости прибегая к лекарственным препаратам;
 - давайте больному питье, маленькие порции еды по его желанию;
- поддерживайте с больным физический контакт.

7. Направление в службы паллиативной помощи

- региональным центрам профилактики и борьбы со СПИДом следует координировать направления больных в учреждения и организации, оказывающие паллиативную помощь, в зависимости от нужд больного;
- другие организации и учреждения, которые планируют направлять больных в службы паллиативной помощи, должны наладить сотрудничество с региональным центром профилактики и борьбы со СПИДом;
- НПО рекомендуется активно сотрудничать с региональным центром профилактики и борьбы со СПИДом, как направляя больных в службы паллиативной помощи, так и предоставляя услуги паллиативной помощи;

- оказание паллиативной помощи должно предусматривать периодическую оценку состояния пациента и направление его при необходимости на лечение основного заболевания;
- в случае если пациент получает АРТ или любое другое лечение, в том числе заместительную наркологическую терапию, необходимо обеспечить их предоставление (см. раздел II «Антиретровирусная терапия у взрослых и подростков»).

8. Текущий контроль за предоставлением паллиативной помощи

Целью текущего контроля за предоставлением паллиативной помощи является:

- а) непрерывность помощи;
- б) правильное планирование и составление бюджета.

Отчеты должны содержать следующие сведения:

- число пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи и получающих ее;
- клинические проявления, требующие паллиативной помощи;
- выданные направления;
- потребность в медицинской помощи;
- потребность в ресурсах.

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Протоколы ВОЗ для стран СНГ по предоставлению помощи и лечению при ВИЧ-инфекции и СПИДе (март 2004).
2. A Clinician's Guide to Supportive & Palliative Care for HIV/AIDS. Edited by J. F. O'Neill, P. A. Selvin and H. Schietinger, 2003 Edition.
3. A Clinician's Guide To Palliative Care. George J. Taylor and Jerome E. Kurent (Eds), Blackwell Science, 2003.
4. Handbook of Advanced Cancer Care. Michael J. Fisch and Eduardo Bruera (Eds.), Cambridge University Press, 2003.
5. Oxford Textbook of Palliative Medicine, Third Edition, Edited by Derek Doyle, Oxford University Press, 2004.
6. Palliative Care for Non-Cancer Patients. Edited by J. M. Addington-Hall and I. J. Higginson, Oxford University Press, 2001.
7. Woodruff R. Palliative Medicine. Asperula Pty Ltd, Australia. — 1993.
8. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care/ Geneva. P 1990.
9. 20 Common Problems In End-of-life Care. Barry Kinzbrunner, Neal Weinreb and Joel Policzer (Eds), McGraw-Hill, 2002.