

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
CENTRUL NAȚIONAL ȘTIINȚIFICO-PRACTIC DE MEDICINĂ PREVENTIVĂ
CENTRUL SIDA



STANDARD

Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA



СТАНДАРТ

Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИДом

Chișinău • 2008

STANDARD

Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA

**Elaborat și editat cu sprijinul Fundației SOROS – Moldova
în cadrul proiectului „Perfectarea standardului național de
îngrijiri paliative în HIV/SIDA”**

**Editura *Lumina*
Chișinău – 2008**

Instituții elaboratoare: Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, Centrul SIDA.

Autori: Ștefan Gheorghită – prim-vice-director CNȘPMP; Silvia Stratulat – medic infecționist CNȘPMP, Centrul SIDA; Elena Stempovschii – Asociația „Nursing”; Svetlana Popovici – șefa Secției Boli Infecțioase DDVR; Irina Baicalov – Asociația „Respirația a doua”; Igor Chilicevșchii – Asociația „Credința”.

Domeniu de aplicare. Standardul are drept scop dezvoltarea și extinderea îngrijirilor paliative persoanelor cu HIV /SIDA. Este destinat conducătorilor și specialiștilor de la instituțiile medico-sanitare publice, departamentale, private și de la centrele de medicină preventivă. Implementarea standardului va contribui la îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu HIV/SIDA.

Recenzenți:

Constantin Andriuță – șeful catedrei Boli Infecțioase Tropicale și Parazitologie Medicală a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, Om Emerit al Republicii Moldova.

Galina Rusu – șefa Catedrei Boli Infecțioase la Copii a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, doctor în medicină, conferențiar universitar.

Standardul a fost aprobat spre editare de Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății la 27 noiembrie 2007, procesul verbal nr. 3 (scrisoarea Ministerului Sănătății nr. 09-3/150 din 04 februarie 2008).

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA: Standard / Ștefan Gheorghită, Silvia Stratulat, Elena Stempovschii [et al.]; Centrul Naț. Științifico-Practic de Medicină Preventivă, Centrul SIDA. – Ch.: Lumina, 2008 (Tipogr. „Reclama” SA). – 135 p.

1500 ex.

ISBN 978-9975-65-089-2

[616.98:578.828HIV] – 082

Î 53



ORDIN
mun. Chișinău

„26” ____ 06 ____ 2008

Nr. 260

Cu privire la aprobarea Standardului
«Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA»

Întru realizarea prevederilor Legii Republicii Moldova nr. 23-XV din 16.02.2007 «Cu privire la profilaxia infecției HIV/DIDA» și a Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 918 din 05.09.05 «Cu privire la aprobarea Programului Național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pe anii 2006–2010», strategiei V «Dezvoltarea infrastructurii și a capacităților de acordare a asistenței medicale, sociale și de îngrijire paliativă persoanelor în viață infectate cu HIV/SIDA, membrilor familiilor lor, precum și copiilor afectați de HIV/SIDA» și în scopul îmbunătățirii calității vieții persoanelor cu HIV/SIDA,

ORDON:

1. Se aprobă Standardul «Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA» (anexă).
2. Șeful Direcției Sănătății al Consiliului municipal Chișinău, șeful Secției Sănătate a Primăriei mun. Bălți, șeful Direcției Principale a Sănătății și Protecției Sociale UTA Găgăuzia, conducătorii instituțiilor medico-sanitare, vor asigura implementarea Standardului «Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA».
3. Directorul general al Agenției Medicamentului (dl V. Verdeș) va organiza asigurarea pieței farmaceutice din Republica Moldova cu medicamentele necesare, incluse în Standardul «Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA».
4. Directorul Consiliului Național de Evaluare și Acreditare (dna M. Bolocan) va organiza controlul respectării Standardului «Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA» în cadrul evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare și altor prestatori ai serviciilor de îngrijiri paliative.
5. A recomanda Companiei Naționale de Asigurări în Medicină (dl Gh. Russu, director general) de a organiza evaluarea respectării Standardului «Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA» în cadrul controalelor efectuate în instituțiile medico-sanitare și ai altor prestatori de îngrijiri paliative, contractate în sistemul asigurării obligatorii de asistență medicală.

6. Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă (dl I. Bahnarel), Spitalul Clinic de Boli Infecțioase «Toma Ciorbă» (dl V. Diatișen), Dispensarul Dermatovenerologic Republican (dl A. Gherman), specialistul principal în HIV/SIDA al Ministerului Sănătății (dl Șt. Gheorghică), specialistul principal în boli infecțioase al Ministerului Sănătății (dl T. Holban), specialistul principal în boli infecțioase la copii al Ministerului Sănătății (dna G. Rusu), specialistul principal în dermatovenerologie al Ministerului Sănătății (dl Gh. Mușel), specialistul principal în epidemiologie al Ministerului Sănătății (dl V. Prisacari), vor asigura lucrul organizator-metodic și practic în implementarea Standardului «Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA» și vor monitoriza implementarea și gradul de eficiență a utilizării lui.
7. Șefii direcțiilor Ministerului Sănătății: managementul calității și standarde de tratament (dl M. Rotaru), sănătatea femeii și copilului (dna M. Țăruș), servicii medicale publice (dna A. Serbulenco), servicii medicale individuale (dl L. Vovc), asigurări în sănătate (dl V. Sava), protecția sănătății și medicina preventivă (dl V. Pantea), directorul CNMS (dl M. Ciocanu), vor organiza monitorizarea implementării Standardului «Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA».
8. Rectorul USMF «Nicolae Testemițanu» (dl Ion Ababii), directorii Colegiilor de Medicină, vor organiza implementarea Standardului «Îngrijirea paliativă a pacienților cu HIV/SIDA» în activitatea didactică a catedrelor respective.

Controlul executării prezentului ordin se atribuie viceministrilor, dlor Boris Golovin, Mircea Buga, Sergiu Rață.

Ministru



Larisa CATRINICI

CUPRINS

Prefață	6
Ce este îngrijirea paliativă?	8
Principiile îngrijirilor paliative în HIV/SIDA	10
Particularitățile îngrijirilor paliative a persoanelor cu HIV/SIDA	11
Organizarea serviciilor de îngrijiri paliative	13
Tipurile de îngrijiri paliative	14
Modalități de acordare a îngrijirilor paliative	16
Servicii de îngrijiri paliative	17
Rețele, conexiuni și integrări în serviciile de îngrijiri paliative	19
Aspectele îngrijirilor paliative a pacienților seropozitivi HIV	20
Resursele umane și instruirea	23
Managementul informației	26
Managementul organizației	26
<i>Anexă.</i> Controlul simptomelor	27

PREFATĂ

Îngrijirile paliative constituie un element important în acordarea ajutorului persoanelor infectate cu virusul HIV, bolnavilor de SIDA și membrilor familiilor acestora deoarece este o patologie incurabilă. Multe elemente ale îngrijirilor paliative, precum tratamentul durerii și al altor simptome, suportul psihologic pot fi necesare și în stadiile precoce ale bolii. Îngrijirile paliative în cadrul infecției HIV/SIDA pot fi diferite în funcție de particularitățile individuale ale pacientului și evoluția maladiei.

Ținând cont de actualitatea problemei și tendințele nefavorabile ale procesului epidemic al infecției HIV/SIDA, în Republica Moldova se acordă o atenție deosebită activităților de tratament, îngrijire, inclusiv paliativă, a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA.

Programul național de profilaxie și control a infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală pe anii 2006–2010 include strategia ” Dezvoltarea infrastructurii și a capacităților de acordare a asistenței medicale, sociale și de îngrijire paliativă a persoanelor cu HIV/SIDA, a membrilor familiilor acestora, precum și a copiilor afectați de HIV/SIDA” care prevede următoarele activități:

- Organizarea a două centre pentru tratarea bolnavilor de SIDA în zonele cu prevalență înaltă a infecției HIV. Integrarea serviciilor medicale, inclusiv de tip „hospice”, în instituțiile medico-sanitare publice, private și organizațiile non-guvernamentale;
- Crearea și extinderea sistemului de îngrijiri paliative și susținere psihologică a persoanelor cu HIV/SIDA la domiciliu cu antrenarea instituțiilor medico- sanitare publice și organizațiilor non-guvernamentale;
- Elaborarea unui regulament privind organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijiri paliative ale persoanelor cu HIV/SIDA;
- Instruirea personalului medical, membrilor familiilor persoanelor cu HIV/SIDA și voluntarilor în îngrijiri paliative;
- Concretizarea și modificarea protocoalelor naționale de tratament și îngrijiri paliative în HIV/SIDA conform recomandărilor OMS;
- Asigurarea asistenței sociale și protecției persoanelor cu HIV/SIDA, membrilor familiilor lor și copiilor afectați de această patologie.

În republică activează cu succes organizații non-guvernamentale care oferă îngrijiri paliative persoanelor cu HIV/SIDA (îngrijiri medicale, suport social și psihologic). Au fost organizate și desfășurate seminare în îngrijirea paliativă și tratamentul persoanelor cu HIV/SIDA în IMSP la care au fost pregătiți medici infecționiști, de familie și asistente medicale. S-au elaborat, editat și distribuit materiale informative în îngrijirea persoanelor cu HIV/SIDA, broșura „Îngrijirea persoanelor seropozitive HIV”, agenda” Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV/SIDA”. A fost elaborat standardul „ Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA” aprobat de Ministerul Sănătății la 26.01.2001.

În pofida standardizării unor elemente de îngrijire paliativă a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA, multe din ele nu sunt parte componentă a documentului respectiv. Evaluarea problemelor ce țin de dezvoltarea și promovarea îngrijirilor paliative în HIV/SIDA a demonstrat necesitatea revizuirii standardului cu includerea unor elemente noi, care vor permite perfecționarea îngrijirilor paliative acordate persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA.

Standardul „Îngrijirea paliativă în HIV/SIDA” este elaborat și ajustat la recomandările OMS și UNAIDS. Acest document va da posibilitate instituțiilor departamentale și medico-sanitare publice, serviciului sanitaro-epidemiologic de stat și organizațiilor non-guvernamentale să dezvolte și să extindă sistemul de îngrijiri paliative în Republica Moldova, îmbunătățind astfel calitatea vieții persoanelor cu HIV/SIDA.

CE ESTE ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ ?

Îngrijirea paliativă este un concept de îngrijire care îmbină un șir de măsuri, terapii cu scop de a îmbunătăți calitatea vieții suferinzilor de maladii incurabile, ce le pun în pericol viața, și a familiilor lor. La baza acestui concept stă convingerea că fiecare persoană are dreptul să fie bine tratată și să moară cu demnitate. Alinarea durerii fizice, emoționale și sociale este un drept uman esențial și este concentrată atât asupra pacientului, cât și asupra familiei sale, afectată de boala serioasă a unuia din membrii săi. Elementul de bază constă în alinarea durerii de orice proveniență: fizică, psihologică, spirituală, socială și acordarea sprijinului celor ce îngrijesc pentru a trece peste propriile emoții și necazuri.

Ideia unui astfel de ajutor, ca formă a tratamentului paliativ, a apărut în anii 60 ai secolului XX la Londra, când Cecily Saunders a propus crearea unui grup de ajutor multidisciplinar nu doar pentru a prelungi durata de viață a persoanelor bolnave de cancer, dar și pentru a ușura durerea lor. Această formă de îngrijire urma să fie acordată bolnavilor la domiciliu pentru alinarea durerii fizice, care poate distorsiona procesul psihologic și spiritual de la sfârșitul vieții.

În 1980 Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a definit îngrijirea paliativă ca: îngrijire activă totală a pacientului a cărui boală nu poate fi supusă tratamentului curativ... Îngrijirea paliativă susține viața și privește moartea ca un proces normal... Asigură ușurarea durerii și controlul simptomelor... Integrează aspectele psihologice și spirituale în îngrijirile pacientului... Oferă un sistem de suport pentru a ajuta pacientul pînă la moarte să fie cît mai activ posibil și să se bucure de viață... Oferă suport familiei pacientului pe tot parcursul bolii pacientului și după deces”.

O definiție mai recentă a OMS pune accentul pe prevenirea suferinței: „Îngrijirea paliativă este o abordare care îmbunătățește calitatea vieții pacienților și a familiilor acestora, făcînd față problemelor asociate cu boala amenințătoare de viață prin prevenirea și înlăturarea suferinței, prin identificarea precoce, evaluarea corectă a tratamentului durerii și al altor probleme – fizice, psiho-sociale și spirituale”.

Îngrijirea paliativă:

- combină profesionalismul unei echipe interdisciplinare cu includerea pacientului și familiei acestuia în deciziile privind îngrijirea;
- poate fi prevăzută în spitale, hospice, comunitate, la domiciliu;
- pe parcursul bolii este acordată persoanei și în perioada de doliu familiei;
- susține persoanele ce acordă îngrijire, pentru ca aceștia să depășească emoțiile și necazurile proprii care, inevitabil, provin din activitatea lor. Persoanele care îngrijesc de bolnavi vor fi sensibile la valorile culturale și religioase ale pacienților, la părerile și obiceiurile lor și vor asigura o comunicare eficientă cu bolnavii, cu

famiile lor și cu alte persoane implicate în procesul de îngrijire, respectând dreptul de decizie privind îngrijirea.

Există mai multe deosebiri între persoanele bolnave de o boală oncologică, care sunt conștiente de imposibilitatea stopării procesului, și acele cu HIV/SIDA, care suferă de boli oportuniste, ceea ce face dificil de a prezice durata vieții lor. De aceea, la persoanele cu HIV/SIDA este mai bine de a combina îngrijirea paliativă cu tratamentul medical general din momentul stabilirii diagnosticului.

Pentru persoanele infectate cu HIV/SIDA îngrijirea paliativă este o abordare ce le îmbunătățește calitatea vieții lor și a familiei lor prin prevenirea, asistența și tratamentul bolilor care amenință viața, stabilirea relațiilor de încredere între pacient și echipa multidisciplinară pe parcursul evoluției bolii.

Îngrijirea paliativă trebuie să ia în considerare necesitățile fizice, intelectuale, emoționale, sociale și spirituale ale pacientului, contribuind la independența lui, la ușurarea accesului la informație și la susținerea dreptului acestuia la alegerea modului de viață și respectarea lui.

Deoarece infecția HIV se referă mai mult la bolile cronice decât la cele fatale, îngrijirea trebuie realizată luându-se în considerare toate aspectele vieții pacientului.

Îngrijirea paliativă își atinge scopul dacă: „pacientul se simte în siguranță și nu suferă, știe că el nu este singur, el iubește și este iubit”. Pentru personalul medical care acordă îngrijire paliativă poate fi foarte dificil să realizeze aceste scopuri, de asemenea implicarea pacientului, a familiei sale și a grupului său de suport în procesul de luare și realizare a deciziei referitor la nevoile medicale, generează sentimentul de control asupra bolii. Acest sentiment trebuie să existe până la sfârșitul vieții, ajutându-l pe pacientul aflat pe patul de moarte să simtă demnitate și respect de sine, deoarece el deține controlul asupra îngrijirii și este conștient de faptul că suferințele și grijile sale sunt luate în serios.

Îngrijirea paliativă are ca scop oferirea unei calități optime a vieții persoanelor cu HIV/SIDA și familiilor lor și, de asemenea, minimalizarea suferințelor acestora prin mobilizarea îngrijirii și a serviciilor necesare.

Îngrijirea paliativă prevede și monitoringul de rutină, care este un element esențial în determinarea timpului potrivit pentru a începe tratamentul antiretroviral (TARV) și care va continua pe parcursul acestuia.

Consilierea individuală și testarea de rutină sunt componente esențiale ale îngrijirii paliative care permit identificarea persoanelor ce necesită sau vor necesita pe viitor îngrijire paliativă în HIV/SIDA.

Întrucât scopul tratamentului specific antiretroviral constă în învingerea bolii, îngrijirile paliative sunt utilizate în prevenirea și reducerea suferințelor provocate de boala incurabilă progresivă. Depistarea precoce, evaluarea, tratamentul durerii și al altor simptome, a problemelor sociale, psihologice și spirituale sunt parte componentă a îngrijirilor paliative calitative în HIV/SIDA.

În cazul unei boli cronice fatale îngrijirile paliative și tratamentul specific tre-

buie abordate integru. Raportul între îngrijirile paliative și tratamentul specific, în fiecare caz particular, va depinde de simptome și cauzele lor, de accesibilitatea la terapia antiretrovirală și /sau plîngerile pacientului și posibilitățile de a le anihila prin metode paliative.

- Îngrijirea paliativă este componenta de bază în acordarea asistenței multilaterale pacienților cu HIV/SIDA.
- Îngrijirea paliativă trebuie să fie accesibilă, fără obstacole artificiale, atît de ordin politic cît și social.
- Îngrijirea paliativă trebuie oferită tuturor pacienților care o necesită și doresc s-o primească.
- Îngrijirea paliativă se realizează în acord cu cerințele pacientului și în baza standardelor în vigoare.
- Îngrijirea paliativă în perioada terapiei ARV, a tratamentului TB și a celui substituabil cu metadonă nu trebuie refuzată.
- Îngrijirea paliativă se oferă pe tot parcursul evoluției infecției HIV și nu doar pacienților în stare terminală.

PRINCIPIILE ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE ÎN HIV/SIDA

Luînd în considerare simptomele și caracterul specific al bolii, îngrijirea paliativă poate începe din momentul stabilirii diagnosticului HIV/SIDA. Volumul îngrijirilor paliative poate varia de la consilierea și supravegherea simplă a pacientului, colaborarea cu îngrijitorii primari la etapele incipiente ale maladiei pînă la îngrijire paliativă deplină la sfîrșitul vieții, inclusiv servicii complete ca:

- Reducerea durerii și a altor simptome pentru îmbunătățirea calității vieții;
- Acordarea suportului psihologic, social și spiritual;
- Ajutorarea pacientului în ducerea unui mod de viață cît mai activ posibil;
- Susținerea membrilor familiei pacientului pe tot parcursul bolii acestuia și în perioada de doliu;
- Asigurarea tratamentului medical și a altor măsuri ținînd cont de experiența și schimbul de informație între pacient, familie și personalul medical, respectînd deciziile și recomandările profesioniștilor și luînd în considerare preferințele pacientului și ale familiei sale;
- Aprecierea vieții și acceptarea decesului ca un proces normal, negrăbind și neamînînd moartea.

PARTICULARITĂȚILE ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE ALE PERSOANELOR CU HIV/SIDA

Îngrijirea paliativă a alinat suferințele intense și nemărginite ale persoanelor infectate cu HIV și bolnavilor de SIDA, aducînd în timp un șir de provocări în filosofia și practica ei, precum:

- Complexitatea bolii, cu o evoluție imprevizibilă și multiple complicații, face ca îngrijirea paliativă să balanseze între tratamentul simptomelor noi și controlul celor vechi;
- Complexitatea tratamentului poate suprasolicita serviciile de sănătate;
- Stigmatizarea și discriminarea înfruntate de majoritatea persoanelor cu HIV/SIDA;
- Distingerea întregii familii prin infectarea ambilor parteneri;
- Împovărarea lucrătorilor medicali care acordă asistență și sunt supuși „sindromului arderii”.

Complexitatea maladiei

Evoluția infecției HIV/SIDA este foarte variabilă și imprevizibilă prin numărul mare de complicații potențiale. Unele persoane nu manifestă nici o simptomatologie gravă o perioadă îndelungată de timp, altele prezintă perioade alternative de episoade de boli acute sau de complicații frecvente care nu pun în pericol viața. Astfel, îngrijirea paliativă în HIV/SIDA se deosebește de îngrijirea paliativă în alte boli prin balansarea între controlul simptomelor acute și cronice. Persoanele suferinde diferă și prin răspunsul lor emoțional la infecție, ceea ce de asemenea complică planificarea și acordarea îngrijirii paliative.

Complexitatea tratamentului

Actualmente persoanelor cu HIV/SIDA le sunt disponibile diverse tratamente. Medicația antiretrovirală și-a demonstrat eficiența sa înaltă în controlul evoluției infecției HIV. Persoanele bolnave pot face multiple infecții oportuniste și alte simptome, care, pe lîngă faptul că stresează sistemul de sănătate, creează probleme de complianță cînd tratamentul are efecte adverse nedorite. Deoarece persoanele cu HIV/SIDA trăiesc mai mult decît bolnavii cu maladii oncologice, aparțin unei generații mai tinere și pot prezenta în trecut diferite vicii, inclusiv utilizare de droguri intravenos, ele pot deveni mai dependente de lucrătorii medicali, ceea ce poate crea probleme psihologice atît lor, cît și celor ce au grijă de ele, făcînd uneori dificilă îngrijirea paliativă.

Stigmatizarea și discriminarea

Bolnavii care suferă de HIV/SIDA se confruntă cu un șir de probleme psihologice specifice. Mulți sunt nevoiți să suporte stigmatizare și discriminare. Persoanele în cauză nu doresc să fie sincere în privința statutului lor HIV-pozitiv, astfel dezvoltându-și sentimentul de izolare, iar cei care-i îngrijesc pot fi îngrijorați de descoperirea seropozitivității la HIV.

În comunitățile unde infecția HIV este rară, persoanele HIV-pozitive în majoritatea cazurilor fac parte din grupuri minoritare sau marginalizate, cum sunt utilizatorii de droguri intravenos, femeile care practică sex comercial, etc. Pentru ei rețeaua de susținere poate fi insuficient dezvoltată, confruntându-se cu discriminarea în caz de suspecție la seropozitivitate HIV.

Afectarea întregii familii

HIV/SIDA are un efect major asupra familiei, în special în regiunile cu o prevalență înaltă a infecției, unde majoritatea persoanelor sunt tinere și economic independente. Ambii parteneri dintr-o relație pot fi infectați sau mai des partenerul unei persoane HIV-pozitive poate fi nesigur dacă el sau ea este infectată și, astfel, boala unuia din parteneri implică suspiciuni despre infectarea celuilalt. Dacă un copil este seropozitiv, mama, dar și tata, vor fi de obicei infectați. Frații, surorile cosangvine, de asemenea pot fi infectate. Problemele financiare cresc dacă persoana care întreține familia este HIV infectată și nu este în stare să muncească.

Schimbarea rolurilor în familie

Cînd pacienții HIV-infectați nu se simt bine și sunt incapabili să lucreze pentru a-și întreține familia, ei pot reveni la părinți pentru a fi îngrijiți în stadiul terminal al bolii. În astfel de cazuri buneii sunt nevoiți să poarte de grijă nepoților. În alte cazuri, copiii îngrijesc de părinții sau frații bolnavi. Acestea, de asemenea, au nevoie de un suport special emoțional și de protecție.

Împovărarea lucrătorilor medicali

Lucrătorii medicali, care au grijă de pacienții cu HIV/SIDA, se confruntă cu stări de stres, unice în felul său, iar în stadiul terminal al bolii cu decesul persoanei îngrijite. În aceste circumstanțe lucrătorii medicali pot deveni închiși în sine, retrași, iar multiplele pierderi pot genera sentimentul de inutilitate deoarece lucrătorii medicali au foarte puține posibilități de a oferi ajutor persoanelor în plan de tratament. În îngrijirea paliativă sănătatea mintală este vitală pentru personalul medical dacă el dorește să rămână compătimitor și util în acordarea ajutorului.

ORGANIZAREA SERVICIILOR

– Necesitățile pacienților și ale membrilor familiilor acestora pot fi satisfăcute dacă îngrijirea paliativă, inclusiv consilierea psihologică, este oferită de către o echipă multidisciplinară.

– Îngrijirile paliative pot fi oferite ca servicii consultative în cadrul instituțiilor medicale, atât în staționar cât și ambulator.

– Îngrijirile paliative pot fi acordate și în cadrul organizațiilor obștești, inclusiv și de persoane ce trăiesc cu HIV/SIDA, licențiate și acreditate în acest domeniu.

– Îngrijirile paliative vor fi realizate de persoane bine pregătite în domeniu.

– Personalul medical implicat în tratamentul SIDA trebuie să posede cunoștințe în îngrijiri paliative.

– ONG-urile care lucrează cu persoanele HIV infectate și bolnave de SIDA participă în acordarea îngrijirilor paliative.

Pentru promovarea ideii că îngrijirea paliativă este prevăzută pentru toate persoanele cu HIV/SIDA, trebuie să se renunțe la concepția greșită precum că îngrijirea paliativă este doar pentru persoanele care se apropie de moarte.

Pentru acordarea unor îngrijiri paliative de calitate se impune:

– pregătirea și instruirea membrilor echipei multidisciplinare în îngrijiri paliative, inclusiv abordarea problemelor discriminării și stigmatizării;

– disponibilitatea îngrijirilor paliative de calitate în spitale, hospice-uri și în comunitate pentru persoanele seropozitive HIV la domiciliu;

– accesibilitatea medicației necesare în controlul durerii și altor simptome;

– sprijinirea persoanelor care îngrijesc persoanele seropozitive HIV (consilierilor, lucrătorilor medicali și persoanelor care acordă îngrijiri pacientului la domiciliu);

– recunoașterea necesităților speciale și particulare ale copiilor afectați de HIV.

Persoanele cu HIV/SIDA necesită un spectru vast de îngrijiri paliative, precum:

– alinarea durerii;

– tratamentul simptomelor cum ar fi: grețuri, fatigabilitate, slăbiciune generală, etc;

– sprijinul psihologic în problemele de ordin psihic;

– sprijinul spiritual și ajutorul în pregătirea pentru a întâlni moartea;

– sprijinul familiei și a persoanelor implicate în îngrijire, asistență medicală, controlul infecției și sprijin psihologic.

TIPURILE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Îngrijirea paliativă a persoanelor seropozitive HIV devine tot mai importantă pe măsură ce boala progresează. Pot fi acordate variate tipuri de îngrijire paliativă a pacienților în funcție de etapele bolii, disponibilitatea TARV, necesitățile pacienților și ale familiilor lor. Domeniul îngrijirilor paliative cuprinde o gamă largă de servicii (medicale, de nursing, psihologice/ emoționale, spirituale și sociale) pentru pacienții seropozitivi HIV și familiile acestora.

A. Îngrijirea clinică, în general, este oferită de personalul medical. Acest tip de îngrijire prevede un spectru larg de servicii medicale, inclusiv: reducerea durerii și altor simptome, consilierea individuală, identificarea timpului potrivit pentru a începe terapia ARV și susținerea pacienților în acceptarea acestei terapii, prevenirea și tratamentul infecțiilor oportuniste, prevenirea HIV și schimbarea comportamentului.

Serviciile medicale se asigură de un medic calificat, licențiat în medicina generală și care a urmat cursuri de îngrijiri paliative, și cuprind: decizia de preluare în îngrijire, evaluarea inițială, stabilirea planului de tratament și îngrijire, reevaluarea și monitorizarea, supervizarea medicală, consilierea, transferul, externalizarea/scoaterea de la evidență, comunicarea și educarea pacienților și familiei/îngrijitorului, promovarea îngrijirilor paliative, instruirea personalului, cercetare.

Serviciile de nursing se asigură de către asistenți medicali calificați, instruiți în îngrijiri paliative, și includ: acordarea îngrijirilor, observarea/ evaluarea pacientului, întocmirea și adaptarea continuă a planului de îngrijire, comunicarea cu pacientul/ familia/ îngrijitorul și echipa; educarea pacientului și a familiei sale, supervizarea infermierilor/voluntarilor, consilierea, promovarea îngrijirilor paliative, educație, cercetare.

TIPURILE DE ÎNGRIJIRI ÎN FUNCȚIE DE PREZENȚA SAU LIPSA SIMPTOMELOR CLINICE

Îngrijirea clinică asimptomatică vizează persoanele care nu manifestă simptome specifice ale infecției HIV. La acest tip de îngrijiri se referă: monitoringul de rutină și evaluarea clinică, inclusiv determinarea timpului optimal pentru inițierea terapiei antiretrovirale; activități de prevenire a tuberculozei și a altor infecții oportuniste; consilierea și evaluarea regimului alimentar; evaluarea stării igienice din locuință și explicarea aspectelor igienei personale și a spațiului locativ; evaluarea problemelor de ordin psihologic, informarea privind îngrijirile de bază.

Îngrijirea clinică simptomatică este prevăzută pentru persoane care au probleme cu sistemul imun și prezintă simptome ale bolii SIDA. Acest tip de îngrijiri include: tratamentul manifestărilor simptomatice – înlăturarea/diminua-

rea durerii și altor simptome întâlnite la pacient, prevenirea TB și a altor infecții oportuniste; evaluarea regimului alimentar și consiliere, evaluarea stării igienice și a problemelor de ordin psihologic, acordarea îngrijirilor medicale elementare (inclusiv, dar nu numai, evaluarea și monitorizarea simptomelor și aderența la medicamente, suportul în procesul efectuării igienei personale, îngrijirea plăgilor, a cavității bucale și a pielii, pregătirea pentru inițierea și tratamentul ARV).

Îngrijirea în ultimele etape ale bolii și după decesul pacientului este prevăzută pentru pacient și membrii familiei sale. Îngrijirea terminală este parte integră a îngrijirii paliative și se referă la îngrijirea pacienților a căror moarte este iminentă și poate interveni în decurs de câteva ore sau zile și include controlul simptomelor și a durerii, îngrijirea propriu-zisă a pacientului.

După decesul pacientului de SIDA, membrii familiei beneficiază de suport, sfat și sprijin. În perioada de doliu se acordă următoarele îngrijiri: suportul familiei după decesul pacientului, consiliere individuală și familială, corespondență/ telefoane/ vizite în familiile îndoliate, consiliere spirituală, legătură cu alte surse de sprijin din comunitate, inclusiv grupuri de sprijin a PTHS.

Consilierea în perioada de doliu poate ajuta persoanele îndurerate să converseze și să reflecteze asupra schimbărilor aduse de decesul persoanei apropiate, s-o deplîngă și să privească în viitor. Împărtășirea experienței, spre exemplu, prin grupurile de sprijin a PTHS, poate fi foarte utilă în asemenea situații.

Serviciile în perioada de doliu sunt asigurate de către membrii echipei și voluntari, care activează în colaborare cu personalul medical și asistenții sociali, special instruiți.

B. Suportul psihologic al pacienților și familiilor acestora. Acest tip de îngrijiri include: consilierea privind starea psihologică și mintală a pacientului, consilierea familiei și prietenilor; suportul psihologic acordat pacientului și membrilor familiei; îndrumarea către grupurile de suport; respectarea confidențialității; suportul acordat după deces; dezvoltarea și implementarea inițiativelor orientate spre suportul psihologic; tratamentul dereglărilor psihologice provocate de HIV, cum ar fi depresia și starea de neliniște, riscul de sinucidere, etc.

Consilierea este oferită de către fiecare membru al echipei interdisciplinare. În caz de probleme psihologice complexe se va asigura accesul la profesioniști calificați.

C. Suportul spiritual/religios este oferit în momentele critice din viața persoanelor cu HIV/ SIDA. În aceste momente ei se întreabă care este rostul lor în viață. Serviciile de suport spiritual/religios cuprind: consiliere, rugăciune, servicii și ritualuri religioase specifice, ascultare activă, meditație, participare la servicii funerare. Îngrijirile în aceste cazuri se efectuează foarte tacticos, luînd în considerare atitudinea față de religia și obiceiurile persoanei date sau a comunității, și include (dar nu se rezumă): analiza și evaluarea vieții, consilierea individuală,

avînd în vedere temerile și speranțele persoanei, sentimentul de vină, evaluarea scopurilor în viață. Persoanele care acordă îngrijire trebuie să fie informate despre necesitățile spirituale ale pacientului și să organizeze în caz de necesitate sprijinul și vizita la preot sau la alte persoane de cult.

Serviciile de suport spiritual/religios sunt asigurate de slujitorii bisericii.

D. Suportul social este acordat indivizilor seropozitivi HIV și familiilor acestora pentru ai ajuta să mențină relațiile în vederea prevenirii răspîndirii infecției HIV și pentru a asigura aderarea la TARV.

Acest tip de îngrijiri prevede: evaluarea psiho-socială, participarea la întocmirea și implementarea planului de îngrijiri; stabilirea relațiilor cu alte servicii; protecția drepturilor pacientului/ familiei; sprijin în organizarea serviciilor funerare; susținerea familiei în perioada de doliu; participarea la selectarea voluntarilor; promovarea îngrijirii paliative; supervizare, cercetare, formarea grupurilor comunitare de suport și ajutor reciproc, inclusiv pe principiul „de la egal la egal”; mobilizarea comunității și dezvoltarea organizațiilor non-guvernamentale, inclusiv acelorora în care activează persoane cu HIV/SIDA; reducerea stigmatizării; acordarea serviciilor legale, inclusiv în alcătuirea documentelor notariale (cum ar fi moștenirea etc.); acordarea ajutorului în îngrijirea la domiciliu; sporirea conștientizării publicului privind îngrijirea persoanelor HIV- pozitive, prevenirea răspîndirii HIV, alte activități care ar consolida familiile și comunitățile afectate.

MODALITĂȚI DE ACORDARE A ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE

Îngrijirea paliativă este o noțiune foarte complexă care prevede o varietate de intervenții pentru a îmbunătăți calitatea vieții pacienților și a familiilor lor, fiind o activitate interdisciplinară multiprofesională ce se adaptează nevoilor pacientului, fără a neglija îngrijitorii neformali, ca, de exemplu, membrii familiei. Aceste intervenții reprezintă niște modalități generale de îngrijire la domiciliu, îngrijire în unități cu paturi specializate – hospiceuri, centre și secții de zi, ambulatorii, cămine rezidențiale sau unități de plasament temporar. Acestea sunt servicii comprehensive și adecvate sistemului de sănătate, orientate spre satisfacerea necesităților în continuă schimbare ale bolnavilor și familiilor acestora.

A. Îngrijirea la domiciliu

Aceasta prevede diverse tipuri de îngrijiri ale pacienților cu HIV/SIDA la domiciliu, accesibile pentru bolnavi și familiile acestora, îndreptate la:

- diagnosticarea și îngrijirea clinică, inclusiv controlul durerilor și al altor simptome, prevenirea infecțiilor oportuniste etc;
- administrarea medicamentelor și implementarea altor intervenții clinice la domiciliu;

- îngrijirea medicală de bază, inclusiv menținerea igienei personale și în locuință, prevenirea răspândirii infecției HIV;
- îndrumarea și însoțirea pacientului în alte instituții medicale pentru diagnosticare, îngrijire și tratament, etc;
- asigurarea comunicării, inclusiv educarea pacientului privind măsurile de prevenire a răspândirii infecției HIV, aderare la tratament ;
- antrenarea la lucrul în echipa multidisciplinară pentru a soluționa problemele de ordin fiziologic, psihologic și spiritual ale pacienților;
- alte proceduri de acordare a unei îngrijiri calitative.

B. Îngrijirea în instituțiile medicale

Instituțiile medicale (staționar sau ambulator) oferă o îngrijire mai avansată pentru pacienții HIV pozitivi care include accesul la serviciile medicale de bază oferite de specialiști calificați în diagnosticarea și tratamentul simptomelor acute sau cronice ale infecției HIV. Specialiștii din aceste instituții stabilesc legătura de mai departe cu îngrijitorii la domiciliu.

C. Îngrijirea în hospice

Îngrijirea în hospice este organizată pentru a ajuta persoanele în stări grave, în stadiul terminal al infecției HIV/SIDA sau în ultimele clipe ale vieții.

Îngrijirea în hospice prevede acțiuni intensive de alinare a durerii, precum și controlul altor simptome, suportul bolnavului în ultimul stadiu al bolii și a familiei sale, inclusiv în cazul decesului. Îngrijirea în hospice este utilă în asigurarea îngrijirii de răgaz, când îngrijitorii au nevoie de pauză, sau când persoanei i-a fost prescris un nou regim de tratament paliativ primar.

Îngrijirea în hospice este binevenită, în particular, pentru persoanele singurate, celorla cu răspuns întârziat la tratament sau persoanelor greu de controlat, cum ar fi în cazurile asociate cu insuficiență cerebrală severă sau durere necontrolată.

Îngrijirea în aceste instituții este asigurată de personal medical calificat, care posedă cunoștințe în infecția HIV, și instruit în îngrijiri paliative.

SERVICII DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Prevalența înaltă a infecției HIV, creșterea numărului persoanelor cu boală simptomatică dictează necesitatea organizării și acordării sprijinului medical, social și psihologic, fapt ce crează dificultăți în serviciile de sănătate. Colaboratorii medicali se simt demoralizați și neputincioși deoarece au posibilități reduse de acordare a tratamentului, de îngrijire a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA. De aceea se impune promovarea a două linii de bază de îngrijire paliativă:

A. Serviciile nespecializate sau convenționale care acordă îngrijiri paliative fără ca acestea să fie preocuparea lor de bază. Acestea includ: servicii comunitare de îngrijiri la domiciliu, medici de familie, cămine rezidențiale. Marea majoritate a îngrijirilor paliative este și va fi, probabil, întotdeauna asigurată de servicii nespecializate comunitare de îngrijiri la domiciliu care se bazează pe societate, fiind mai ieftine în administrare și cu o acoperire mai largă. Implicarea voluntarilor, persoanelor afectate de HIV/SIDA în serviciile nespecializate este benefică și face ca societatea să se implice în îngrijirea persoanelor seropozitive HIV, crescând conștiința și promovând toleranță și acceptare.

B. Serviciile specializate sunt acordate de echipe multidisciplinare, cu pregătire specială în domeniu. Acestea nu înlocuiesc serviciile de bază din prima linie, dar le sprijină și le complimentează în funcție de nevoile identificate și de complexitatea situațiilor. Serviciile specializate sunt licențiate în domeniu.

1. Hospice – instituție autonomă de sănătate / spital special în care persoanele sunt internate în ultimele luni ale vieții pentru a atenua simptomele bolii și a primi sprijin psihologic, spiritual și social. Acordă suport îngrijitorilor în timpul crizelor bolii pacientului și după decesul muribunzilor. Sunt admise persoane care nu pot fi ajutate la domiciliu din considerente medicale sau sociale. Personalul hospice-ului este alcătuit din lucrători medicali profesioniști și voluntari special antrenați în îngrijirea paliativă. Asistența medicală este acordată în regim non-stop. Bolnavul este internat pentru perioade limitate de timp în vederea administrării de tratamente și proceduri medicale care necesită supraveghere continuă în staționar. Specificul acestor unități este de a asigura bolnavului un mediu cât mai „neinstituționalizat”, mai aproape de cel casnic și de a crea bunăstarea fizică, psiho-emoțională și spirituală prin controlul adecvat al simptomelor.

Îngrijirea în bază de hospice este organizată pentru a ajuta persoanele în stadiul terminal al infecției HIV/SIDA și este utilă, în particular, pentru persoanele singurate și /sau la care simptomatologia răspunde cu greu la tratament sau simptomele sunt acute și /sau greu de controlat.

2. Secția hospice de îngrijire paliativă face parte din spitalul general sau de profil, cu personal instruit în îngrijiri paliative. Unitatea de bază este alcătuită din 5-7 paturi pentru internarea persoanelor în condiții critice până la ameliorarea stării lor sau până la deces. De asemenea sunt internate persoane și din alte unități spitalicești sau de la domiciliu pentru acordarea îngrijirilor paliative mai complexe.

3. Un singur pat hospice poate fi organizat la unitatea de ambulatoriu sau unitatea medicală specializată pentru urmărirea efectelor noului plan de tratament paliativ de alinare a durerii.

4. Echipe de îngrijire paliativă din spitale sunt create ca urmare a pregătirii insuficiente a personalului medical din spitale în vederea satisfacerii necesităților

specifice ale bolnavului terminal și pentru integrarea conceptelor specifice îngrijirii paliative în ansamblu practicii medicale standard. Aceste echipe oferă sfaturile necesare și pregătesc îngrijitorii la domiciliu prin educarea pacienților, familiei, prietenilor și altor îngrijitori. Ele sunt formate din personal cu pregătire specială în îngrijirea paliativă (medic, asistent medical, asistent social, preot, voluntar), care asigură asistența la patul bolnavului, în secțiile spitalului, la solicitarea medicului curant.

5. Echipele de îngrijire paliativă la domiciliu sunt cele mai eficiente, asigurând prin resurse materiale și umane relativ reduse accesul unui număr relativ mare de bolnavi la asistența de specialitate. Mediul familial este, în general, mai agreeat și mai puțin traumatizant, cel mai potrivit pentru aflarea persoanei pe parcursul bolii și în ultima perioadă a vieții. Este esențială în acest caz prezența echipelor mobile de îngrijire paliativă, care pot vizita pacientul la domiciliu, compuse din medic, asistentă medicală, lucrător social, psiholog, voluntari, slujitor de cult. Echipa este invitată de către medicul de familie sau de către persoana care necesită îngrijire. Echipa implică membrii familiei în procesul de îngrijire prin acordarea de sfaturi și suport.

6. Centre – hospice de îngrijire paliativă de zi sunt destinate bolnavilor în stadii relativ stabile și mai puțin avansate ale bolii. Pe durata aflării în centrele de zi bolnavul beneficiază de consultații și tratament medical sub supravegherea specialistului, reabilitare, resocializare, sprijin social. Astfel de centre pot fi organizate pe lângă hospice sau unitatea de ambulatoriu. Persoanele suferinde vin aici pentru a se întâlni cu alți bolnavi, a comunica, a se dedica hobiului, a se freza, a face masaj, a se odihni sau a face un control medical și măsuri de resocializare. Între timp familiile se relaxează sau sunt vizitate pentru ajutor. Colaboratorii principali ai acestor centre sunt voluntarii sub conducerea unui lucrător medical profesionist. Voluntarii sunt selectați din rândurile comunității și a persoanelor cu HIV/SIDA și instruiți în cadrul unor cursuri speciale, fiind susținuți și supravegheați în permanență de profesioniști.

REȚELE, CONEXIUNI ȘI INTEGRĂRI ÎN SERVICIILE DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Pentru a integra măsurile de prevenire, tratament și îngrijire din clinici, hospice, comunități și la domiciliu, precum și pentru a constitui și susține sisteme complexe de îngrijiri ale persoanelor cu HIV/SIDA este necesară dezvoltarea rețelilor ce vor stabili conexiuni între niveluri și vor permite acordarea îngrijirilor la fiecare dintre ele.

Sistemele de rețea reprezintă niște relații funcționale între îngrijitori pentru a crea un sistem complex de îngrijire, care include:

- conexiunile între programele de prevenire HIV, instituțiile unde se acordă

îngrijirea paliativă și integrarea programelor de suport a persoanelor cu HIV/SIDA;

– integrarea îngrijirilor paliative în instituțiile unde se efectuează tratamentul antiretroviral.

Rețeaua prevede o coordonare și colaborare strânsă între grupuri și organizații care oferă îngrijire adițională. Acestea pot fi spitale, clinici, organizații guvernamentale și non-guvernamentale, echipe ce oferă îngrijire la domiciliu și în comunitate, grupuri din comunitate, servicii legale, furnizori de produse alimentare, grupuri de suport ale persoanelor cu HIV/SIDA, organizații ce oferă suport orfanilor și copiilor vulnerabili, organizații ce oferă consultații.

O rețea în domeniul ocrotirii sănătății persoanelor HIV pozitive constă dintr-un sistem de programe clinice și non-clinice de îngrijire a persoanelor cu HIV/SIDA și a familiilor lor. Organizațiile guvernamentale și non-guvernamentale, comunitare și religioase, companiile private sau consorțiumurile fac parte din rețea. O rețea prezintă un sistem de îngrijiri ce prevede îngrijirea primară, secundară, terțiară și pe cea la domiciliu. Legăturile și integrarea lor prevăd coordonarea și colaborarea între furnizori prin referire.

Rețelele pot fi construite prin integrarea îngrijirii paliative în toate programele existente de prevenire, tratament și îngrijire a pacienților cu infecția HIV sau prin conexiunea cu îngrijitorii la domiciliu, în instituțiile medicale și hospice.

ASPECTELE ÎNGRIJIRILOR PALIATIVE ALE PACIENȚILOR SEROPOZITIVI HIV

A. Controlul infecției

În scopul identificării și diminuării riscurilor de infectare a personalului, pacienților și familiei, serviciile de îngrijire paliativă elaborează și implementează măsuri de combatere și prevenire a infectării cu HIV și infecțiile oportuniste.

Personalul trebuie să cunoască și să aplice măsurile universale de protecție împotriva infectării cu HIV și alte infecții transmisibile prin sânge.

Furnizorul de îngrijiri paliative este obligat să asigure personalul cu echipament de protecție și condiții de muncă inofensive.

Angajatorii vor fi instruiți privind măsurile de siguranță și reducerea riscului infectării cu HIV sau alte infecții transmisibile prin sânge.

Serviciile de îngrijire paliativă trebuie să asigure evacuarea în condiții corespunzătoare a reziduurilor medicale infecțioase.

Furnizorii de îngrijiri paliative sunt responsabili de respectarea actelor normative și legislative în domeniul tehnicii securității și protecției muncii.

Măsurile de siguranță sunt bazate pe principii standarde de control a infecției și necesită a fi respectate în acordarea asistenței pacientului. Respectarea acestor

principii minimizează riscul contaminării cu HIV la contactul cu sângele sau alte lichide biologice, deoarece aceste lichide sunt considerate potențial infectate și trebuie supuse prelucrării și nimicirii prin metode simple și adecvate.

În procesul acordării îngrijirilor paliative la domiciliu personalul medical va aduce la cunoștință membrilor familiei următoarele informații:

1. Îngrijirea persoanelor HIV pozitive este inofensivă pentru familia lor, riscul contaminării fiind foarte mic, dacă se respectă următoarele reguli:

- îmbrăcarea mănușilor de latex în timpul contactului cu sângele sau cu lichidele biologice ale persoanei îngrijite;
- aplicarea obligatorie a bandajelor pe rănilor de pe piele. Dacă bandajul este îmbibat cu sânge sau cu lichide biologice, el trebuie înlocuit și distrus;
- înlăturarea petelor de sânge, fecale și urină se face aplicând pe mâini mănuși de latex;
- hainele și lenjeria de pat sau corp murdară, pătate de sânge, excremente, urină sau alte lichide biologice, trebuie ținute separat; acestea vor fi atinse doar utilizând mănuși sau o bucată de plastic.

2. Se interzice utilizarea periutelelor de dinți, lamelor de ras, acelor sau a altor obiecte ascuțite, folosite de o persoană HIV pozitivă.

3. Spălarea pe mâini cu săpun după contactul cu hainele, lenjeria de pat murdară de sânge sau după orice contact cu lichide biologice ale persoanei seropozitive HIV.

4. Contactele obișnuite cu o persoană seropozitivă HIV sunt inofensive (nu necesită îmbrăcarea mănușilor).

5. Utilizarea lichidelor de curățat obișnuite la spălarea veselei de bucătărie și a obiectelor sanitare.

B. Tuberculoza și HIV/SIDA

Tuberculoza este cea mai răspândită infecție oportunistă întâlnită la persoanele infectate cu HIV, cauza decesului multor persoane. Prevenirea și tratamentul tuberculozei la persoanele HIV- pozitive poate reduce mortalitatea în rândurile persoanelor infectate. Tratamentul tuberculozei reduce răspândirea infecției în instituțiile medicale și în societate. Intervențiile pentru prevenirea răspândirii HIV/SIDA și tuberculozei au un impact foarte mare asupra sistemului de sănătate publică și reprezintă un component integral al îngrijirii paliative în HIV/SIDA. Acestea au ca scop:

- diagnosticarea, tratamentul și îngrijirea persoanelor cu HIV/SIDA și tuberculoză activă;
- consilierea și testarea tuturor pacienților implicați în îngrijire în cadrul programelor de tuberculoză;

- îngrijirea persoanelor HIV pozitive diagnosticate cu tuberculoză;
- asigurarea aderenței la TARV a persoanelor cu HIV/SIDA și coinfectate cu tuberculoză.

C. Îngrijirea paliativă a copiilor infectați de HIV/SIDA

Îngrijirea paliativă a copiilor se face după modelul adulților și răspunde la aspectele clinice, psihologice, spirituale și sociale. Totuși există unele distincții între modelul de îngrijire al adulților și cel al copiilor, și îngrijitorii ar trebui să țină cont de ele:

- copiii sunt în proces de creștere, metabolismul lor diferă de cel al adulților, prin urmare și manifestările infecției HIV sunt diferite;
- îngrijirea paliativă a copiilor începe din momentul când fătul este expus la HIV (în uter, în procesul nașterii și/sau în timpul alăptării);
- copilul este îngrijit pînă la stabilirea diagnosticului și apoi pe tot parcursul vieții;
- familia este prima care acordă îngrijire copilului infectat de HIV și lucrul cu familia este important în îngrijirea acestor copii;
- identificarea tuturor membrilor seropozitivi din familie și îndrumarea lor la specialiști de diferite profiluri pentru a beneficia de un spectru larg de îngrijire, cum ar fi prevenirea răspîndirii HIV, tratament, supraveghere, consiliere și planificarea familiei.

D. Măsurile de prevenire pentru persoanele seropozitive HIV

Măsurile de prevenire pentru persoanele seropozitive HIV sunt importante în prevenirea acestei infecții pentru cuplurile unde unul din parteneri este seropozitiv.

Acestea includ:

- consilierea și testarea voluntară;
- crearea sau aderarea la grupurile de suport din comunitate;
- testarea partenerilor;
- asigurarea confidențialității;
- utilizarea prezervativelor și respectarea fidelității.

E. Suportul cu produse alimentare

Sprijinul cu produse alimentare este un component important în îngrijirea paliativă a persoanelor cu HIV/SIDA. Suportul alimentar este acordat numai în cazuri excepționale, implicînd în aceste activități alte organizații, inclusiv non-guvernamentale.

RESURSELE UMANE ȘI INSTRUIREA

A. Instruirea

Instruirea este parte integrantă a îngrijirii paliative și va fi asigurată la un nivel corespunzător pentru profesioniști, pentru persoanele seropozitive HIV, voluntari, membrii familiei, îngrijitori. Furnizorii de servicii de îngrijire paliativă au nevoie de o instruire continuă, care să cuprindă tematica specifică respectivă.

Este important de a instrui îngrijitorii de la toate nivelurile, precum și de a asigura accesul la îngrijirea paliativă a îngrijitorilor seropozitivi HIV. Instruirea în îngrijirea paliativă a acestor persoane se face în baza unei programe avizate, care cuprinde așa subiecte ca: filosofia hospicelor, etica, comunicarea, controlul durerii și al altor simptome întâlnite la pacienții cu HIV/SIDA, pierderea apropiatului și doliu, sprijin psihologic, social și spiritual, roluri în echipa interdisciplinară.

Elemente de bază de consiliere sunt integrate în instruirea și practica tuturor profesioniștilor implicați în îngrijirea paliativă. Furnizorii de îngrijiri paliative participă la programe de supervizare și instruire continuă.

Serviciile de îngrijire paliativă pun la dispoziția pacienților, familiilor, îngrijitorilor și publicului materiale educaționale și resurse informative. Acestea sunt încurajate să promoveze educația în îngrijirea paliativă și să coopereze cu instituțiile de învățământ medical mediu, universitar și postuniversitar, implicate în formarea personalului necesar acestor activități.

Accesul tuturor specialiștilor la educație și instruire în îngrijirea paliativă este esențial.

Pentru un program eficient de îngrijire paliativă sunt necesare câteva categorii de îngrijitori. Fiecare categorie își are rolul său.

Asistența medicală

Rolul îngrijitorilor, care fac parte din personalul medical (medici, asistenți medicali), constă în evaluarea, prevenirea, diagnosticarea, tratamentul, reducerea/alinarea durerilor și a altor simptome. Pentru a-și îndeplini sarcina, îngrijitorii necesită instruire specială privind standardele și procedurile de control a durerii și a altor simptome, de diagnosticare a tuberculozei și infecțiilor oportuniste. Specialiștii trebuie să fie capabili pentru a stabili diagnosticul și tratamentul sau să consulte alți medici. Personalul medical necesită instruire în diagnosticarea și tratamentul infecțiilor oportuniste conform practicilor și standardelor naționale.

Serviciile medicale se asigură de un medic calificat, licențiat în medicină generală cu specializare/perfecționare în îngrijiri paliative.

Serviciile de nursing se asigură de către asistenți medicali calificați, instruiți în îngrijiri paliative minim 6 săptămâni și supervizați minim 3 luni de către asistenta coordonatoare.

Asistența socială

Lucrătorii sociali asigură evaluarea și consilierea psiho-socială, îngrijire și suport pentru a adera la TARV, sfaturi privind drepturile pacientului, determinarea necesităților și acordarea suportului social.

Astfel de servicii sunt acordate de către asistenți sociali calificați, cu instruire de minim 4 săptămâni în îngrijiri paliative și supervizare de minim 3 luni de către asistenta coordonatoare.

Asistența psiho-emoțională

Serviciile psiho-emoționale sunt acordate de către psihologi calificați cu diplomă universitară în domeniul psihologiei sociale sau medicale, instruiți în îngrijiri paliative 4 săptămâni și 4 săptămâni supravegheați de coordonatorul echipei. Asistența include: consiliere pentru individ/familie/grup, intervenție în caz de criză, consiliere după decesul pacientului.

Suportul spiritual/religios

Serviciile de suport spiritual/religios sunt asigurate de slujitorii cultelor (sau persoane cu experiență și calificare similară) instruiți în îngrijirea paliativă minim o săptămână.

Activități de voluntariat

Serviciile de voluntari includ: munca directă cu pacienții și familiile acestora (de ex. companie, cumpărături, transport, menaj, sprijin în perioada de doliu, etc.), activități administrative (de ex. lucrări în oficiu, activități de strângere de fonduri, ajutor în organizarea evenimentelor speciale, lucrări de construcție și întreținere).

Voluntarii își desfășoară activitatea fără a primi beneficii materiale. Activitatea lor se bazează pe un contract scris, care include specificarea programului și a activităților desfășurate.

Voluntarii, care activează în servicii de îngrijire paliativă, beneficiază de instruire de bază și supervizare din partea coordonatorului de voluntari.

Implicarea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA în îngrijiri paliative

Succesul programelor de îngrijiri paliative depinde de implicarea altor persoane care trăiesc cu HIV/SIDA. Luând în considerare experiența personală, persoanele care trăiesc cu HIV/SIDA pot contribui la o înțelegere mai profundă a necesităților pacienților și pot sugera careva soluții pentru programele de îngrijire paliativă. Deseori aceste persoane sunt cei mai buni consilieri și educatori pentru acei infectați cu HIV/SIDA și membrii familiilor lor.

Toate programele de îngrijire paliativă trebuie să se concentreze asupra recrutării celor infectați cu HIV/SIDA.

Personalul programelor de îngrijire paliativă, în care sunt și persoane care trăiesc cu HIV/SIDA, trebuie să beneficieze de îngrijirea paliativă la același nivel cu reprezentanții programului.

Echipele multidisciplinare

Luând în considerare modurile în care HIV afectează oamenii, comunitățile și familiile, serviciile de îngrijiri paliative sunt acordate de către o echipă multidisciplinară care ar fi în stare să abordeze problemele de ordin fiziologic, psihologic și spiritual al indivizilor, familiilor și orfanilor. Această colaborare generează un mod de abordare mai integrat și holistic al problemelor complexe ce stau în fața adulților și copiilor infectați sau afectați de HIV și a necesităților lor.

Aceste echipe vor consta din: medic, asistent medical, asistenți sociali, voluntari, consilieri, slujitor de cult și persoane care trăiesc cu HIV/SIDA.

În funcție de nivelul de dezvoltare al programului, de obiectivele acestuia sau de nevoile particulare ale anumitor pacienți, echipa poate coopera și alți specialiști: psiholog, fizioterapeut, terapeut prin joc, terapeut ocupațional și alt personal.

Pacientul și familia sunt membrii cei mai importanți ai echipei multidisciplinare. Membrii acestei echipe sunt instruiți să recunoască situațiile dificile, simptomele precocede ale sindromului "de ardere", limitele personale și să utilizeze metode eficiente de reducere a stresului. În caz de necesitate, membrii echipei de îngrijire paliativă pot apela la asistența specializată.

B. Resurse umane

Îngrijirea paliativă implică importante resurse umane pentru asigurarea accesibilității, continuității și calității îngrijirilor medicale.

Îngrijirea paliativă are nevoie de resurse materiale suficiente, precum și de personal instruit și calificat pentru a satisface nevoile de îngrijire și a asigura continuitatea în îngrijire.

Normativul de personal pentru serviciul de îngrijire la domiciliu este:

- o unitate de asistentă medicală la 10-15 pacienți;
- o unitate de medic la 4 asistente medicale;
- o unitate de asistent social la 20-30 pacienți;
- o unitate de psiholog la 45-50 pacienți;
- un slujitor al cultelor la 60 pacienți.

Normativul de personal pentru unitatea cu paturi este:

- o unitate de asistentă medicală la 5 pacienți pe schimb;
- o unitate de infirmieră la 5 pacienți pe schimb;
- o unitate de medic la 10-15 pacienți;
- o unitate de asistent social;
- un slujitor de cult (poate fi voluntar).

Personalul auxiliar și administrativ este angajat conform fișei de state a fiecărui serviciu, în funcție de necesitățile pentru asigurarea bunei funcționări a serviciului.

MANAGEMENTUL INFORMAȚIEI

Activitatea serviciilor de îngrijiri paliative va fi documentată și raportată sub forma și în modul stabilit prin regulamentul de funcționare și organizare a îngrijirilor paliative.

Furnizorii de servicii de îngrijiri paliative asigură evidența completă, corectă și confidențială a documentației referitoare la serviciile prestate, indiferent de locul în care este îngrijit bolnavul.

Serviciile de îngrijire paliativă au politici și proceduri scrise referitoare la conținutul, păstrarea, securitatea și accesul la evidențele clinice.

Documentația referitoare la serviciile acordate pacientului cuprinde cel puțin: date biografice, anamneza, evaluarea inițială (medicală, nursing, socială, spirituală), evidența derulării îngrijirii acordate de toate disciplinele din cadrul echipei – de la admiterea în program și până în perioada de doliu, evidența medicației, alte servicii implicate în îngrijire, alte documente conform legislației în vigoare.

Evidențele clinice cuprind un rezumat al scoaterii de la evidență (epicriza) pentru fiecare pacient ieșit din îngrijire.

MANAGEMENTUL ORGANIZAȚIEI

Managementul serviciilor de îngrijire paliativă este asigurat de organele prevăzute de statutul/regulamentul organizației.

Indiferent de modul de organizare și statutul juridic al prestatorilor de servicii, este preferabilă delimitarea activității strategice de cea executivă.

Toate posturile din organizație au fișe de post și specificarea calificării necesare.

Fiecare serviciu de îngrijiri paliative va avea elaborat un regulament intern de funcționare, inclusiv manualul de politici și proceduri.

Serviciile de îngrijire paliativă se desfășoară în conformitate cu normele și legislația în vigoare în Republica Moldova.

CONTROLUL SIMPTOMELOR

Deja la debutul epidemiei infecției HIV a fost stabilit că persoanele cu HIV/SIDA frecvent acuză durere și alte simptome. Cauza acestora poate fi nu doar însăși infecția HIV, dar și infecțiile oportuniste, tumorile maligne, efectele adverse ale preparatelor medicamentoase și alte stări concomitente. În legătură cu acest fapt, cea mai eficientă intervenție de anihilare a simptomelor poate fi tratamentul bolilor și stărilor care stau la baza lor, tratamentul infecției HIV, înlocuirea preparatelor indicate cu altele mai puțin toxice și/sau tratament simptomatic.

1. *Tratamentul durerii*

Se disting două categorii de bază de durere – nociceptivă și neuropatică.

Durerea nociceptivă apare ca rezultat al excitării nociceptorilor și are două forme:

- Durere somatică (apare în piele, țesuturile moi, mușchi și oase);
- Durere viscerală (apare în organele interne și cavități).

Durerea nociceptivă de regulă se cupează cu analgezice neopioide și opioide.

La mai bine de 40% din persoanele care trăiesc cu infecția HIV, în stadiile terminale ale bolii apare durerea neuropatică. În majoritatea cazurilor ea este determinată de polineuropatia distală simetrică – neuropatia axonală determinată, posibil, de însăși infecția HIV. Pentru ea este caracteristică amorțirea, înțeparea, arsură, alodinia, în special în regiunea gambelor și plantelor. În cazul durerii neuropatice de regulă se administrează analgezice neopioide și opioide în combinație cu preparate ajutătoare (adjuvanți) – preparate antidepresante sau anticonvulsivante.

Cauza neuropatiei cu simptomatologie similară și afectarea gambelor și plantelor poate fi și acțiunea neurotoxică a unui șir de preparate antiretrovirale (ARV), în special Didanozina și Stavudina. În aceste cazuri, schimbarea preparatului /preparatelor ARV de regulă (dar nu întotdeauna) conduce la îmbunătățirea stării.

Tratamentul trebuie început cu aprecierea detaliată și sistematică a durerii, inclusiv determinarea cauzelor, tipului, intensității, consecințelor și mijloacelor care o diminuează.

- Intensitatea durerii. De regulă se determină conform unei scări de 10 puncte, în care 0 puncte indică lipsa durerii, iar 10 – durere insuportabilă. Utilizarea aceleiași scări la acelaș pacient permite aprecierea modificărilor intensității durerii în dinamică.

- Tipul durerii. Durerea nociceptivă, de regulă, este descrisă ca o durere sîcitoare, profundă, pulsativă, iar cea neuropatică – ca arsură, înțepătură, amorțire

sau alte senzații neplăcute. De tipul durerii depinde selectarea analgezicelor, în special la suspectarea durerii neuropatice.

- Consecințele durerii. Este necesar de a aprecia acțiunea durerii asupra stării funcționale, activității zilnice și stării emoționale a pacientului.
- Atenuarea durerii. Este necesar de a determina condițiile și intervențiile care atenuează și înlătură durerea.

Scări de determinare a intensității durerii

Scara simplă care descrie intensitatea durerii

lipsa durerii	durere ușoară	durere moderată	durere pronunțată	durere foarte pronunțată	durere insuportabilă

Scara de 10 puncte de determinare a intensității durerii

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
lipsa durerii				durere moderată				durere insuportabilă		

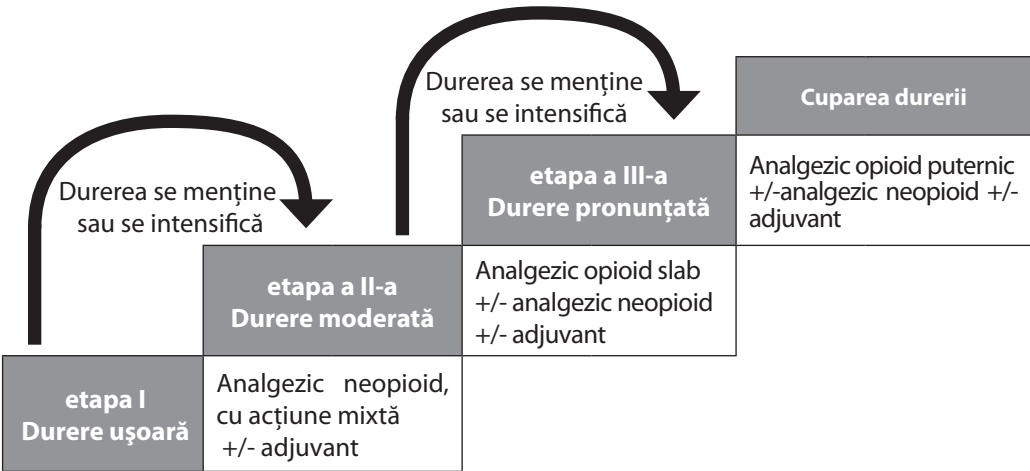
Scara vizuală analogică

lipsa durerii	durere insuportabilă
----------------------	-----------------------------

Durerea cronică puternică frecvent apare în cazul tumorilor maligne, pancreatitei cronice, afecțiunilor articulațiilor, neuropatiilor severe.

Durerea ușoară, medie și puternică pot fi cupate cu preparate analgezice, completate la necesitate cu mijloace adăugătoare. Dozele inițiale ale analgezicelor și alte recomandări sunt prezentate în tabelul 1.

Tratamentul durerii la persoanele cu infecția HIV „Scara analgeziei” OMS



Durerea ușoară – 1-3 puncte; durerea moderată – 4-6 puncte; durerea puternică – 7-10 puncte.

Analgezice neopioide: Paracetamol, Aspirină (Ac. acetilsalicilic), Indometacină, Ibuprofen etc.

Analgezice cu acțiune mixtă: Tramadol.

Analgezice opioide slabe: Codeina, Hidrocodon.

Analgezice opioide puternice: Morfină, Oxiconon, Metadon, Hidromorfon, Fentanil.

Notă: preparatele adjuvante sunt eficiente în special în durerea neuropatică.

Sursa: adaptat după materialele OMS, 1990

Unele momente importante cu privire la administrarea analgezicelor:

- Analgezicele se vor administra intern sau rectal (cu condiția că pacientul nu are în anamneză proctită, abcese ale rectului și alte contraindicații), iar în cazuri de dureri puternice i/m, deși injecțiile de asemenea pot provoca durere. Dacă este necesar și accesibil, se pot administra analgezice puternice i/v sau subcutan, în special în condiții de staționar și la domiciliu.

- Schema de analgezie este selectată în funcție de regimul de somn, pentru a evita trezirea pacientului pentru administrarea dozei ulterioare de analgezic.

- Doza ulterioară trebuie administrată pînă la terminarea acțiunii dozei precedente.

- Trebuie de început cu doze mici de analgezic, mărindu-le treptat pînă la cuparea durerii.

- În cazul acutizării durerii, suplimentar se indică analgezic în doză care constituie 50-100% din doza ulterioară pentru 4 ore.

- Ac. acetilsalicilic (Aspirina) poate cupa durerea ușoară și medie, dar din cauza dereglărilor de coagulare a sîngelui la persoanele cu infecția HIV ea trebuie administrată cu atenție, în special la pacienții cu boli grave ale ficatului. Paracetamolul de asemenea poate provoca probleme la pacienții cu boli active ale ficatului, de aceea el trebuie administrat cu atenție, doza zilnică de regulă nu trebuie să depășească 2 g.

Tratamentul durerii

Tipul durerii și tratamentul	Dozele obișnuite de inițiere (pentru maturi)	Recomandări
A. Tratamentul medicamentos		
Etapa I – durere ușoară		
Analgezice neopioide	Paracetamol 500-1000 mg fiecare 4-6 ore (se administrează de asemenea supozitorii rectale)	Doza nu trebuie să depășească 4 g/24 ore. În maladiile ficatului este necesară supravegherea; toxicitatea depinde de doză.
	Ibuprofen 400 mg fiecare 6 ore	Doza maximă 2,4 g/24 ore. Este contraindicat pacienților cu hemoragii gastrointestinale și dereglări de coagulare a sîngelui. La pacienții cu maladii ale ficatului se va administra cu precauție.
	Ac. acetilsalicilic (Aspirina) 325-500 mg fiecare 4 ore sau 1000 mg fiecare 6 ore	Contraindicații: • Copii <12 ani. • Hemoragii gastrointestinale. • Dereglări de coagulare a sîngelui. La pacienții cu maladii ale ficatului se va administra cu precauție.
Etapa a II-a – durere moderată		
Analgezice neopioide	Paracetamol 500-1000 mg fiecare 4-6 ore (se pot utiliza și supozitorii rectale)	Doza nu trebuie să depășească 4 g/24 ore. În maladiile ficatului este necesară supravegherea; toxicitatea depinde de doză.
	Ibuprofen 400mg fiecare 6 ore	Doza maximă 2,4 g/24 ore. Este contraindicat la pacienții cu hemoragii gastrointestinale și dereglări de coagulare a sîngelui. Pacienților cu afecțiuni hepatice se va administra cu precauție.
	Aspirina (Ac. acetilsalicilic) 325-500 mg fiecare 4 ore sau 1000 mg fiecare 6 ore	Contraindicații: • Copii sub 12 ani. • Hemoragii gastrointestinale. • Dereglări de coagulare a sîngelui. Pacienților cu afecțiuni hepatice se va administra cu precauție.

Analgezice opioide	Codeina 25-50 mg fiecare 4 ore. Dacă Codeina nu este accesibilă, se poate indica Ac. acetilsalicilic sau Paracetamol. Se produc preparate combinate cu doză fixată, care conțin 25-60 mg Codeină și 325-500 mg Paracetamol sau Ac. acetilsalicilic	Doza zilnică nu trebuie să depășească 180-240 mg/24 ore din cauza apariției constipațiilor; dacă această doză nu este suficientă se va trece la Morfină. Pentru prevenirea constipațiilor se indică purgative care înmoaie masele fecale și accelerează peristaltismul intestinal. La UDI până la indicarea Codeinei se folosește antiinflamatorul nesteroidian Ibuprofen. Se va ține cont de faptul că pacientul poate abuza de Codeină și alte preparate de tipul Morfinei.
Analgezice mixte	Tramadol 50-100 mg fiecare 4-6 ore	
Etapa a III-a – durere puternică		
Analgezice neopioide	Paracetamol 500-1000 mg fiecare 4-6 ore (se va administra și în supozitorii rectale) Ac. acetilsalicilic 325-500 mg fiecare 4 ore sau 1000 mg fiecare 6 ore	Doza nu trebuie să depășească 4g/24 ore. În maladiile ficatului este necesară supravegherea; toxicitatea depinde de doză. Contraindicații: • Copii <12 ani. • Hemoragii gastrointestinale. • Dereglări de coagulare a sîngelui. La pacienții cu maladii ale ficatului se va administra cu precauție.
Analgezice opioide	Morfină per os 10-20 mg fiecare 3-4 ore (comprimate sau sub formă de soluție). Morfină i/v sau i/m 5-10 mg fiecare 3-4 ore. Dacă durerea se menține 24 ore doza se mărește cu 50%. Doza nu este limitată. Oxicodon 5-10 mg fiecare 4 ore. Dacă durerea persistă mai mult de 24 ore, doza poate fi mărită cu 50 la sută.	Dacă Morfina pentru utilizare per os nu este accesibilă, se poate administra rectal soluție injectabilă de Morfină : 5mg/5ml sau 50 mg/5ml în funcție de necesitatea analgeziei și frecvența respirației (doza nu este limitată. Se va suspenda la frecvența respirației mai mică de 6/min). În scopul prevenirii constipației se administrează purgative și preparate care stimulează peristaltismul intestinal. La UDI analgezicele se administrează la fel ca altor pacienți, dar de regulă necesită doze mai mari. Dacă pacientul urmează tratament substitutiv, se va prelungi tratamentul cu doza de substituție și se va adăuga un analgezic narcotic. A se ține cont de posibilitatea abuzului de Codeină și alte preparate pe bază de Morfină.

B. Tratamentul durerii în anumite cazuri		
Durerea neuropatică	De utilizat analgezice opioide cu sau fără neopioide după cum este indicat mai sus, plus unul din următorii adjuvanți.	
Durere puternică, neobișnuită, senzații de parestezie Cauze cele mai răspândite: • Neuropatia periferică provocată de infecția HIV • Herpes Zoster	Amitriptilină 25 mg pe noapte (din cauza efectelor adverse - astenie) sau 12,5 mg 2 ori/24 ore	A aștepta efectul 2 săptămâni, apoi treptat de mărit doza până la 50 mg pe noapte sau 25 mg de 2 ori/24 ore. Efectul cupării durerii nu se dezvoltă rapid, de aceea trebuie de așteptat minimum 5 zile.
	Gabapentină. Doza maximă 2,4 g/24 ore, dacă primește TARV cu IP	
	Carbamazepină 200-400 mg fiecare 6 ore	De urmărit nivelul leucocitelor și interacțiunea medicamentoasă
	Clonazepam 0,5-1,0 mg de 2-3 ori/24 ore	
Spasme musculare	Diazepam 5-10 mg 2-3 ori/24 ore. Tetrazepam 50 mg/24 ore, doza se poate mări până la 200 mg/24 ore în două prize. Baklofen, doza inițială 5 mg de 3 ori/24 ore, o dată în 3 zile, doza se mărește până la 25 mg de 3 ori/24 ore.	La UDI înainte de a indica preparatele de exclus abuzul de preparate psihotrope. De indicat pentru o perioadă scurtă (nu mai mult de 6-8 săptămâni).
Tratamentul la domiciliu în stadii terminale în caz de: • Apariția edemului peritumoral; • Candidoză esofagiană cu ulceratii și dereglarea deglutiției; • Compresiune a nervilor; • Cefalee persistentă în urma creșterii tensiunii intracraniene.	Dexametazonă 2-6 mg/24 ore. Prednisolon 15-40 mg – 7 zile sau doza indicată de specialist.	Este bine venită indicarea în stadiile terminale, îmbunătățește pofta de mâncare și starea generală. De micșorat doza minimum posibil. Dacă în decurs de 3 săptămâni nu este efect, medicamentul se anulează. Dexametazona este de aproximativ 7 ori mai puternică decât Prednisolonul. Dacă este necesar de utilizat Prednisolonul, doza lui trebuie să fie de 7 ori mai mare decât cea a Dexametazonei. La administrarea glucocorticoizilor se poate dezvolta candidoza.

Colici gastrointestinale	Butilscolamină cîte 10-20 mg de 3-5 ori/24 ore	Are perioadă de înjumătățire diferită: la administrarea i/v este mai mare în comparație cu administrarea per os. Doza i/v este egală cu doza per os. La început se administrează i/v și în cazul rezultatului tenace se continuă per os. Dacă la administrarea per os se obține un rezultat tenace, se va administra i/v doar în crizele de durere acută
	Codeină 30 mg fiecare 4 ore.	Poate provoca constipație și agrava starea la UDI. Se va ține cont de riscul abuzului la acești pacienți de Codeină și alte preparate pe bază de Morfină
	Trimebutin 100-200 mg 3 ori/24 ore înainte de mîncare.	
C. Tratament nemedicamentos		
Suștinere psihologică, emoțională, spirituală și consilierea ca supliment la tratamentul medicamentos		Durerea se suportă mai greu dacă se asociază depresia, senzația de vină, frica de moarte, anxietatea. Discutînd situația, pacientul poate fi ajutat să învingă frica și neliniștea
Tehnici de relaxare, inclusiv fizice (masaj) și cognitive (ascultarea muzicii)		Sunt contraindicate în cazul cînd pacientul se află în stare de depresie gravă sau psihoză

- Concomitent pot fi indicate doar un analgezic neopioid și unul opioid. Acetilsalicilic fiecare 4 ore poate fi completat cu Paracetamol fiecare 4 ore. Graficul se va întocmi în așa mod ca pacientul să utilizeze unul din aceste preparate fiecare 2 ore.

- Dacă durerea a fost cupată, doza se micșorează rapid sau se sistează imediat administrarea preparatului dacă pacientul și l-a administrat pe parcursul unei perioade scurte de timp. Doza se micșorează treptat dacă preparatul a fost administrat mai mult de 2 săptămîni.

- Morfina și Oxiconona de regulă sunt accesibile în forme cu acțiune prelungită (cu metabolizare lentă). Recomandările de mai sus se referă la tratamentul durerii acute, care trebuie început cu preparate cu acțiune rapidă, apoi la necesitate se trece la preparate cu acțiune prelungită.

- Morfina și alte opioide deseori provoacă efecte adverse care pot fi ușor pre-

venite sau înlăturate cu ajutorul corecției dozelor sau alte măsuri simple, descrise în tabelul 2. Multe din aceste simptome cu timpul trec de la sine. În unele cazuri, dacă simptomele se mențin și nu permit creșterea dozei analgezicului, se poate de trecut la alt analgezic opioid.

Tabelul 2

**Tactica de acțiune în cazul dezvoltării efectelor adverse
la Morfină și alte opioide**

Reacții adverse	Tratament
Constipație	Mărirea cantității lichidelor și celulozei în alimente, folosirea fructelor, legumelor, cerealelor. De rînd cu opioizii se indică: laxative emoliente și lubrifiante (Docusat 200-800 mg/zi) plus remedii care stimulează peristaltismul intestinului (Senna 2-4 comprimate cîte a 7,5- 8,6 mg de 2 ori/24 ore). În lipsa rezultatului pozitiv se suplimentează copmprimare Lactuloză 10-20 ml de 3 or/zi. În lipsa efectului, se indică Bisacodil 5-15 mg în comprimate sau supozitoare rectale. A se efectua profilaxia constipației cu unul sau cu cîteva din remediile enumerate mai sus (dacă pacientul nu are diaree cronică).
Greață și/sau vomă	De indicat antiemetice. De regulă greața și voma dispar peste cîteva zile, este posibilă necesitatea administrării continue a preparatelor antiemetice.
Inhibarea respirației (se dezvoltă rar, dacă doza Morfinei se mărește treptat)	Dacă frecvența respirației > 6-8 pe minut tratamentul de regulă nu se indică. Dacă suprimarea respirației este marcată, se anulează doza următoare, apoi se micșorează doza cu ½.
Obnubilarea cunoștinței sau somnolența (provocată de opioizi)	De obicei se dezvoltă la începutul tratamentului ori la mărirea dozei. De obicei durează cîteva zile. Posibil să se dezvolte la pacienții cu insuficiență renală în stadiul terminal al maladiiei. De micșorat doza cu ½ și de mărit intervalul între administrări.
Mioclonus (dacă este pronunțat și dacă apare în timpul zilei)	Dacă doza preparatului este mare, se va încerca micșorarea acesteia, sau adoptarea schemei cu alternarea dozelor, sau administrarea a două analgezice opioide. Se va evalua repetat durerea și tratamentul; în unele tipuri de durere morfina este inefficientă
Somnolență	Somnul prelungit poate fi consecința istovirii din cauza durerii. Dacă somnolența patologică persistă mai mult de 2 zile, se va micșora doza în jumătate.

Notă. Micșorarea dozei Morfinei după înlăturarea cauzei depinde de durata administrării acesteia. Dacă Morfina a fost administrată timp scurt, se sistează administrarea ei imediat sau cu micșorarea rapidă a dozei. Dacă morfina a fost administrată mai mult de 2 săptămâni, doza se micșorează treptat și se monitorizează apariția simptomelor de abinență.

Tabelul 3

**Instrucțiuni pentru membrii familiei și lucrătorul social
cu privire la administrarea Morfinei per os**

Scopul	Instrucțiuni
• Instruirea membrilor familiei și lucrătorului social cum să administreze pacientului doze mici de Morfină, intern, cu ajutorul seringii, și ce trebuie de făcut în cazul reacțiilor adverse.	• Morfina pentru administrare internă reprezintă un preparat cu acțiune analgezică puternică care poate fi indicat doar de un lucrător medical. • Pentru a administra pacientului Morfină intern: ▷ Turnați o cantitate mică de soluție de morfină într-o cupă/ cană; ▷ Luați doza exactă în seringă (orientați-vă după indicatorii ml de pe seringă); ▷ Turnați soluția din seringă în gura pacientului (seringa va fi fără ac). • Administrați doza indicată fiecare 4 ore, neașteptînd apariția durerii. • Administrați o doză dublă pe noapte. • Dacă durerea se intensifică sau apare înainte de doza ulterioară, administrați o doză suplimentară și anunțați lucrătorul medical: poate fi necesară creșterea dozei preparatului. • Greața de regulă trece de la sine peste câteva zile de administrare a Morfinei și mai mult nu apare. • Constipația: profilaxia constipației este indicată tuturor pacienților, cu excepția celor care suferă de diaree. Preparatele pentru tratamentul constipației sunt enumerate în tabelul 2. • Uscăciunea gurii: de administrat apă cu înghițituri mici. • Somnolența de regulă trece peste câteva zile. Dacă ea persistă sau se intensifică, de micșorat doza Morfinei în jumătate și de anunțat lucrătorul medical. • Transpirația sau spasmele musculare: se va informa lucrătorul medical.

**Instrucțiuni pentru membrii familiei și lucrătorul social
cu privire la administrarea analgezicelor**

Scopul	Instrucțiuni
De instruit membrii familiei și lucrătorul social cum trebuie să administreze analgezicele	• Explicați că este important de administrat analgezice pe ore, dar nu de așteptat apariția durerii. • Subliniați că pacientul trebuie să primească doza următoare de analgezic pînă la sfîrșitul acțiunii celei precedente. • Scrieți instrucțiuni clare.
De instruit membrii familiei și lucrătorul social în privința metodelor suplimentare de atenuare a durerii	Discutați metodele posibile de atenuare a durerii: • Suport psihologic. • Metode fizice (netezirea, vibrarea), comprese reci sau calde, respirație profundă. • Metode cognitive: sustragerea atenției, ascultarea muzicii, vizualizarea etc. • Susținerea spirituală, meditația, rugăciunea (de atras atenție la sentimentele religioase ale pacientului).

2. Tratamentul altor simptome

Practic, la toate persoanele cu infecția HIV se pot dezvolta diferite simptome din partea oricărui sistem de organe. Aceste simptome pot fi generate de infecții oportuniste, formațiuni maligne, maladii concomitente și de însăși infecția HIV, de asemenea de reacțiile adverse ale medicamentelor și drogurilor.

Cercetările efectuate în mai multe țări au indicat o răspîndire înaltă a diferitor simptome la bolnavii de SIDA (tab. 5). Unele din acestea, cauzele lor și metodele specifice și paliative de tratament sunt enumerate în tabelul 6. În tabelele 7-26 tratamentul simptomatic este expus mai detaliat, cu instrucțiuni utile de îngrijire la domiciliu. După posibilitate trebuie înlăturată cauza simptomului (de exemplu, tratarea meningitei criptococice care a provocat durerea de cap), deși deseori tratamentul simptomatic are o importanță nu mai mică (de exemplu, Loperamida sau Codeina în cazul diareei cronice fără depistarea agentului patogen).

Frecvența diferitor simptome la bolnavii de SIDA

Simptome	Răspîndirea
Astenie	5%
Scăderea ponderală	91%
Durere	76%
Anorexie	51%
Neliniște	40%
Insomnie	50%
Tuse	60%
Greață și vomă	43%
Dispnee, simptome respiratorii	48%
Depresie și tristețe	40%
Diaree	32%
Constipație	10-29%

Sursa: cercetările bolnavilor de SIDA descrise în special în faze tardive ale bolii, anii 1990—2002 Selwyn & Forstein, 2003

Simptomele frecvente la bolnavii de SIDA și metodele specifice și simptomatice de tratament

Tipul simptomelor	Simptome	Cauzele posibile	Tratamentul specific	Tratamentul simptomatic
Gastroin-testinale	Constipa- ție	Deshidratarea	Administra- rea lichidelor	Exerciții fizice, dietă. Profilaxia constipației cînd se tratează pacientul cu analgice opioide. <i>Laxativele emoliente și lubri- fiante</i> , care înmoaie masele fecale: • Active la suprafață (Docu- sat). • Laxative de volum (cereale, Metilceluloză).

				• Laxative osmotice (Lactuloza, Macrogol, Sorbitol). • Laxative saline (Hidroxid de magneziu). Stimulente ale motilității intestinale: • Antraglicozide (Senna). • Difenilmetan Bisacodil).
		Tumoare malignă	Chimio-și radioterapie	
		Colinoblocanți, opioizi	Corectarea tratamentului	
Respiraatorii	Dispnee	Pneumonia pneumocistică	Co-trimoxazol Trimetoprim/ Sulfametoxazol, Pentamidină, Atovagun, etc.	A se utiliza ventilatorul, a se ține fereastra deschisă, a se administra oxigen, Opioizi, Bronhodilatatoare, Metilxantine, Benzodiazepine (Lorazepam).
		Pneumonia bacteriană	Antibiotice	
		Anemia	Eritropoietină, transfuzii de sânge	
		Excrescență pulmonară/obstrucția căilor respiratorii, atonia mușchilor respiratori	Drenarea, radioterapia, intervenția chirurgicală	
	Tuse	Pneumonia pneumocistică	Remedii antimicrobiene	Remedii antitusive (Dextrometorfan, Codeină, alte opioide). Remedii ce micșorează staza în plămâni, diverse expectorante.
		Tuberculoza	Chimioterapia antituberculoasă	

	Hipersec- reție („res- pirația clo- cotoare”)	Redistribuirea lichidelor, tuse ineficien- tă, septicemie, pneumonie	Antibiotice după indicații	Atropina, Hioscina, Scopola- mina (cutanat sau subcuta- nat), Glicopirilat, limitarea ingestiei de lichide. Anularea terapiei de infuzie.
Dermato- logice	Xeroder- mia	Deshidratarea	Administra- rea lichidelor	Creme cu salicilați, unguente hidratante
		Stadiul termi- nal al insufici- enței renale	Dializă	
		Stadiul termi- nal al insufici- enței hepatice, extenuarea	Suportul ali- mentației	
	Pruritul	Infecții mico- tice	Preparate an- timicotice	Preparate locale (Mentol, Fe- nol, Calamină, Capsaicină). Antihistaminice (Hidroxizin, Cetirizin, Difenghidramin). Glucocorticoizi. Antidepresive. Tranchilizante.
		Stadiul termi- nal al insufi- cienței renale	Dializă	
		Deshidratarea în stadiul final al insuficienței hepatice	Administra- rea lichidelor	
		Foliculita eozі- nofilică	Steroizi, glu- cocorticoizi, preparate an- timicotice	
	Escare	Alimentația precară. Scăderea acti- vității. Regim la pat îndelungat.	Îmbunătăți- rea alimenta- ției. Mărirea activi- tății.	Profilaxia (alimentație, ac- tivitate motorie, îngrijirea pielii). Protejarea suprafețelor plăgi- lor (pelicule semipermiabile, pansamente hidrocoloidale). Toaleta plăgilor, înlăturarea țesuturilor descompuse (so- luție izotonică NaCl, fer- menți, analgezic).

Neurologice și psihice	Deliriu /excitație	Dereglarea echilibrului electrolitic, deshidratarea	Corectarea dereglărilor, administrarea lichidelor	Neuroleptice (Haloperidol, Risperidon, Clorpromazin). Benzodiazepine (Lorazepam, Midazolam).
		Toxoplasmoza, meningita criptococică	Sulfadiazină, Piremetamină, preparate antimicotice	
		Septicemia	Antibiotice	
	Demența	Sindromul demențial în SIDA	TART	Psihostimulatoare (Metilfenidat, Dexamfetamină). Doze mici de neuroleptice (Haloperidol).
	Depresia	Boli cronice, depresie reactivă, depresie gravă	Antidepresive triciclice, inhibitori selectivi ai recăptării serotoninei	Psihostimulatoare (Metilfenidat, Dexamfetamină). Glucocorticosteroizi (Prednisolon, Dexametazonă).

3. Tactica de acțiune în cazul scăderii ponderale

Tabelul 7

Tactica de acțiune în cazul scăderii ponderale

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Scădere ponderală generală	De convins pacientul să mănânce, dar nu de insistat, deoarece aceasta poate provoca vomă. De propus administrarea frecventă de alimente, în porții mici, alegând produsele care îi plac pacientului.	De stabilit cauzele scăderii ponderale (tumori, candidoză esofagiană, TBC, infecții provocate de micobacterii atipice, colita provocată de citomegalovirus, criptosporidioza etc). De pregătit hrana în absența pacientului. De permis pacientului să aleagă produsele din mîncarea care i se propune. De luat în considerare că pe măsura progresării bolii pacientul va mînca tot mai puțin.

		De adresat la medic dacă pacientul pierde repede în greutate, permanent refuză hrana sau nu o poate înghiți
Anorexia și fatigabilitatea pronunțată	Prednisolon 5-15 mg/zi până la 6 săptămâni	Pentru stimularea poftei de mâncare
Greața și voma	Preparate antiemetice. Faceți referință la tabelul 9.	De alimentat pacientul des, în porții mici, de propus alimente care îi plac pacientului, nu se va insista
Stomatita candidozică sau ulcerății ale cavității bucale	Faceți referință la tabelul 10	
Diareea	Faceți referință la tabelul 13	

4. Tactica de acțiune în cazul frisoanelor

Frisoanele pot fi provocate de reacțiile la preparatele ARV (faceți referință la tabelul 11).

Tabelul 8

Tactica de acțiune în cazul frisoanelor

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Frisoane	De stabilit cauza și de tratat. Paracetamol sau Ac. acetilsalilic fiecare 4 ore (nu mai mult de 8 comprimate /zi). De asigurat cantitatea adecvată de lichide.	De administrat pacientului lichide: apă, ceai, sucuri din fructe. Metode fizice, în particular comprese reci sau aplicarea gheții

5. Tactica de acțiune în cazul greței și vomei

Greața și senzațiile neplăcute în abdomen pot fi provocate de reacțiile adverse ale preparatelor ARV sau de preparatele care se utilizează în tratamentul infecțiilor oportuniste (vezi tabelul 11).

Tactica de acțiune în cazul năusei și văomei

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Nausea și vomă	Metoclopramidă 10 mg fiecare 4-8 ore. Haloperidol 1-2 mg, 1-2 ori/zi. Clorpromazină 25-50 mg fiecare 6-12 ore. Ciclizină 50 mg până la 4 ori/zi. Hidroxizin 25-50 mg de 3-4 ori/zi. Ondansetron 8 mg de 1-2 ori/zi.	De propus pacientului produse (din cele care îi plac), care mai puțin provoacă greața. De alimentat și administrat lichide frecvent, în porții mici și lent. De adresat lucrătorului medical dacă: • Voma persistă mai mult de o zi • Limba este uscată • Se elimină puțină urină • Au apărut dureri în abdomen

6. Tactica de acțiune în cazul ulcerățiilor cavității bucale și durerilor la deglutiție

Cauzele ulcerățiilor cavității bucale și a durerilor la deglutiție pot fi stomatita și esofagita provocate de citomegalovirus, de asemenea esofagita herpetică și candidozică.

Tactica de acțiune în cazul ulcerățiilor cavității bucale și durerilor la deglutiție

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Stare obișnuită		Cu o periuță moale de dinți atent de îndepărtat depunerile de pe dinți, gingii, limbă și palatin
Stomatita candidozică	Miconazol aplicat sublingval 1 comprimat în zi, timp de 7 zile. În cazuri grave sau ineficiența Miconazolului, se administrează Fluconazol: doza inițială de atac 200 mg (prima zi), doza de întreținere 100 mg/zi timp de 10-14 zile sau până la dispariția simptomelor.	Durerea poate fi atenuată cu analgezice locale. De dizolvat 2 comprimate de Ac. Acetilsalicilic într-un pahar cu apă și de dat pacientului să-și clătească gura până la 4 ori/zi. La necesitate de administrat analgezice (tab. 1). De înlăturat resturile alimentare cu un tampon de tifon, umectat în soluție salină.

		Alimentele moi provoacă un disconfort mai mic. Pacientul înghite mai ușor alimentele lichide sau tocate. Pacientul nu va fi alimentat cu mâncare foarte fierbinte, rece sau triturată.
Stomatita aftoasă	Prednisolon – comprimatul se marunțește și se aplică pe limbă. Dexametazonă – soluția de utilizat pentru clătirea gurii. Triamcetonolonă, cremă pentru aplicarea pe ulcere.	
Herpes	Aciclovir 400 mg intern 5 ori /zi	
Miros neplăcut din gură (halenă) cauzat de cancerul mucoasei bucale sau alte afecțiuni ale cavității bucale	Metronidazol: de mărunțit 2 comprimate, de dizolvat în apă și de utilizat pentru clătirea gurii	

7. Tactica de acțiune în cazul uscăciunii în gură

Tabelul 11

Tactica de acțiune în caz de xerostomie

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Xerostomia (gura uscată)	De revăzut indicațiile, uscăciunea în gură poate fi ca efect advers la preparatele administrate	De administrat lichide cu înghițituri mici. De umezit cu regularitate cavitatea bucală cu apă. De dat bucățele de fructe, de exemplu portocale (în cazul ulcerărilor în cavitatea bucală citrice nu se recomandă)
Hiposalivația expimată	A se adresa la stomatolog	

8. Tactica de acțiune în cazul sughițului

Tabelul 12

Tactica de acțiune în cazul sughițului

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Sughiț obișnuit sau asociat cu stomatita candidozică	Fluconazol 100 mg/zi, în cazuri severe de început cu 200 mg/zi, apoi câte 100 mg/zi până la dispariția simptomelor (tratamentul stomatitei)	Inițial, de încercat de stopat sughițul prin următoarele metode (stumulează regiunea gâtului): • De mâncat repede 2 lingurițe pline cu zahăr. • De băut apă rece
Dilatarea gastrică în stadiul avansat de cancer	Simeticon până la 100 mg de 3 ori/zi (micșorează meteorismul)	• De mâncat gheață mărunțită
În caz de ineficacitate a Simeticonului sau sughiț recidivant	Metoclopramid (1-2 comprimate câte 10 mg, de 3-4 ori/zi). Haloperidol (comprimate a câte 5 mg, de la o pătrime de comprimată până la o comprimată de 1-3 ori/zi)	• De masat palatinul cu un șervețel curat (în direcția palatului moale)
Tumori cerebrale	Preparat antiepileptic	

9. Tactica de acțiune în cazul diareei

Diareea poate apărea ca rezultat al efectelor adverse ale preparatelor ARV, de asemenea ca manifestare a colitei provocate de citomegalovirus, criptosporidioză, microsporidioză, lamblioza, alte infecții, sarcom Kapoși și alte maladii.

Tabelul 13

Tactica de acțiune în cazul diareei

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Diareea	De mărit cantitatea de lichide întrebuințate pentru a preveni deshidratarea. În caz de diaree severă de utilizat soluție orală pentru rehidratare.	De administrat abundant lichid pentru recuperarea pierderilor de apă (de administrat frecvent, dar în cantități mici). De mărit cantitatea de alimente, de alimentat în porții mici, de administrat supă din orez, terciuri, soluții pentru rehidratarea orală, banane, de evitat laptele și ciocolata.

	De indicat alimentație curativă. Dacă scaunul nu conține sânge, pacientul nu are febră, este mai mare de 5 ani și nu este senil, se vor administra preparate anti-diareice. Loperamid 4 mg doză inițială, apoi 2 mg după fiecare scaun lichid (maximum 12 mg/zi, dar unii pacienți vor necesita o doză mai mare). Sau (dacă aceste preparate sunt permise oficial): • Codeină 10 mg de 3 ori/zi (până la 60 mg fiecare 4 ore) • Morfină intern 2,5-5 mg fiecare 4 ore (în caz de diaree severă)	Îngrijirea specifică a pielii din regiunea anală: • După fiecare act de defecație de folosit hîrtia igienică sau o pînză moale; • De spălat regiunea anală cu apă și săpun de 3 ori /zi; • Dacă pacientul are dureri la defecație, de aplicat pe regiunea anală vaselină. A se adresa după ajutor la personalul medical în toate situațiile menționate mai jos: • Vomită și febră • Sânge în scaun • Diaree mai mult de 5 zile • Accentuarea slăbiciunii • Ulcere în regiunea perianală
Durere în regiunea perianală	Unguent cu anestezic și vaselină pentru ungerea pielii	
Incontinența scaunului	Vaselină pentru protejarea pielii în regiunea anală	

10. Aprecierea deshidratării la adulți

La pacienții cu diaree cronică este necesar de urmărit atent semnele de deshidratare.

Tabelul 14

Aprecierea deshidratării la adulți

Semne clinice	Deshidratare		
	Ușoară	Moderată	Severă
Starea generală	Slăbiciune	Slăbiciune	Neliniște, irascibilitate, pielea rece, transpirație, cianoză periferică
Pulsul	Normal	Tahicardie nepro-nunțată	Frecvent, slab
Respirația	Normală	Normală	Frecventă, profundă

Turgescența tegumentelor	Normală	Redresare lentă a plăcii cutanate	Redresare foarte lentă a plăii cutanat
Ochii	Norma	Înfundați	Înfundați adînc
Mucoasele	Tendință spre uscare	Uscate	Foarte uscate
Diureza	Normală; urină închisă la culoare	Scăzută; urină foarte închisă la culoare	Anurie; vezica urinară goală

11. Tactica de acțiune în cazul constipațiilor mai mult de 2 zile

Tabelul 15

Tratamentul constipațiilor cu o durată mai mare de 2 zile

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Staza maselor fecale	De efectuat examinarea digitală a rectului și de înlăturat masele fecale	De administrat frecvent lichide. De inclus în rația alimentară multe fructe (inclusiv fructe uscate) și legume, tărață, alimente moi
	Administrarea remediilor emoliente care înmoaie masele fecale sau care sporesc volumul conținutului intestinal: • Inițial laxative de volum: tărață 4 comprimate /zi, sau semințe de pădărie 2-3 lingurițe de dizolvat în apă sau suc și de băut pînă la 3 ori/zi • Lactuloză, 10-20 ml de 3 ori/zi • Bisacodil 5-15 mg pe noapte • Senna, de început cu 2 comprimate (cîte 7,5-8,6 mg) de 3 ori/zi, apoi cîte 2 comprimate fiecare 4 ore. <i>Notă:</i> la administrarea opioizilor, în special a Morfinei sau Codeinei, întotdeauna de indicat remedii care înmoaie masele fecale împreună cu cele care stimulează peristaltismul.	De administrat o lingură de ulei vegetal înainte de dejun. Atent de introdus în rect vase-lină sau o bucațică de săpun. Pentru această procedură și în cazul altor contacte cu materiale potențial infectate, se vor utiliza mănuși.

12. Tactica de acțiune în cazul incontinenței de urină și fecale

Tabelul 16

Tactica de acțiune în cazul incontinenței de urină și fecale

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Incontinența urinei sau maselor fecale	• De exclus cauzele neurologice (toxoplasmoza cerebrală și alte infecții oportuniste). • Pentru bărbați: de utilizat un recipient pentru urină, un prezervativ sau cateter. • Pentru femei: a se examina posibilitatea cateterizării. • Pentru bărbați și femei: de utilizat pampersuri. • Loperamid, pentru obținerea maselor fecale consistente (tabelul 13)	• De schimbat lenjeria și pampersurile. • De menținut pielea uscată și curată, la necesitate de aplicat unguente protectoare.

13. Tactica de acțiune în cazul pruritului

Pruritul, de intensitate mică și mare, poate fi o reacție adversă la preparatele ARV.

Tabelul 17

Tactica de acțiune în cazul pruritului

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Scabie, dermatite pruriginoase, eczemă, dermatomicoze, xerodermie, psoriazis, icter	De clarificat, dacă pruritul nu este cauzat de efectele adverse ale medicamentelor. <i>Măsurile generale:</i> Cremele, care conțin steroizi, pot fi folosite în cazul inflamațiilor, dacă nu este infecție (bacteriană, micotică sau virală). <i>Preparate antihistaminice:</i> ▷ Clorfenamină (4-5 mg de 2 ori/zi), Cetirizină 10 mg 1 dată/zi; ▷ Hidroxizină 25-50 mg de 3 ori/zi.	La micșorarea pruritului contribuie: • Aplicarea vaselinei pe sectoarele pruriginoase • Adăugarea uleiului vegetal (1 lingură de ulei la 5 litri de apă) în apa pentru scăldat • Prelucrarea pielii după baie cu soluție de Clorhexidină (1 linguriță la 1 l de apă) • Băi calde

	• În infecțiile pielii: după baie de clătire cu soluție de 0,05% Clorhexidină. • Dacă pruritul este cauzat de icterul mecanic, poate fi indicat Prednisolon (20 mg o dată/zi) sau Haloperidol (cîte 2 mg o dată/zi). În caz de eczemă este indicată spălarea atentă (fără săpun) și uscarea pielii. Pe un termen scurt pot fi indicați steroizi locali (a nu se utiliza pe față) • În cazul dermatomicozelor de aplicat unguent Witfeld (acid benzoic 12% + acid salicilic 6%) sau altă cremă antimicotică. În afectări masive de indicat Fluconazol (în prima zi 200 mg, apoi 100 mg o dată/zi) • Tratamentul scabiei, chiar dacă nu sunt afectări tipice ale pielii (Ivermectină 200 mg/kg în doză unică) • În caz de psoriazis, de aplicat pe sectoarele afectate unguent care conține gudron 5% și acid salicilic 2%, sunt utile băile de soare cîte 30-60 minute/zi	Dacă apar vezicule dureroase pe piele sau afectări masive infecțioase se va cere ajutorul lucrătorului medical
--	--	--

14. Tactica de acțiune în cazul escarelor

Tabelul 18

Tactica de acțiune în cazul escarelor (decubitus)

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Semne de infecție	Îngrijirea pielii pentru profilaxia escarelor este obligatorie pentru toți pacienții: • A se vindeca toate focarele de infecție • Dacă pielea este hiperemiată, dureroasă, fierbinte la palpare, este puroi sau cruste, febră sau alte simptome generale sau infecții răspândite în mușchi, pacientul trebuie spitalizat administrându-se antibiotice i/v sau i/m (sau intern Cefalexină sau Dicloxacilină)	Măsurile următoare ajută la atenuarea durerii și accelerarea vindecării escarelor: • Sectoarele mici afectate de spălate cu apă sărată și de uscat • Dacă afectarea nu este profundă, de lăsat rana deschisă • În prezența durerii, de administrat analgezice, de exemplu Ac. acetilsalicilic sau Paracetamol • Escarele profunde și masive zilnic de curățat atent și de aplicat un pansament ușor, curat, pentru a accelera vindecarea • În caz de orice modificări ale culorii pielii sau a progresării escarelor, de adresat lucrătorului medical

	• A se administra Cefalexină sau Dicloxacilină 500-1000mg de 4 ori/zi, dacă este unul din semnele: ▷ Mărima sectorului afectat de piele depășește 4 cm ▷ Fișii roșii ▷ Noduli dureroși ▷ Mai mult de 6 abcese • În cazul fluctuației de drenat abscesul, de ridicat membrul, de examinat zilele următoare • Dacă pielea este hiperemiată, fierbinte și dureroasă, dar nu sunt alte simptome, de spălat sectorul afectat cu antiseptice, în cazul fluctuației de drenat abscesul, de examinat peste 2 zile • Tumorile sau ulcerale cu miros neplăcut: de aplicat pe sectoarele afectate pulbere Metronidazol (de mărunțit o comprimată)	<i>Profilaxia escarelor la persoanele cu infecția HIV ținută la pat:</i> • După posibilitate, periodic de așezat pacientul în fotoliu • De schimbat des poziția pacientului în pat (după posibilitate fiecare 1-2 ore), pentru fixarea poziției de utilizat perne și suluri • După baie atent de absorbit apa cu un ștergar moale • De prelucrat pielea cu cremă cu lanolină, cu ulei cosmetic sau vegetal • De masat spatulele, coapsele, coatele, folosind vaselină • Dacă pacientul are incontinență de mase fecale sau urină, de aplicat un strat protector de vaselină pe pielea perineului, spatelui, coapselor, coatelor • De susținut pacientul când utilizează oala, pentru a evita traumele și murdărirea lenjeriei de pat <i>Așternutul:</i> • Lenjeria de pat trebuie să fie uscată și curată • De așternut sub pacient o țesătură moale, de exemplu un prosop moale • Dacă pacientul are incontinență de fecale sau urină, de așternut o peliculă sub cearșaf, pentru ca salteaua să rămână uscată
--	---	---

15. Tactica de acțiune în cazul dereglărilor psihice

Sănătatea psihică a pacienților cu infecția HIV necesită o atenție deosebită. Cercetările au arătat că persoanele cu infecția HIV, care suferă de depresie, respectă mai prost regimul de administrare a preparatelor ARV, iar tratamentul depresiei îmbunătățește aderența la tratament.

Dereglările psihice la persoanele cu infecția HIV se pot dezvolta independent de infecția HIV și pot fi manifestări ale unor boli (boli organice) sau pot fi reacții la diagnosticul de infecție HIV și consecințele lui (de exemplu, stigmatizarea și înrăutățirea sănătății).

Stările de neliniște includ mai multe varietăți. Neliniștea poate fi o reacție normală, manifestare a bolii (de exemplu, depresia sau tireotxicoza) sau o patologie independentă. Varietăți ale ultimei sunt stările cu neliniște exprimată și durabilă (neliniștea neurotică), neliniștea în anumite situații, provocată de anumite evenimente (dereglarea posttraumatică stresantă, fobii) sau accese neprevăzute de neliniște (accese de panică). Oricare din aceste dereglări pot fi exprimate în forme atât ușoare, cât și grave.

Tactica de acțiune în cazul anxietății

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Anxietatea	Discutarea modului de soluționare a anxietății în corespundere cu situația concretă; instruirea în metode de relaxare; ascultarea cu atenție și acordarea suportului moral. Este de dorit de învățat pacientul să învingă neliniștea, folosind principiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale sau, dacă este posibil, de îndreptat la specialist (ultima e preferabilă). În psihoterapia cognitiv-comportamentală, după discuțiile cu psihoterapeutul sau psihiatrul, bolnavul elucidează cauzele și semnele prevestitoare ale neliniștii, de asemenea acumulează deprinderi de depășire a acestora. Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei pot fi utilizați în calitate de preparate de linia întâi, de exemplu Citalopramul 10 mg o dată timp de 24 ore în prima săptămână, ulterior majorând doza până la 20 mg și peste (doza maximală 60 mg timp de 24 ore) timp de câteva săptămâni. Benzodiazepinele pot rapid sista anxietatea, dar pe motiv de dezvoltare a toleranței și dependenței, acestea nu trebuie utilizate mai mult de 2-4 săptămâni. Pot fi utile în debutul tratamentului cu inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei pentru prevenirea augmentării simptomaticii în această perioadă. Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei trebuie utilizați ca preparate de elecție. În caz de contraindicații sau ineficiență, poate fi folosită Clomipramina (inițial 25 mg o dată/24 ore, timp de 2 săptămâni de crescut doza până la 100-150 mg/zi).	Asistența în cazul anxietății: • De găsit timp, pentru a asculta atent pacientul. • De discutat problema, respectând confidențialitatea. • Muzica liniștită și masajul vor contribui la relaxarea pacientului. • Îndrumarea pacientului la grupurile de susținere. • Dacă neliniștea sau depresia crește, de îndreptat pacientul la medic.
Dereglări de panică	Pentru a ajuta pacientul să facă față acceselor de panică, trebuie de utilizat principiile psihoterapiei cognitiv-comportamentale; pacientului i se recomandă o cură de psihoterapie cognitiv-comportamentală	

Fobiile	Pot fi indicați Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei. Un rol important îl are psihoterapia cognitiv-comportamentală, de exemplu metodele de creștere treptată a excitantului	
----------------	---	--

16. Tactica de acțiune în cazul dereglărilor de somn

Insomnia este dereglarea adormirii sau menținerii somnului. Se disting dereglări de adormire, treziri nocturne și treziri precoce. Deseori insomnia este un simptom al dereglărilor psihice sau fizice și poate fi observată în:

- durere
- neliniște
- depresii
- sindromul de abțință (de exemplu, legat de administrarea alcoolului, diazepamului sau heroinei)

Insomnia, coșmarurile nocturne și somnolența pot fi și reacții adverse ale unor preparate antiretrovirale, în special Efavirenzul.

Tabelul 20

Tactica de acțiune în cazul insomniei

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Insomnia	De constatat cauza posibilă (depresia, neliniștea, durerea, mania, sindromul de abțință) și de efectuat tratamentul cauzal. În lipsa cauzelor enumerate mai sus, pentru normalizarea somnului se recomandă: • Efort fizic ziua, metode de relaxare (meditare, ascultarea muzicii liniștite); culcarea și trezirea la aceleași ore • Nu se permite de a dormi ziua, a nu se consuma cafea și alcool, în special înainte de somn Dacă timp de 20 de minute subiectul nu reușește să adoarmă, se va scula din pat și va reveni la activitate liniștită dinainte de somn. Unor pacienți pot fi indicate pe termen scurt benzodiazepine (de exemplu Temazepam 5-10 mg pe noapte) sau alt hipnotic (de exemplu, Zopiclonă 3,75-7,5 mg) cu 10 minute înainte de somn.	De discutat cu pacientul despre grijile, care nu-i permit să adoarmă, de liniștit pacientul. După posibilitate de asigurat liniștea.

	Administrarea somniferului se va indica nu mai mult de 3-4 săptămâni, pentru a evita toleranța și dependența. În cazuri rare tratamentul trebuie prelungit mai mult; pentru ca după sistarea preparatului să nu apară insomnia, doza trebuie micșorată treptat.	Nu se administrează seara cafea și ceai tare.
--	---	---

17. Tactica de acțiune în cazul dereglărilor afective

17.1 Depresia

Simptomele depresiei:

- Indispoziție, diminuarea puterilor, diminuarea activității, pierderea capacității de a simți plăcere.
- Pierderea intereselor, imposibilitatea de ași concentra atenția, fatigabilitate rapidă.
- Dereglarea somnului și scăderea poftei de mâncare.
- Scăderea autoaprecierii și încrederii în sine (chiar în forma ușoară de depresie), autoînvinuirea și inutilitatea personală.

Indispoziția se menține indiferent de împrejurări și poate fi însoțită de așa-numitele simptome „somatice”, de exemplu trezirile precoce, inhibiția pronunțată, irascibilitate, anorexie, pierderea în greutate, diminuarea libidoului.

Tabelul 21

Tactica de acțiune în cazul depresiei

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Depresia	• A evalua și clasifica depresia: riscul de suicidare, depresia mare sau mică, reacție complicată la pierderi sau alte evenimente grele din viață etc. • A discuta tratamentul cu psihiatrul. • A exclude reacțiile adverse ale preparatelor; de exemplu, cauza depresiei poate fi Efavirenzul.	De asigurat susținere și consiliere. De atras atenția membrilor familiei și prietenilor, a îndruma pacientul la grupul de ajutor reciproc din rețeaua pacienților cu HIV sau la alte grupuri de susținere de pe lângă organizațiile religioase. Pacientul cu intenții de suicid nu trebuie lăsat fără supraveghere: • Discuții. • De ajutat să-și normalizeze somnul. • De supravegheat.

Episod ușor de depresie De regulă sunt prezente două sau trei simptome din cele descrise mai sus. Pacientul este apatic, dar în genere este capabil să îndeplinească formele obișnuite de activitate.	Nu se recomandă antidepresive fiind mai importante supravegherea, rezolvarea problemelor și efortul fizic	
Episod moderat de depresie De regulă sunt patru sau mai multe simptome din cele descrise mai sus; pacientul prelungește greu activitatea obișnuită.	În cazul episodului solitar de depresie, tratamentul va continua 4-6 luni, în cazul acceselor repetate – mai mult. <i>Preparatele de linia întâi</i> Inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei, de exemplu Citalopram, 10-20 mg/zi, doza poate fi mărită pînă la 60 mg/zi timp de cîteva săptămîni. Întotdeauna de utilizat doza minim eficientă. La începutul tratamentului cu inhibitori selectivi ai recaptării serotoninei trebuie atent de supravegheat pacientul; sunt posibile neliniște, excitare, comportament suicidal. Multe persoane cu HIV consideră diminuarea libidoului un efect advers inacceptabil. <i>Preparatele de linia a doua</i> Dacă inhibitorii selectivi ai recaptării serotoninei sunt suportați rău sau pe parcursul a 6-8 săptămîni nu s-au dovedit a fi eficienți, se indică antidepresive din altă clasă (de regulă un anti-depresiv triciclic sau un inhibitor neselectiv al recaptării monoaminelor, de exemplu Amitriptilina, începînd cu 25 mg de 3 ori/zi), respectînd recomandările standarde de sistare sau substituție a preparatului.	

	Întrucît antidepresantele triciclice sunt foarte toxice în cazul supradozării, sunt contraindicate pacienților cu tentații de suicid. Alternativă poate fi un alt inhibitor selectiv al recaptării serotoninei, de exemplu Sertralina, începînd cu 50 mg/zi. <i>Notă.</i> Preparatele de poajarniță au acțiune antidepresantă și interacționează cu IP și INNRT, reducînd concentrația lor în sînge; aceasta poate conduce la apariția tulpinilor rezistente de HIV, de aceea preparatele poajarniței nu se recomandă pacienților care folosesc IP și INNRT.	
Episod grav de depresie Unele din simptomele descrise mai sus sunt marcate. Sunt caracteristice: sentimentul de vină, inutilitatea personală și auto-aprecierea joasă; deseori gîndurile și intențiile de suicid, precum și numeroase simptome „somatice”.	În depresia gravă sau rezistentă se recomandă antidepresive în combinație cu psihoterapie cognitiv-comportamentală. În funcție de gravitatea stării și factorii de risc, psihiatrul poate indica Litiu (nivelul plasmatic trebuie să fie 0,4-1,0 mmol/l), terapia electroconvulsivantă sau Venlaflaxina (doza inițială 75 mg/zi); înainte de indicarea preparatelor se va discuta cu pacientul și se va investiga: ECG, funcția rinichilor și glandei tiroide (Litiu), ECG și tensiunea arterială (Venlaflaxina).	De instruit pacientul și membrii familiei în privința administrării preparatului și a reacțiilor adverse. De recomandat consultația specialistului. De asigurat supravegherea.
Episod grav de depresie cu psihoză: Depresie gravă cu halucinații, inhibiție psihomotorie sau stupor	În cazul simptomelor psihozei trebuie de utilizat neuroleptice, care pot fi indicate după consultația psihiatrului	
Gînduri suicidale	De apreciat dacă pacientul se gîndește și are mijloace pentru suicid. Dacă da, în legătură cu riscul înalt de suicid, pacientul trebuie spitalizat.	A nu lăsa pacientul singur. De înlăturat obiectele periculoase. A implica membrii familiei și prietenii în supravegherea pacientului.

17.2 Mania și dereglarea afectivă bipolară (DAB)

- Persoanele care trăiesc cu HIV pot suferi de dereglare afectivă bipolară concomitentă, pentru care sunt caracteristice două sau mai multe dereglări de dispoziție, una din care – mania (sau hipomania).

- Au fost descrise cazuri de manie la pacienții în stadii tardive ale infecției HIV și cu nivel foarte jos de CD₄, care în anamneza personală și familială nu au avut dereglări afective bipolare.

Simptome tipice maniei și dereglării afective bipolare:

- Dispoziție ridicată, indiferență de mediul ambiant, de la veselie pînă la excitație necontrolată;

- O ascensiune emoțională corelată cu un aflux de forțe, vorbire rapidă și polilalie, reducerea necesităților de somn. Deseori se observă dereglarea exprimată a atenției. Este caracteristică încrederea exagerată în sine, autoaprecierea exagerată, ideile de grandomanie.

- Pierderea mecanismelor de reținere socială, ceea ce poate conduce la comportament nechibzuit sau inadecvat, necaracteristic pentru persoana dată.

- Sunt posibile halucinațiile.

Tabelul 22

Tactica de acțiune în cazul maniei și dereglării afective bipolare

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Mania sau dereglarea afectivă bipolară	Timoizolepticele sau normotimicele, inclusiv Litiul (nivelul plasmatic trebuie să fie 0,4-1,0 mmol/l), Acidul valproic, Lamotrigina și Gabapentina; de utilizat cu precauție. Acidul valproic (de asemenea în diferită măsură și alte preparate psihotrope) inhibă activitatea enzimelor care participă la metabolizarea preparatelor ARV, ceea ce trebuie de luat în considerare la indicarea și sistarea acestui preparat. <i>Notă.</i> Carbamazepina de regulă nu se utilizează din cauza interacțiunilor cu preparatele ARV și riscul agranulocitozei. Un rol important îl poate avea psihoterapia cognitiv-comportamentală, pacientul fiind instruit cum să recunoască factorii prevestitori și provocatori ai schimbării dispoziției. În cazul dezvoltării psihozei după consultația psihiatrului, este posibilă prescrierea neurolepticilor.	Persoanele ce îngrijesc de pacient ar putea ajuta la respectarea indicațiilor și depistarea primelor semne de dereglări afective

18. TACTICA ÎN CAZUL DEMENTEI

Demența este un sindrom de dereglare a memoriei, gândirii, orientării, înțelegerii, capacităților de învățare, vorbirii, judecării și altor funcții ale scoarței cerebrale, determinate de boli ale creierului, de regulă cu caracter cronic și progresiv. În acest caz:

- Conștiința este clară.
- Dereglarea funcțiilor cognitive deseori este însoțită (iar uneori anticipată) de înrăutățirea controlului emoțiilor, comportamentului social (de exemplu, inhibarea) sau dereglarea motivării.

Dereglarea funcțiilor cognitive la persoanele cu infecția HIV poate avea diferite cauze:

- Scăderea memoriei și dereglarea concentrării atenției deseori pot fi manifestări ale depresiei și neliniștei, de aceea la stabilirea diagnosticului de demență ele trebuie excluse în primul rând.
- Infecțiile acute pot decurge cu conștiința dereglată (deliri), ceea ce de asemenea trebuie luat în considerare la stabilirea diagnosticului diferențial.
- În același timp, în stadii tardive ale infecției HIV cu nivel redus de limfocite CD₄ dereglările cognitive pot fi determinate de acțiunea nemijlocită a virusului HIV asupra SNC sau de răspunsul imun la prezența virusului în organism.

Tabelul 23

Tactica de acțiune în cazul demenței

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Demența	• De exclus alte cauze, așa ca depresia și delirul. • De depistat cauzele reversibile ale demenței, în particular hidrocefalia normotensivă, tumori operabile, hipotiroidism, neurosifilis, deficitul vitaminei B₁₂ și acidului folic. De administrat tratamentul corespunzător. • Cauza dereglărilor pot fi durerea sau frica. De administrat tratamentul corespunzător. • Baza tratamentului complexului demențial SIDA este HAART. Sunt preferabile metodele nemedicamentease, în particular trebuie de liniștit pacientul. Dacă pacientul este neliniștit și are nevoie de tratament medicamentos, se pot utiliza doze mici de Cvetiapină (12,5 mg/zi).	• Pacientul trebuie să se afle cât mai mult posibil într-un anturaj obișnuit. • Obiectele trebuie plasate la locul lor pentru ca pacientul să le poată găsi. • Trebuie menținut același regim al zilei. • Obiectele periculoase trebuie ascunse. • Se vor folosi fraze simple, se va evita vorbirea a două persoane concomitent. • De micșorat intensitatea sunetelor străine. • Pacientul trebuie să se afle sub supraveghere permanentă.

	Dacă pacientul se află acasă, familia sa trebuie susținută, în particular pacientul trebuie spitalizat o perioadă pentru a oferi familiei timp pentru odihnă.	
	Tratamentul dereglărilor comportamentale la pacienții care se află acasă este important prin faptul că cu timpul ele se răsfrâng negativ asupra membrilor familiei.	
Stări paranoice, excita-re pronunțată sau activitate nocturnă Comportamentul neliniștit al pacientului, în particular halucinații paranoice sau alte simptome ale psihozei	În acest caz sunt preferate metodele nemedicamentoase, în particular se vor depune eforturi pentru a liniști pacientul. Dacă pacientul este neliniștit, după o apreciere amănunțită de către psihiatru a genezei simptomelor, se pot indica, de exemplu, doze mici de Cvetiapină (12,5mg/zi). În cazul tratamentului cu neuroleptice este necesară o atenție crescută din cauza riscului de cădere.	

19. Tactica în caz de tuse și respirație îngreuiată

Tusea și respirația dificilă pot fi legate cu infecțiile oportuniste frecvent întâlnite la persoanele cu HIV/SIDA, de asemenea cu sindromul recuperării imune (de regulă se dezvoltă în primele două-trei luni de la inițierea tratamentului ARV).

Tactica de acțiune în cazul tusei și dereglărilor respiratorii

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Dispnee cu bronhospasm	Inhalarea oxigenului prin mască, după posibilitate. <i>Tratamentul bronhospasmului</i> • Inhalarea bronhodilatatoarelor cu ajutorul inhalatorului dozat prin intermediul unui dispozitiv sau măști sau, după posibilitate, prin intermediul pulverizatorului. A se continua tratamentul cu bronhodilatatoare, pînă cînd pacientul nu va fi în stare să se folosească de ele de sine stătător. A se anula, dacă respirația este superficială sau foarte dificilă. • Prednisolon 1 mg/kg timp de 24 ore (de regulă 60 mg 1 dată timp de 24 ore dimineața); pentru evaluarea efectului a se aștepta o săptămînă, doza urmează a fi micșorată treptat, cîte 10 mg pe săptămînă.	Tuse simplă: • Remedii casnice: miere de albiini, lămîie, inhalații cu abur (de exemplu, cu infuzie de eucalipt). • Dacă a apărut tusea cu spută, care se menține mai mult de 2 săptămîni, este posibilă TBC. Trebuie investigată sputa de 3 ori la <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. Suplimentar la tratamentul indicat: • De ajutat pacientul să ia poziția în care respiră mai ușor (de regulă, așezat). • Unii pacienți respiră mai ușor șezînd puțin înclinați înainte, cu mîinile pe masă. • De așezat sub spate perne. • De asigurat accesul aerului proaspăt: de deschis fereastra. • A face vînt (ventila) pacientului. • În cazul sputei dense, mai des de administrat lichide (amelioarează expectorația). Regulile de comportare cu sputa: • De comportat cu sputa atent, pentru a evita răspîndirea infecției. • Pentru expectorarea sputei pacientul va folosi un vas cu capac. • De turnat conținutul vasului în WC, după care de spălat acesta cu soluții dezinfectante, sau de clătit cu apă fierbinte. Pentru utilizarea optimală a rezervei funcționale pulmonare: • De dozat efortul, avînd în vedere dispneea. • De evitat aglomerarea persoanelor în camera pacientului, a nu se fuma și pre-găti mîncare în preajma acestuia.
Insuficiența cardiacă sau exces de lichide	Furosemid 40-160 mg/zi într-o priză sau mai multe prize pînă la atenuarea simptomelor (de determinat diureza)	

Tusea cu spută densă	• Inhalarea soluției fiziologice. • Dacă sputa se elimină în cantitate mai mare de 30 ml/zi, se poate de utilizat metoda respiratorie (tusea cu fisura vocală deschisă) și drenarea posturală. • Nu este indicată aspirarea sputei din trahee, deoarece se suportă greu de către pacienți.	
Expectorații apoase pronunțate	Hioscin (M- colinoblocante) 10 mg fiecare 8 ore.	
Exsudat pleural (sarcoma Kaposi, pneumonie și alte cauze)	Dacă este posibil, de efectuat puncția pleurală.	
Tuse uscată	Codeină 5-10 mg de 4 ori/zi, în caz de ineficacitate - Morfină intern (2,5-5 mg) cît este necesar (de încercat de scăzut doza după o săptămînă).	
Tusea cu spută care se menține mai mult de două săptămîni	• De îndreptat 3 probe de spută pentru investigarea la <i>Mycobacteri tuberculosis acidorezistente</i>. • De continuat tratamentul pentru prevenirea răspîndirii infecției.	
Dispnee la bolnavii în stadiul terminal	• Morfină/Tramadol intern în doză mică. • Dacă pacientului nu i se administrează Morfină per os pentru analgezie, de indicat 2,5 mg fiecare 6 ore; în lipsa efectului, de crescut treptat doza, orientîndu-se după indicii clinici; a trata durerea și neliniștea. • Dacă pacientului i se administrează deja Morfina intern, de crescut treptat doza cu 25%.	

20. Prevenirea rigidității și contracturilor

Tabelul 25

Prevenirea rigidității și contracturilor

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Rigiditate și contracturi	Diazepam 5-10 mg de 2-3 ori/zi. Tetrazepam 50 mg/zi, până la 200 mg/zi în două prize.	• A nu limita activitatea motorie a pacientului, încurajând dorința lui de a se mișca. Dacă pacientul este imobil, îndepliniți un complex simplu de exerciții pentru mișcări, nu mai puțin de 2 ori/zi • Pentru a evita lezarea articulațiilor, la efectuarea mișcărilor țineți extremitățile mai sus și mai jos de articulație și susțineți-o. • Îndoțiți, îndreptați precum și alte mișcări în articulații, care pot fi făcute fără efort. Îndepliniți mișcările încet, neprovocând durere. • Întindeți articulațiile, aplicând efort uniform și susținându-le, cum este indicat mai sus. • Așezați mâinile pacientului după cap și ridicați picioarele la 90 grade – propuneți pacientului mai întâi singur să ridice picioarele cât va putea, apoi ajutați-l. Efectuați cu regularitate masaj pacientului.
Spasme musculare	Baclofen – de început cu 5mg de 3 ori/zi, de crescut doza fiecare 3 zile până la 25 mg de 3 ori/zi.	

21. Tactica de acțiune în cazul eliminărilor vaginale provocate de cancerul colului uterin

Tabelul 26

Tactica de acțiune în cazul eliminărilor vaginale provocate de cancerul colului uterin

Cazul clinic	Tratamentul și dozele (la adulți)	Recomandări pentru îngrijirea la domiciliu
Eliminări vaginale provocate de cancerul colului uterin	Metronidazol, comprimate vaginale 100mg, o dată/zi	De asigurat igiena zilnică. Se admite de 2 ori/zi de utilizat băițe pe așezate cu adăugarea în apă a sării de bucătărie.

22. Interacțiunile medicamentoase

Din cauza interacțiunilor medicamentoase preparatele utilizate pentru ajutorul paliativ nu se recomandă să fie asociate cu preparatele ARV. De exemplu, la administrarea IP cu activitate foarte înaltă (Ritonavir, Indinavir) sau INNRT (Nevirapină, Efavirenz) este necesară evitarea indicării Triazolamului, Midazolamului, Terfinadinei, Astemizolului și preparatelor de pojară, deoarece metabolizarea hepatică a acestor preparate se modifică din cauza acțiunii asupra citocromului P450. Alte preparate, în particular benzodiazepinele cu acțiune prelungită, preparatele anticonvulsivante și antidepressivele triciclice, pot fi folosite cu condiția supravegherii stricte a pacientului (pentru depistarea simptomelor de ineficiență sau supradozare) și monitorizarea concentrației plasmatice a preparatelor în cazurile când aceasta e posibil și poate oferi informație suplimentară.

ABREVIERI

ARV – antiretroviral

INRT – inhibitori nucleozidici ai reverstrascriptazei

INNRT – inhibitori non- nucleozidici ai reverstrascriptazei

IO – infecții oportuniste

IP – inhibitorii proteazei

HIV – Human Immunodefecent Virus

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

UNAIDS – Programul Națiunilor Unite de Luptă cu SIDA

PTHS – persoane ce trăiesc cu HIV/SIDA

SIDA – Sindrom de Imunodeficiență Dobândită

TB – tuberculoză

TARV – terapie antiretrovirală

UDI – utilizatori de droguri intravenos

BIBLIOGRAFIE

Recomandarea REC (2003) 24 a Comitetului de Miniștri ai statelor membre privind îngrijirea paliativă

Standardul „Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA”, aprobat Ministerul Sănătății , 2000

AIDS: Palliative Care UNAIDS, Technical update, 2000

Palliative Care for AIDS at a large Urban Teaching Hospital: Program description and preliminary Outcomes, JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE, Volum 6, Number 3, 2003

HIV /AIDS Palliative Care Guidance for the United States Government in country Staff and Implementing Partners, 2006

Breitbart W. „Pain.” A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS, 2003, ed. O'Neill JF, Selwyn P, Schietinger H. 85 -122. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap4.html> Accessed July 5, 2006.

Foley KM, Aulino F, Stjernsward J. „Palliative Care in Resource-Poor Settings.” A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS, 2003 ed. O'Neill JF, Selwyn, Schietinger H. 387-407. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. (Accessed July 5 2006 <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap19.html>)

Selwyn PA et al. Palliative care for AIDS at a large urban teaching hospital: program description and preliminary outcomes. Innovations in End-of-Life Care, 2002, 4 (accessed July 5 2006

<http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesMay02/featureinn.asp>) (Reprinted in J Palliative Medicine 2003; 6: 461-74.)

World Health Organization. WHO definition of palliative care. (Accessed 5 July 2006

World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1990.

Jean R. Anderson, MD „A Guide to the Clinical Care of Women with HIV”,
edition 2001

Rober Twycross, Andrew Wilcock „Controlul simptomelor în cancerul avan-
sat”, traducere în limba română, 2003

Roger Woodruff „Durerea în cancer”, raducere în limba română, 2002

Standard „Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de
SIDA”, aprobat Ministerul Sănătății, 2001

Паллиативная помощь при ВИЧ инфекции, ГАЛЕН, Global AIDS learning
Evoluotion Network, Модуль Гален 13

Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе, Учебный курс и материалы для
преподавателей

Протоколы Всемирной организации здравоохранения для стран СНГ по
предоставлении помощи и лечения при ВИЧ инфекции и СПИДе, 2006

СТАНДАРТ

Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИДом

Учреждения-разработчики: Национальный Научно-Практический Центр Превентивной Медицины, Центр СПИД

Авторы: **Штефан Георгица** – первый заместитель генерального директора ННПЦПМ; **Сильвия Стратулат** – врач инфекционист ННПЦПМ, Центр СПИД; **Елена Стемповски** - Ассоциация «Нурсинг»; **Светлана Попович** – заведующая отделением инфекционных болезней Республиканского дермато-венерологического диспансера; **Ирина Байкалов** – Ассоциация «Второе дыхание»; **Игорь Кильчевский** - Ассоциация «Крединца».

Область применения. Стандарт был разработан для обеспечения развития и расширения объема паллиативного ухода за лицами, зараженными ВИЧ/СПИД-ом. Предназначен для руководителей и специалистов публичных, ведомственных, частных медико-санитарных учреждений, центров превентивной медицины. Внедрение стандарта будет способствовать улучшению качества жизни инфицированных лиц.

Рецензенты:

Константин Андриуцэ – заведующий кафедрой инфекционных болезней Государственного Университета Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану, доктор хабилитат медицины, профессор, Заслуженный Деятель Науки Республики Молдова.

Галина Русу – заведующая кафедрой инфекционных болезней у детей Государственного Университета Медицины и Фармации им. Николая Тестемицану, доктор медицины, конференциар.

Стандарт утвержден и рекомендован к изданию Советом Экспертов Министерства здравоохранения 27 ноября 2007 года, протокол № 3 (письмо Министерства здравоохранения № 09-3/150 от 04 февраля 2008 года).



ORDIN
mun. Chișinău

„26” ____ 06 ____ 2008

Nr. 260

Об утверждении Стандарта
«Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/ СПИД-инфекцией»

В целях реализации положений Закона Республики Молдова № 23- XVI от 16.02.2007 «О профилактике ВИЧ/СПИД-инфекции» и Постановления Правительства Республики Молдова № 948 от 05.09.2005 «Об утверждении Национальной программы по профилактике и контролю ВИЧ/СПИД-инфекции и инфекций, передающихся половым путем, на 2006-2010 годы», стратегия V «Развитие инфраструктуры и возможностей медицинской и социальной помощи, паллиативного лечения и ухода за лицами, живущими с ВИЧ/СПИД, членами их семей и детьми, пострадавшими от ВИЧ/СПИД», а также в целях улучшения качества жизни лиц с ВИЧ/СПИД,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить Стандарт «Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией» (приложение)
2. Директору Управления здравоохранения Совета муниципия Кишинэу, директору Отдела здравоохранения Примэрии муниципия Бэлць, Директору Главного Управления здравоохранения и Социальной Защиты АТО Гагаузия, руководителям публичных медико-санитарных учреждений обеспечить внедрение Стандарта «Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/ СПИД-инфекцией»
3. Генеральному директору Фармацевтического Агентства (г-ну В.Вердеш) организовать снабжение фармацевтической сети Республики Молдова необходимыми медикаментами, включенными в Стандарт «Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией».
4. Директору Национального Совета по Оценке и Аккредитации (госпоже М. Болокан) обеспечить соблюдение требований Стандарта «Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией» в процессе оценки и аккредитации публичных медико-санитарных учреждений и других учреждений, оказывающих услуги по паллиативному уходу.

5. Рекомендовать Национальной Компании Медицинского Страхования (генеральный директор г-н Г. Руссу) организовать оценку соблюдения Стандарта «Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией» в процессе контроля деятельности публичных медико-санитарных учреждений и других учреждений, оказывающих услуги по паллиативному уходу и заключивших контракт в системе обязательного медицинского страхования.
6. Национальному Научно-Практическому Центру Превентивной Медицины (г-н И. Бахнарел), Инфекционной Клинической Больнице им. Тома Чорбэ (г-н В. Дятишин), Республиканскому Дермато-Венерологическому Диспансеру (г-н А. Герман), главному специалисту по ВИЧ/СПИД-инфекции Министерства здравоохранения (г-н С. Георгица), главному специалисту по инфекционным болезням Министерства здравоохранения (г-н Т. Голбан), главному специалисту по инфекционным болезням у детей Министерства здравоохранения (г-жа Г. Русу), главному специалисту по дерматовенерологии Министерства здравоохранения (г-н Г. Мушет), главному специалисту-эпидемиологу Министерства здравоохранения (г-н В. Присэкарь) обеспечить организационно-методическую и практическую работу по внедрению Стандарта «Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией» и мониторинг степени эффективности его применения.
7. Начальникам дирекций Министерства здравоохранения: менеджмента качества и стандартизации лечения (г-н М. Ротару), охраны здоровья женщин и детей (г-жа М. Цэруш), публичных медицинских услуг (г-жа А. Сербуленко), индивидуальных медицинских услуг (г-н Л. Вовк), страхования в медицине (г-н В. Сава), охраны здоровья и превентивной медицины (г-н В. Пантя), директору Национального Центра Менеджмента в здравоохранении (г-н М. Чокан) организовать мониторинг внедрения Стандарта «Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией».
8. Ректору Университета Медицины и Фармации им. Н. Тестемицану (г-н Ион Абабий), директорам медицинских колледжей организовать внедрение Стандарта «Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией» в педагогическую деятельность соответствующих кафедр.

Контроль исполнения настоящего приказа возлагается на заместителей Министра г-на Бориса Головина, г-на Мирчу Буга, господина Сержиу Рацэ.

Министр



Лариса КАТРИНИЧ

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	70
Что такое паллиативный уход?	72
Принципы паллиативного ухода при ВИЧ/СПИД	75
Особенности паллиативного ухода за лицами с ВИЧ/СПИД-инфекцией	75
Организация службы паллиативного ухода	78
Типы паллиативного ухода	79
Варианты обеспечения паллиативного ухода	82
Службы паллиативного ухода	83
Сети, объединения и интеграция в службе паллиативного ухода	86
Аспекты паллиативного ухода ВИЧ серопозитивных пациентов	87
Кадры и обучение	90
Менеджмент информации	94
Менеджмент организации	94
<i>Приложение. Контроль симптомов</i>	95

ПРЕДИСЛОВИЕ

Паллиативный уход является важным компонентом оказания помощи лицам, инфицированным ВИЧ, больным СПИДом и членам их семей, учитывая тот факт, что СПИД является неизлечимым заболеванием. Многие элементы паллиативного ухода, такие как устранение болей, других симптомов, психологическая поддержка могут оказаться необходимыми уже на ранних стадиях заболевания. Объем и характер паллиативного ухода при ВИЧ/СПИД-инфекции могут иметь свои различия в зависимости от индивидуальных особенностей пациента и эволюции заболевания.

Принимая во внимание актуальность проблемы и неблагоприятные тенденции эпидемического процесса ВИЧ/СПИД-инфекции в Республике Молдова, особое внимание уделяется вопросам лечения, включая паллиативный уход лиц, инфицированных ВИЧ и больных СПИДом.

Национальная программа по профилактике и контролю за ВИЧ/СПИД-инфекцией и инфекциями, передающимися половым путем, на 2006-2010 годы включает приоритетную стратегию «Развитие инфраструктуры и возможностей медицинской и социальной помощи, паллиативного лечения и ухода за лицами, живущими с ВИЧ/СПИД, членами их семей и детьми, пострадавшими от ВИЧ/СПИД», которая предусматривает следующие мероприятия:

- Создание двух центров для лечения больных СПИДом в зонах с высокой превалентностью инфекции. Интеграция служб паллиативной помощи, включая учреждения типа хосписов, на базе государственных и частных медицинских учреждений, а также неправительственных организаций;
- Создание и расширение системы паллиативного ухода, психо-социальной поддержки лиц с ВИЧ/СПИДом на дому с привлечением публичных медико-санитарных учреждений и неправительственных организаций;
- Разработку регламентирующих и рекомендательных документов по вопросам организации служб паллиативного ухода за инфицированными;
- Обучение медицинского персонала, членов семьи лиц, живущих с ВИЧ/СПИД, и добровольцев приемам паллиативного ухода за лицами с ВИЧ/СПИД;
- Уточнение и корректировка национальных протоколов по лечению и паллиативному уходу за пациентами с ВИЧ/СПИД/ИППП в соответствии с рекомендациями ВОЗ;
- Обеспечение социальной помощи и защиты лиц с ВИЧ/СПИД, членов их семей, а также детей, пострадавших от ВИЧ/СПИД-инфекции.

В Республике успешно работают неправительственные организации (НПО), обеспечивающие паллиативный уход за лицами с ВИЧ/СПИД-инфекцией (медицинский уход, социальная и психологическая поддержка). Были организованы и проведены семинары по проблемам паллиативного

ухода и лечения лиц с ВИЧ/СПИД в публичных медико-санитарных учреждениях, в процессе которых были подготовлены врачи-инфекционисты, семейные врачи и медицинские сестры. Разработаны и изданы информационные материалы по проблемам ухода за лицами, инфицированными ВИЧ, такие как брошюра «Уход за ВИЧ-позитивными лицами», памятка «Паллиативный уход за лицами, инфицированными ВИЧ/СПИД». 26.01.2001 утвержден Министерством здравоохранения и издан стандарт «Паллиативный уход за лицами, инфицированными ВИЧ и больными СПИДом». Несмотря на стандартизацию отдельных элементов паллиативного ухода лиц с ВИЧ и больных СПИДом, ряд положений не включены в соответствующий документ. Оценка состояния проблемы развития паллиативного ухода диктует необходимость пересмотра действующего стандарта, включения ряда новых существенных элементов, что позволит совершенствовать систему оказания услуг по паллиативному уходу лицам, инфицированным ВИЧ и больным СПИДом.

Стандарт «Паллиативный уход за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией» разработан, уточнен и приведен в соответствие с рекомендациями ВОЗ и ЮЭНЭЙДС. Обеспечение данным документом публичных и ведомственных медико-санитарных учреждений, государственной санитарно-эпидемиологической службы и неправительственных организаций будет способствовать развитию и расширению службы паллиативного ухода в Республике Молдова, а также улучшению качества жизни лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией.

ЧТО ТАКОЕ ПАЛЛИАТИВНЫЙ УХОД?

Паллиативный уход представляет собой концепцию ухода, включающего комплекс терапевтических мер для улучшения качества жизни пациентов, которые страдают от неизлечимой болезни, ставящей под угрозу их жизнь и членов их семей. Эта концепция базируется на убеждении, что каждый пациент имеет право на качественное и полноценное лечение и уход в мир иной в достойных условиях. Устранение физических, эмоциональных и социальных страданий является существенным правом человека и концентрировано как на пациенте, так и на членах его семьи, страдающей от неизлечимой болезни одного из своих членов. Основным элементом паллиативного ухода является устранение боли любого происхождения: физической, психологической, социальной и оказание поддержки тем, кто обеспечивают уход, с целью снятия стрессовых ситуаций.

Идея такого вида помощи, каковой является паллиативный уход, появилась в 60-х годах XX столетия в Лондоне, когда Сесилия Сандрес (Cecily Saunders) предложила создать группу многопрофильной помощи с целью не только продлить жизнь больным раком, но и облегчить их страдания. Эта форма ухода предусматривалась для оказания помощи больным в домашних условиях для устранения физической боли, которая приводит к психологическим и духовным нарушениям на исходе жизни.

В 1980 году Всемирная Организация Здравоохранения (ВОЗ) определила паллиативный уход как: «Активный полный уход за пациентом, заболевание которого не может быть обеспечено полным излечением... Паллиативный уход поддерживает жизнь и рассматривает смерть, как естественный процесс... Обеспечивает облегчение боли и контроль симптоматики... Интегрирует психологические и духовные аспекты в уходе за пациентом... Обеспечивает систему поддержки и помощи пациенту до смерти, позволяет ему по мере возможности быть активным и радоваться жизни... Обеспечивает поддержку семьи пациента на всем протяжении заболевания и после его смерти...»

Одно из последних определений ВОЗ делает акцент на предупреждение и устранение страданий: «Паллиативный уход есть подход, который улучшает качество жизни пациентов и членов их семей, решает проблемы, связанные со смертельной болезнью, путем предупреждения и устранения страданий, ранним выявлением, правильной оценкой, лечением болей и других физических, психо-социальных и духовных страданий».

Паллиативный уход:

- комбинирует профессионализм многопрофильной команды с вовлечением пациента и членов его семьи в решении проблем по уходу;
- может применяться в условиях стационара, хосписа, сообщества, в домашних условиях;

- на протяжении болезни оказывается больному, а после смерти семье;
- оказывает поддержку лицом, осуществляющим уход, с целью преодоления ими эмоций и страданий, которые неизбежны в процессе их работы.

Лица, обеспечивающие уход за пациентами должны проявить чуткость к культурным и религиозным воззрениям пациентов, к их мнению и привычкам обеспечивая адекватное общение с больным, с членами его семьи, другими лицами, вовлеченными в процесс ухода, соблюдая при этом право на отказ от паллиативного ухода.

Существуют значительные различия в отношении лиц, страдающих онкологическими заболеваниями, которые осведомлены о невозможности остановить процесс развития заболевания, и пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией, страдающими многочисленными оппортунистическими заболеваниями, которые затрудняют определение продолжительности жизни. Поэтому, оптимальным для лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией является комбинация паллиативного ухода и общего медикаментозного лечения с момента установления диагноза.

Для лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией паллиативный уход есть подход, который способствует улучшению качества их жизни и членов их семей путем предупреждения и лечения болезней, которые обуславливают страдания и представляют угрозу жизни, обеспечивает установление доверчивых взаимоотношений между пациентом и многопрофильной командой на всем протяжении развития заболевания.

Паллиативный уход должен учитывать физические, духовные, интеллектуальные, эмоциональные, социальные потребности пациента, обеспечивая таким образом ему самостоятельность, доступ к информации, право в выборе образа жизни.

Поскольку ВИЧ/СПИД-инфекция относится к числу хронических болезней, в отличие от ряда других с летальным исходом, обеспечение ухода должно осуществляться с учетом всех аспектов жизни пациента.

Паллиативный уход достигнет своей цели, если: пациент чувствует уверенность и не страдает, зная, что он не один, что он любит и любим. Для медицинского персонала, обеспечивающего паллиативный уход, может быть затруднительным обеспечить реализацию этой цели, поэтому привлечение пациента, членов семьи и группы поддержки в процесс принятия решения и оценки потребности медицинских вмешательств, создают чувство надежности и контроля заболевания.

Это чувство должно сохраняться до момента ухода из жизни и должно помочь пациенту на смертном одре сохранять чувства достоинства и уважения к себе, поскольку он контролирует ситуацию, его страдания и проблемы не остаются без внимания.

Паллиативный уход имеет целью обеспечение оптимального качества

жизни лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией и членов их семей, а также минимализация их страданий путем мобилизации необходимых служб.

Паллиативный уход предусматривает также рутинный мониторинг, являющийся существенным элементом в определении оптимального времени начала антиретровирусной терапии (АРВТ) которая продлится на всем протяжении болезни.

Индивидуальное консультирование и тестирование являются существенными компонентами паллиативного ухода. Они позволяют своевременно определить лиц, которые требуют или могут потребовать в будущем паллиативного ухода при ВИЧ/СПИД-инфекции.

Целью антиретровирусной терапии является противодействие болезни, а паллиативный уход направлен на предупреждение и облегчение страданий, вызванных прогрессирующей неизлечимой болезнью. Раннее выявление, оценка, лечение болей и других симптомов, устранение социальных, психологических и духовных проблем являются важной составной частью качественного паллиативного ухода при ВИЧ/СПИД-инфекции.

При любой хронической болезни с летальным исходом необходимо обеспечение интеграции паллиативного ухода и специфического лечения. Рациональный баланс между паллиативным уходом и специфическим лечением должен обеспечиваться в каждом конкретном случае, в зависимости от симптоматики, причин их обуславливающих, доступности к антиретровирусной терапии, и/или наличия жалоб пациента, возможности их устранения паллиативными методами.

- Паллиативный уход является основным в оказании многопрофильной медицинской помощи пациентам с ВИЧ/СПИД-инфекцией.
- Паллиативный уход должен быть доступным, без искусственных препятствий и затруднений, как политического, так и социального плана.
- Паллиативный уход должен оказываться всем пациентам, которые в нем нуждаются и желают его получить.
- Паллиативный уход предоставляется по соглашению с пациентом и на основании действующих стандартов.
- Не следует отказываться от паллиативного ухода в период антиретровирусной терапии, лечения туберкулеза, а также при заместительной терапии Метадоном.
- Паллиативный уход должен осуществляться на всем протяжении эволюции ВИЧ/СПИД-инфекции, а не только в конечной стадии.

ПРИНЦИПЫ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА ПРИ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИЙ

Принимая во внимание симптоматику и специфический характер болезни, паллиативный уход может быть начат с момента установления диагноза ВИЧ/СПИД-инфекции. Объем паллиативного ухода может варьировать от простого наблюдения за состоянием пациента, сотрудничества с лицами, ухаживающими на раннем этапе болезни, до обеспечения паллиативного ухода в полном объеме на исходе жизни, включая:

- Снятие болей и других симптомов для улучшения качества жизни;
- Обеспечение психологической, социальной и духовной поддержки;
- Оказание помощи пациенту в введение более активного образа жизни;
- Поддержка членов семьи на всем протяжении болезни и в период траура;
- Обеспечение медикаментозного лечения и других мер на основе обмена информацией между пациентом, членами его семьи и медицинским персоналом, соблюдая при этом рекомендации и решения профессионалов, а также предпочтения пациента и членов его семьи;
- Оценка жизни и воспринимание смерти как естественным исходом жизни, неускоряя и не избегая ее наступления.

ОСОБЕННОСТИ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА ЛИЦ С ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИЕЙ

Паллиативный уход обеспечивает устранение сильных и постоянных страданий лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией, вызывая при этом ряд противоречий в практике применения:

- Сложность и непредсказуемость течения болезни, с многочисленными осложнениями, обуславливают баланс паллиативного ухода между лечением новых симптомов и контролем над старыми;
- Сложность лечения может превысить возможности служб здравоохранения;
- Большинство лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией сталкиваются с стигматизацией и дискриминацией;
- Вовлечение всей семьи при инфицировании обоих партнеров;
- Обремененность медицинских работников, оказывающих помощь и подверженных влиянию «синдрома сгорания».

Сложность болезни

Эволюция ВИЧ/СПИД-инфекции чрезвычайно вариабельна и непредсказуема в связи с многочисленными потенциальными осложнениями. У отдельных лиц не наблюдается проявлений сложной и тяжелой симптоматики на протяжении продолжительного периода времени, у других отмечаются острые заболевания или частые осложнения, не представляющих угрозу жизни. Поэтому паллиативный уход при ВИЧ/СПИД-инфекции отличается от такового при других заболеваниях необходимостью рационального баланса контроля острой и хронической симптоматики. ВИЧ-позитивные лица, по-разному эмоционально реагируют на факт инфекции, что также затрудняет осуществление паллиативного ухода.

Сложность лечения

В настоящее время пациентам с ВИЧ/СПИД-инфекцией доступны различные виды лечения. Медикаментозная антиретровирусная терапия продемонстрировала высокую эффективность в контроле эволюции ВИЧ-инфекции. У больных, в то же время, могут наблюдаться многочисленные оппортунистические инфекции и симптомы, которые с одной стороны обуславливают стрессовые состояния пациентов, с другой создают трудности в лечении, которое может нередко дать нежелательные побочные эффекты. Поскольку лица с ВИЧ/СПИД-инфекцией живут дольше, чем онкологические больные, принадлежат к сравнительно молодому поколению и могут иметь различные отклонения в поведении, включая потребление внутривенных наркотиков, они могут быть более зависимы от медицинских работников. Это, в свою очередь, создает психологические проблемы как для больных, так и для лиц, ухаживающих за пациентами и может затруднить обеспечение паллиативного ухода.

Стигматизация и дискриминация

Пациенты с ВИЧ/СПИД-инфекцией сталкиваются с рядом специфических психологических проблем. Многие из них ощущают на себе проявления стигматизации и дискриминации. Такие лица не желают быть искренними в отношении своего ВИЧ-статуса, оказываясь при этом в изоляции. Лица, ухаживающие за ВИЧ-позитивными пациентами, также обеспокоены потенциальным разглашением факта ВИЧ-позитивного статуса. В сообществах с невысокой распространенностью ВИЧ, лица с ВИЧ-позитивным статусом принадлежат к группам риска, каковыми являются потребители инъекционных наркотиков, женщины, практикующие коммерческий секс

и др. Для этих контингентов сеть оказания поддержки недостаточно развита, они сталкиваются с элементами дискриминации в случае подозрения на ВИЧ-положительный статус.

Вовлечение всей семьи

ВИЧ/СПИД-инфекция, особенно в регионах с интенсивным распространением, имеет крайне неблагоприятное влияние на семьи. Большинство вовлеченных в эпидемию лиц, являются молодыми, трудоспособными, в то же время экономически независимыми. При интимных контактах оба партнера могут оказаться инфицированными, чаще партнер ВИЧ-положительного лица может быть не осведомлен о своем статусе. Если ВИЧ-положительным является ребенок, тогда и мать, возможно и отец, будут ВИЧ-положительными. Братья и сестры также могут быть потенциально инфицированными. Финансовые проблемы неизбежны если глава семьи является ВИЧ-положительным и не в состоянии работать.

Изменение ролей в семье

В случае если состояние здоровья ВИЧ-положительных пациентов ухудшается и они не могут работать и содержать семью, они могут вернуться к родителям для ухода в последней стадии заболевания. Уход и забота о детях, внуках в таких случаях становится уделом родителей, братьев, сестер, которые также нуждаются в эмоциональной поддержке и защите.

Напряженность медицинских работников

Лица, обеспечивающие уход за ВИЧ-положительными пациентами, сталкиваются со своеобразным стрессом, уникальным в своем роде. Медицинские работники, ухаживающие за ВИЧ-положительными пациентами в конечной стадии болезни, нередко становятся свидетелями их смерти. Это часто порождает замкнутость, ощущение усталости от многочисленных потерь и сложностей в уходе за больными в связи с лимитированными возможностями оказания соответствующей помощи в плане их лечения. В обеспечении паллиативного ухода психическое здоровье медицинского персонала жизненно необходимо, если они желают оставаться сочувствующими пациентам и полезными в оказании помощи.

ОРГАНИЗАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ СЛУЖБЫ

– Потребности пациентов и членов их семей могут быть удовлетворены только если паллиативный уход, включая психологическое консультирование, обеспечиваются многопрофильной командой.

– Паллиативный уход может осуществляться в качестве консультативной службы в составе медицинских учреждений как стационарного, так и амбулаторного типа.

– Паллиативный уход может быть обеспечен неправительственными организациями, лицензированными и аккредитованными в этой области, в том числе и лицами, живущими с ВИЧ/СПИДом.

– Паллиативный уход должен осуществляться лицами, имеющими хорошую подготовку в этой области.

– Медицинский персонал, вовлеченный в лечение СПИДа, должен обладать навыками паллиативного ухода.

– НПО, работающие с ВИЧ-позитивными лицами и больными СПИДом, участвуют в оказании паллиативного ухода.

Для пропаганды идеи внедрения паллиативного ухода для всех лиц, живущих с ВИЧ/СПИД-инфекцией, необходимо отказаться от ошибочной концепции, что в этом нуждаются только пациенты в конечной стадии.

Для оказания качественного паллиативного ухода необходимы:

– Подготовка и обучение многопрофильной команды для оказания паллиативного ухода, уделяя особое внимание вопросам дискриминации и стигматизации;

– Обеспечение доступности серопозитивных лиц к паллиативному уходу в больницах, хосписах, в сообществах, на дому;

– Обеспечение доступности медикаментозной терапии в контроле за болями и другими симптомами;

– Поддержка лиц, оказывающих услуги по паллиативному уходу серопозитивных лиц (консильеры, медицинские работники, обеспечивающие уход на дому);

– Признание особенностей паллиативного ухода за ВИЧ позитивными детьми.

Паллиативный уход за лицами с ВИЧ/СПИД-инфекцией требует широкого спектра услуг:

– снятие болей;

– симптоматическое лечение (тошнота, утомляемость, общая слабость и др.);

– психологическая поддержка, в случае проблем с психикой;

– духовная поддержка и помощь в подготовке к неизбежной смерти;

– поддержка семьи и лиц, обеспечивающих уход, медицинское обслуживание, контроль инфекции и психологическую помощь.

ТИПЫ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА

Паллиативный уход ВИЧ-серопозитивных лиц приобретает все большую важность по мере прогрессирования болезни. На различных стадиях заболевания могут быть оказаны различные объемы и типы паллиативного ухода, в зависимости от этапа заболевания, доступности АРВТ и потребностей пациента, членов его семьи. Область паллиативного ухода охватывает широкий спектр услуг для серопозитивных пациентов и членов их семей (медицинских, психологических/эмоциональных, нурсинг, духовных и социальных).

А. Клинический уход осуществляется, главным образом, медицинским персоналом. Этот тип ухода предусматривает широкий спектр медицинских услуг, включая: снятие боли и других симптомов, индивидуальное консультирование, выбор оптимального момента начала АРВТ и убеждение пациентов в необходимости проведения этой терапии, профилактика и лечение оппортунистических инфекций, профилактика ВИЧ и изменение поведения.

Медицинские услуги оказывает квалифицированный врач, лицензированный в области общей медицинской практики, имеющий подготовку по паллиативному уходу. Спектр этих услуг включает: решение на оказание услуги, начальная оценка состояния больного, разработка плана лечения и ухода, периодический мониторинг и переоценка, медицинское наблюдение, консультирование, перевод, снятие с учета, общение и воспитание пациентов (партнеров), членов семьи, пропаганда паллиативного ухода, обучение персонала, исследования.

Услуги нурсинг оказываются квалифицированным средним медицинским персоналом, обученным приемам паллиативного ухода. К таким услугам относятся: оказание непосредственного паллиативного ухода, наблюдение/оценка состояния пациента, разработка и постоянное уточнение плана ухода, общение с пациентом/семьей/ухаживающим лицом, воспитание пациента и членов семьи, контроль работы санитарки, волонтеров, консультирование, пропаганда паллиативного ухода, воспитание, исследования.

ТИПЫ ВМЕШАТЕЛЬСТВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ НАЛИЧИЯ ИЛИ ОТСУТСТВИЯ КЛИНИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ

Клинический асимптоматический уход предназначен для лиц, у которых отсутствуют специфические проявления ВИЧ инфекции. Этот тип вмешательства предусматривает: рутинный мониторинг и клиническую оценку, включая определение оптимального момента начала противовирусной терапии, мероприятия по профилактике туберкулеза и других оппортунистических инфекций; консультирование и оценку режима питания; оценку

гигиенического состояния жилья и разъяснение сущности личной гигиены и гигиены жилья, оценку проблем психологического характера, рекомендации и советы по базовым вопросам ухода.

Клинический симптоматический уход предназначен для лиц, у которых имеются проблемы, обусловленные нарушением иммунной системы, и симптомы заболевания СПИД. Этот тип вмешательства включает: лечение симптоматических проявлений, устранение/уменьшение болей и других симптомов, встречающихся у пациентов, профилактику туберкулеза и других оппортунистических инфекций, оценку режима питания, гигиенического состояния и проблем психологического характера, оказание элементарных медицинских услуг (оценку и мониторинг симптомов, приверженность к медикаментозной терапии, поддержку в обеспечении гигиенического ухода за пациентом, уход за ранами, полостью рта, кожей, подготовка к началу АРВТ).

Уход на последних стадиях болезни и после смерти пациента предусмотрен для пациента и членов его семьи. Уход в конечной стадии предназначен пациентам, смерть которых неизбежна и может наступить в ближайшие часы или дни и включает контроль симптомов и болей, непосредственный уход за пациентом.

После смерти больного СПИДом, члены его семьи нуждаются в поддержке, советах и помощи. В период траура оказываются следующие услуги: поддержка семьи после смерти пациента, индивидуальное консультирование членов семьи, обеспечение корреспонденции/телефонных звонков/посещений семьи, духовное консультирование, связь с другими службами, сообществами, оказывающими поддержку, включая сообщества лиц, живущих с ВИЧ.

Консультирование в этот период помогает членам семьи смягчить тяжесть утраты, адаптироваться к изменениям, обусловленным смертью близкого человека и облегчить дальнейшую жизнь в семье. Обмен опытом, к примеру, с сообществом лиц, живущих с ВИЧ, может быть весьма полезным в такой ситуации.

Услуги в период траура могут быть оказаны членами команд волонтеров, которые работают в сотрудничестве с медицинским персоналом и социальными работниками.

В. Психологическая поддержка пациентов и членов их семьи. Этот тип услуг включает: консультирование по проблемам психологического и умственного состояния пациента, консультирование членов семьи и близких, психологическую поддержку пациента и членов семьи, оказываемую группами поддержки, обеспечение конфиденциальности, поддержку после смерти, предпринимание инициатив, направленных на психоло-

гическую поддержку, лечение возможных психологических нарушений, обусловленных ВИЧ, в частности таких, как тревога и беспокойство, попытки суицида и др.

Консультирование оказывается со стороны каждого члена многопрофильной команды. Для решения ряда сложных психологических проблем требуется обеспечение доступа к специалисту-профессионалу.

С. Духовная/религиозная поддержка оказывается в критические моменты жизни пациентов с ВИЧ/СПИД-инфекцией. В этот период они нередко задают себе вопрос, в чем смысл их жизни. Духовная/религиозная поддержка включает: консультирование, молитвы, службы и религиозные ритуалы, медитацию, участие в погребальных обрядах. Уход в этот период должен выполняться аккуратно, тактично и избирательно, с учетом принадлежности пациента к определенным религиозным культам, культурным и иным обычаям пациента или сообщества, к которому он принадлежит и должен включать анализ и оценку жизни, индивидуальное консультирование, имея в виду страхи и надежды пациента, ощущения вины, оценку смысла и цели жизни. Лица, осуществляющие уход, должны быть информированы о духовных потребностях пациента и в случае необходимости организовать посещение священника или иного духовного лица.

Духовная/религиозная поддержка оказывается церковными служителями.

Д. Социальная поддержка оказывается лицам с ВИЧ-инфекцией и его семье с целью помочь сохранить устойчивые связи в семье для предупреждения распространения ВИЧ-инфекции и обеспечения приверженности к АРВТ. Этот тип ухода предусматривает: психо-социальную оценку, участие в разработке и реализации плана ухода, сотрудничество с другими службами, воспитание, защиту прав пациента/семьи, поддержку семьи в момент скорби, помощь в организации похорон, участие в подборе волонтеров, пропаганду паллиативного ухода, надзор и исследования, создание групп сообщества по поддержке и взаимопомощи, в том числе по принципу «равный-равному», мобилизацию сообщества и развитие системы неправительственных организаций, включая объединения лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, предупреждение дискриминации, оказание юридической помощи, в том числе в составлении нотариальных документов (в частности, о наследстве), оказание помощи на дому, повышение осознанности населения в необходимости ухода за лицами с ВИЧ/СПИД-инфекцией, профилактику распространения ВИЧ, другие мероприятия, которые способствуют консолидации семьи и сообщества, в котором живут ВИЧ-инфицированные.

СПОСОБЫ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА

Паллиативный уход – сложное определение, предусматривающее комплекс различных вариантов вмешательств, направленных на улучшение качества жизни пациентов и членов их семей. Это многопрофильная профессиональная деятельность, адаптированная к потребностям пациента, в то же время не исключающая вовлечение неформальных участников, к примеру, членов семьи. Эти вмешательства представляют варианты ухода на дому, в специализированных учреждениях, располагающих коечным фондом – хосписах, центрах и отделениях дневного пребывания, амбулаторных учреждениях, общежитиях, или приютах временного содержания. Это услуги доступные, адекватные системе здравоохранения, ориентированные на удовлетворение постоянно растущих и изменчивых потребностей пациентов и членов их семей.

А. Уход на дому

Предусматривает различные типы ухода на дому за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией, доступные и адаптированные к потребностям пациентов и членов семьи. Уход на дому включает:

- диагностику и клинический уход, включая контроль болей, других симптомов, профилактику оппортунистических инфекций и др.;
- выполнение назначений по приему медикаментов, выполнение других манипуляций и процедур на дому;
- базовый медицинский уход, включая обеспечение соблюдения личной гигиены пациента и жилища, профилактику распространения ВИЧ/СПИД-инфекции;
- направление и сопровождение пациента в медицинские учреждения для диагностики, ухода и лечения и др.;
- информирование пациента о мерах предупреждения распространения ВИЧ-инфекции, пропаганду приверженности к лечению;
- вовлечение в деятельность многопрофильной команды с целью решения физиологических, психологических и духовных проблем у пациентов;
- другие процедуры по обеспечению качественного ухода.

В. Уход в медицинском учреждении

Медицинские учреждения (стационарного или амбулаторного типа) осуществляют уход за пациентами с ВИЧ на более высоком уровне. Они предусматривают базовые медицинские услуги, оказываемые квалифицированными специалистами по диагностике и лечению острой или хронической симптоматики инфекции ВИЧ. Специалисты этих учреждений направляют связи с лицами, обеспечивающих уход на дому.

С. Уход в хосписах

Хосписы предназначены для обеспечения базового ухода пациентов с ВИЧ/СПИД-инфекцией в тяжелом состоянии или в последние дни жизни.

Уход в хосписах предусматривает интенсивные мероприятия по устранению болей и контролю другой симптоматики, поддержку в последней стадии болезни. Хосписы также оказывают поддержку семье больных, в том числе и в случае смерти. Помещение пациента в хосписы рекомендовано в тех случаях, когда лица, обеспечивающие уход на дому, нуждаются в отдыхе или когда пациенту назначено другое паллиативное лечение.

Уход в хосписах особенно необходим для лиц одиноких, при неудовлетворительной реакции на лечение или при невозможности контролировать лечение, а также в случаях серьезной недостаточности нервной системы или неконтролируемых болях.

Уход, предоставляемый в этих учреждениях, осуществляется квалифицированным медицинским персоналом, обладающим знаниями по проблеме ВИЧ-инфекции и обученным приемам паллиативного ухода.

СЛУЖБЫ ПО ПАЛЛИАТИВНОМУ УХОДУ

Высокая превалентность ВИЧ/СПИД-инфекции, рост числа лиц с симптоматикой заболевания диктуют необходимость организации оказания медицинской, социальной и психологической помощи и поддержки, что создает соответствующие трудности в деятельности службы здравоохранения. Медицинские работники не в состоянии обеспечить лечение и уход за лицами с ВИЧ-инфекцией и больных СПИДом. Ответом на это потребность могут стать две базовые линии в организации и пропаганде паллиативного ухода:

А. Неспециализированные или договорные службы, которые обеспечивают паллиативный уход, не являющийся предметом их основной деятельности. Это могут быть службы сообществ по обеспечению ухода на дому, семейные врачи, общегития. Значительный объем паллиативного ухода оказывается и, вероятно, будет оказываться и в будущем неспециализированными службами сообществ по уходу на дому, более дешевыми, более легкими в управлении и с возможностями более широкого охвата. Вовлечение волонтеров, лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией в эти неспециализированные службы весьма приемлемо и будет способствовать более широкому вовлечению общества в систему ухода за ВИЧ-серопозитивными пациентами, толерантному отношению к ним.

В. Специализированные службы по оказанию паллиативного ухода укомплектованны многопрофильными командами, имеющими специаль-

ную подготовку в этой области. Они не могут заменить базовые службы первой линии, но дополняют их. Эти службы должны быть лицензированы для данного вида деятельности.

1. Хосписы – автономные учреждения здравоохранения/специализированные больницы, в которых пациенты помещаются на последних месяцах жизни для смягчения страданий и получения психологической, духовной и социальной поддержки. Оказывают также поддержку обслуживающему персоналу в период кризиса болезни и после смерти пациента. Госпитализируются пациенты, которые по медицинским или социальным показаниям не могут получить уход на дому. Персонал хосписа комплектуется из медицинских работников, профессионалов и волонтеров, специально обученных и вовлеченных в процесс ухода. Уход обеспечивается круглосуточно. Больные госпитализируются на определенный срок, необходимый для проведения медикаментозной терапии и выполнения необходимых медицинских процедур, которые требуют постоянного медицинского наблюдения в стационаре. Спецификой учреждений этого типа является создание условий более приближенных к домашней обстановке, способствующей физической, психо-эмоциональной, духовной комфортности и обеспечению адекватного контроля симптомов.

Базовый уход в хосписах направлен на оказание помощи пациентам в конечной стадии ВИЧ/СПИД-инфекции и приемлем, в частности, для одиноких лиц, и/или пациентов, у которых симптоматика поддается лечению с трудом, наблюдается острая и/или трудно контролируемая симптоматика.

2. Отделения типа хоспис по паллиативному уходу функционируют в составе больниц общего профиля или специализированных, укомплектованных персоналом, прошедшим подготовку по паллиативному уходу. Отделение может функционировать на 5-7 коек, на которые госпитализируются пациенты в критическом состоянии до его улучшения или до летального исхода. Могут также госпитализироваться пациенты в порядке перевода из других учреждений или из дома для обеспечения ухода на более высоком уровне.

3. Койка типа хоспис может быть организована в амбулаторном учреждении или в специализированном медицинском учреждении для оценки эффективности нового плана паллиативного лечения или для смягчения страданий от сильных болей.

4. Команды по обеспечению паллиативного ухода в больницах создаются в случае отсутствия достаточно подготовленного персонала в боль-

нице, при возникновении потребностей в оказании помощи больным в конечной стадии, а также для обеспечения интеграции паллиативного ухода и стандартных медицинских мероприятий. Эти команды, кроме того, оказывают помощь в подготовке пациентов, родственников, друзей и других лиц, ухаживающих за больным на дому. Они могут быть сформированы из числа специально подготовленного персонала (врачей, медицинских сестер, социальных работников, священников, волонтеров), который привлекается к оказанию помощи пациентам непосредственно у постели, в отделениях больницы, по просьбе лечащего врача.

5. Команды по обеспечению паллиативного ухода на дому. Являются наиболее эффективными, обеспечивая при минимальных людских и материальных ресурсах доступность значительного числа пациентов к специализированной помощи. Кроме того, семейная обстановка сохраняется в целостности, помощь оказывается в условиях, в которых пациент может находиться на всем протяжении болезни, включая ее терминальный период. Важно, что в этом случае мобильная команда в составе врача, медицинских сестер, социальных работников, священников, волонтеров может посещать пациента на дому, по приглашению семейного врача, членов семьи или других лиц, ухаживающих за больным на дому. Команда вовлекает членов семьи в процесс ухода при помощи советов и поддержки.

6. Центры-хосписы дневного типа по обеспечению паллиативного ухода предназначены для больных в сравнительно стабильных стадиях болезни, менее страдающих от болезни. В период пребывания в дневных центрах пациент получает необходимую консультацию, медикаментозное лечение под наблюдением специалиста, проходит реабилитацию и социальную интеграцию, получает необходимую социальную поддержку. Дневные центры могут организовываться при хосписах, амбулаторном учреждении. Посещая эти центры, больные встречаются и общаются с другими больными, могут посвятить определенное время своему хобби, постричься, воспользоваться услугами массажиста, отдохнуть, пройти медицинский осмотр, социальную реабилитацию. Основными сотрудниками центров являются волонтеры, работающие под руководством медиков-профессионалов. Волонтеры играют существенную роль в обеспечении паллиативного ухода, они отбираются из числа членов сообщества и лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, проходят специальную подготовку, работают под контролем специалистов.

СЕТИ, СВЯЗЬ И ИНТЕГРАЦИЯ СЛУЖБЫ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА

В целях интеграции мероприятий по профилактике, лечению и уходу в клиниках, больницах, хосписах, сообществах и на дому, а также для создания и функционирования комплексной системы ухода за лицами с ВИЧ/СПИД-инфекцией необходимо создание соответствующей сети, которая позволит осуществлять паллиативный уход на различных уровнях.

Сеть создается на основе установления функциональных связей между структурами, осуществляющими паллиативный уход, при этом создается комплексная система, обеспечивающая реализацию мер по уходу. Сеть предусматривает:

- связь между программами по профилактике ВИЧ, учреждениями, в которых осуществляется паллиативный уход, интеграцию с программами по поддержке лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией;
- интеграцию паллиативного ухода в учреждениях, обеспечивающих антиретровирусную терапию.

Функционирование сети предусматривает координацию и тесное сотрудничество между группами и организациями, осуществляющими паллиативный уход. Это могут быть больницы, клиники, правительственные и неправительственные организации, команды, обеспечивающие уход на дому и в сообществах, группы, легальные службы, реализаторы продуктов питания, группы поддержки лиц, живущих с ВИЧ, организации по поддержке сирот, детей из уязвимых групп, организации, проводящие консультирование.

Сеть, функционирующая в области охраны здоровья ВИЧ-позитивных лиц, включает клинические и неклинические программы по уходу за пациентами с ВИЧ/СПИД-инфекцией и членами их семей. Правительственные и неправительственные организации, сообщества, религиозные структуры, частные компании или консорциумы также могут входить в состав сети. Сеть представляет собой систему, осуществляющую уход первичный, вторичный, третичный, а также уход на дому. Связи и интеграция этих структур предусматривают координацию и сотрудничество среди всех участников процесса паллиативного ухода.

Сети могут создаваться путем интеграции паллиативного ухода во всех существующих программах по профилактике, лечению, уходу за пациентами с ВИЧ -инфекцией или установления связей с группами, ухаживающими на дому, в медицинских учреждениях и хосписах.

АСПЕКТЫ ПАЛЛИАТИВНОГО УХОДА ВИЧ-СЕРОПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ

А. Контроль инфекции

В целях выявления и снижения риска инфицирования персонала, пациентов и членов семьи, службы паллиативного ухода разрабатывают и внедряют меры по профилактике инфицирования ВИЧ и оппортунистическими инфекциями.

Персонал должен знать и применять универсальные меры защиты, направленные на предупреждение инфицирования ВИЧ и оппортунистическими инфекциями.

Поставщик службы паллиативного ухода обязан обеспечить защиту персонала созданием необходимых условий труда и снабжение средствами защиты.

Медицинский персонал должен обучать пациентов и лиц, имеющих отношение к уходу, методам и приемам предупреждения инфицирования ВИЧ.

Службы паллиативного ухода обеспечивают безопасное удаление инфицированных медицинских отходов.

Поставщики паллиативного ухода ответственны за соблюдение нормативных актов по технике безопасности и защиты работающих.

Работающие в системе паллиативного ухода должны обладать знаниями по снижению риска инфицирования ВИЧ или другими инфекциями, передающимися через кровь.

Меры безопасности основываются на стандартах контроля инфекции и должны соблюдаться неукоснительно в процессе оказания помощи пациенту. Соблюдение этих принципов уменьшает риск инфицирования возбудителями болезней, передающимися через кровь или другие биологические жидкости, ибо все биологические жидкости должны рассматриваться как потенциально инфицированные и должны быть подвержены обеззараживанию и удалению с применением простых и адекватных методов.

В процессе осуществления паллиативного ухода на дому медицинский персонал доводит до сведения членов семьи следующую информацию:

1. Уход за ВИЧ-позитивными лицами безопасен для членов семьи, риск инфицирования минимален, если соблюдаются следующие правила:

- использование латексных перчаток во время контакта с кровью и другими биологическими жидкостями;

- обязательное накладывание повязок на открытые раны на коже; если повязка пропитана кровью или биологическими жидкостями, она должна быть заменена и уничтожена;

- для удаления пятен крови, фекалий и мочи обязательно использование защитных латексных перчаток;

– грязная одежда, постельное и нательное белье, запятнанные кровью, экскрементами, мочой или другими биологическими жидкостями должны содержаться отдельно, а контакт с таковыми допустим только с использованием перчаток или куска пластика.

2. Запрещается использование другими членами семьи зубной щетки, бритвенных лезвий и приборов, игл и других острых предметов, которыми пользуются ВИЧ-позитивные пациенты.

3. Обязательным является мытье рук после контакта с одеждой, постельным бельем и другими предметами, загрязненными кровью, после любого другого контакта с биологическими жидкостями ВИЧ-инфицированного больного.

4. Обычные контакты с ВИЧ-позитивным лицом безопасны и не требуют использования перчаток.

5. Обработка посуды и предметов санитарной техники обычными средствами.

В. Туберкулез и ВИЧ/СПИД

Туберкулез является наиболее распространенной оппортунистической инфекцией, встречающейся у ВИЧ-инфицированных пациентов. Часто он является причиной смерти многих из них. Успешная профилактика и лечение туберкулеза у ВИЧ-позитивных лиц может способствовать снижению смертности среди таковых. Лечение туберкулеза снижает риск распространения инфекции в медицинских учреждениях и в обществе. Весьма важное значение в системе общественного здравоохранения имеют вмешательства, направленные на профилактику распространения туберкулеза и ВИЧ/СПИД-инфекции. Они являются важным звеном паллиативного ухода за лицами с ВИЧ-инфекцией и преследуют следующие цели:

- диагностику, лечение и уходу лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией и активным туберкулезом;
- обеспечение консультирования и тестирования всех пациентов, подлежащих уходу в системе программ по туберкулезу;
- обеспечение правильного ухода ВИЧ-позитивных пациентов с диагностированным туберкулезом;
- обеспечение доступности и приверженности к АРВТ лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией и с туберкулезной коинфекцией.

С. Паллиативный уход за ВИЧ-инфицированными детьми

Паллиативный уход за ВИЧ-инфицированными детьми осуществляется по той же модели, что и за взрослыми, и соответствует клиническим, пси-

хологическим, духовным и социальным аспектам. Существуют некоторые особенности паллиативного ухода за детьми которые необходимо учитывать:

- дети находятся в процессе роста, их метаболизм отличается от взрослого, поэтому и клинические проявления ВИЧ/СПИД-инфекции различны;
- паллиативный уход за детьми следует начинать с момента установления факта возможного инфицирования плода (внутриутробно, при родах, и/или при грудном вскармливании);
- паллиативный уход обеспечивается до момента установления диагноза и в последующем пожизненно;
- семья обеспечивает паллиативный уход за детьми, поэтому работа с семьей является чрезвычайно важной в системе ухода за ВИЧ-позитивными детьми;
- выявление членов семьи ВИЧ-позитивных, направление их для консультирования к различным специалистам для обеспечения широкого спектра мер по уходу, в том числе по проблемам профилактики, лечения, контроля, консультирования и планирования семьи.

Д. Меры профилактики для ВИЧ-серопозитивных лиц

Меры профилактики для ВИЧ-серопозитивных лиц весьма важны в предупреждении распространения инфекции в семьях, в которых один из членов является ВИЧ-позитивным.

Эти меры включают:

- добровольное консультирование и тестирование;
- создание или примыкание к группе поддержки в сообществе;
- тестирование партнеров;
- обеспечение конфиденциальности;
- использование презервативов и соблюдение супружеской верности.

Е. Поддержка продуктами питания

Поддержка в обеспечении продуктами питания является важным условием паллиативного ухода за ВИЧ-позитивными лицами. Эта поддержка оказывается в исключительных случаях с привлечением других организаций, в том числе неправительственных.

КАДРЫ И ПОДГОТОВКА

А. Подготовка

Подготовка является важной составной частью обеспечения паллиативного ухода. Она осуществляется на соответствующем уровне для профессионалов, серопозитивных лиц, волонтеров, членов семей, ухаживающих лиц.

Поставщики паллиативных услуг нуждаются в непрерывной подготовке, которая должна охватывать соответствующую специфическую тематику.

Важно охватить подготовкой персонал, работающий на всех уровнях ухода, а также обеспечить паллиативный уход ухаживающим лицам ВИЧ-инфицированным.

Обучение приемам паллиативного ухода ВИЧ-серопозитивных осуществляется на базе утвержденных программ, охватывающих следующие предметы: философия хосписа, этика, коммуникация, контроль болей и других симптомов, встречающихся у пациентов с ВИЧ, потеря близких и тяжесть утраты, психологическая, социальная и духовная поддержка, роль многопрофильной команды.

Базовые элементы консультирования также должны быть включены в теоретическое и практическое обучение всех участников процесса паллиативного ухода.

Поставщики паллиативных услуг участвуют в программах надзора и постоянной подготовки специалистов.

Службы паллиативного ухода предоставляют в распоряжение пациентов, членов семей и широких слоев населения информационные, обучающие материалы. Поощряется деятельность служб паллиативного ухода по проблемам воспитания и обучения в области ухода, кооперации в этой деятельности со средними учебными медицинскими заведениями, учреждениями университетской и постуниверситетской подготовки, привлечение к этой работе соответствующего персонала.

Важно обеспечить доступ к обучению по проблемам паллиативного ухода всех специалистов.

Эффективность программы паллиативного ухода предполагает наличие нескольких категорий ухаживающих лиц и соответствующих программ обучения в соответствии с ролью данной группы в процессе паллиативного ухода.

Медицинская помощь

Роль ухаживающих лиц из числа медицинского персонала (врачи, медицинские сестры) состоит в оценке, профилактике, диагностике, лечении, уменьшении/устранении болей и других симптомов. Для выполнения обя-

занностей этот персонал нуждается в специальной подготовке по проблемам стандартов и процедур контроля болей и других симптомов, диагностики туберкулеза и оппортунистических инфекций. Специалисты должны владеть методикой постановки диагноза, лечения, при необходимости консультировать других врачей. Медицинский персонал должен быть обучен вопросам диагностики и лечения оппортунистических инфекций в соответствии с практикой и национальными стандартами.

Медицинские услуги оказываются квалифицированным врачом, лицензированным по общемедицинской практике, имеющим специализацию/усовершенствование по вопросам паллиативного ухода.

Служба нурсинга укомплектовывается квалифицированными медицинскими сестрами, обученными приемам паллиативного ухода сроком не менее 6-ти недель и наблюдаемыми в течение 3-х месяцев работы медицинской сестрой-координатором.

Социальная помощь

Социальные работники обеспечивают оценку и психо-социальное консультирование, уход и поддержку для принятия АРВТ, предоставляют необходимые советы и консультации по правам пациентов, определению потребностей и оказанию социальной помощи.

Социальные услуги оказываются квалифицированными социальными ассистентами, обученными приемам паллиативного ухода сроком не менее 4-х недель и наблюдаемыми в течение 3-х месяцев работы ассистентом-координатором.

Психо-эмоциональная помощь

Психо-эмоциональная помощь оказывается квалифицированным психологом с университетской подготовкой в области медицинской или социальной психологии, обученным приемам и методам паллиативного ухода сроком не менее 4-х недель и наблюдаемым в течение 4-х недель координатором команды.

Психо-эмоциональная помощь включает индивидуальное/семейное/групповое консультирование, вмешательства в случае кризисных ситуаций, консультации членов семьи после смерти пациента.

Религиозная/духовная поддержка

Эти услуги оказываются служителями культов (компетентными лицами или имеющими опыт и квалификацию в этой области с минимум недельной подготовкой).

Деятельность волонтеров

Службы волонтеров оказывают следующие услуги: непосредственную работу с пациентами и членами их семей (в частности по оказанию содействия в закупках, обеспечении транспортом, поддержку в период траура и др.), выполнение административных работ (работы в офисах, работы по поиску доноров и сбору фондов, помощь в организации специальных мероприятий, работ по строительству и поддержанию помещений и др.)

Волонтеры осуществляют свою деятельность безвозмездно. Их деятельность регламентируется письменным договором, который определяет программу работы и виды деятельности.

Волонтеры, участвующие в мероприятиях паллиативного ухода получают специальную подготовку, а их работа контролируется координатором волонтеров.

Вовлечение лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом, в паллиативном уходе

Успех программ паллиативного ухода зависит в значительной мере от вовлечения в эту работу лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Принимая во внимание персональный опыт, лица, живущие с ВИЧ/СПИДом, могут способствовать более глубокому пониманию потребностей пациентов, рекомендовать некоторые решения программ паллиативного ухода. Лица, живущие с ВИЧ/СПИДом, часто могут оказаться лучшими консультантами и воспитателями для других ВИЧ-позитивных лиц и членов их семей.

Все программы паллиативного ухода должны быть направлены на вовлечение в эту работы лиц, живущих с ВИЧ/СПИДом.

Участники программ паллиативного ухода, среди которых есть лица, живущие с ВИЧ/СПИДом, вправе получать элементы паллиативного ухода на равных условиях.

Многопрофильные команды

Принимая во внимание характер влияния ВИЧ на людей, семьи, сообщества, программы паллиативного ухода реализуются многопрофильной командой, которая в состоянии оценить и решить проблемы физиологического, психологического, духовного порядка пациентов, семей и сирот. Это сотрудничество позволяет интегрированно решать комплексные проблемы и потребности, которые стоят перед взрослыми и детьми, инфицированными или пострадавшими от ВИЧ.

Эти команды включают следующие категории граждан: врачи, медицин-

ские сестры, социальные ассистенты, волонтеры, консильеры, служители культов, лица, живущие с ВИЧ/СПИДом

В зависимости от уровня развития и реализации программ, их задач или от потребностей пациентов, многопрофильная команда может включить в свой состав психолога, физиотерапевта, терапевта и др.

Пациенты и члены их семьи также являются важными участниками многопрофильной команды.

Члены многопрофильной команды обучены распознавать трудные ситуации, ранние симптомы синдрома «сгорания», персональные возможности и использовать эффективные приемы и методы снятия стресса.

Члены команды по паллиативному уходу могут прибегнуть в случае необходимости к специализированной помощи.

В. Кадры

Паллиативный уход требует вовлечения значительных кадровых ресурсов для обеспечения доступности, непрерывности, преемственности и качества медицинского ухода.

Паллиативный уход требует также материальных ресурсов для обеспечения медикаментами, вспомогательными средствами, медицинским оборудованием, привлечения обученных квалифицированных специалистов для удовлетворения потребности и непрерывности паллиативного ухода.

Рекомендованы следующие нормативы персонала для оказания паллиативного ухода на дому:

- 1 должность медицинской сестры на 10-15 пациентов;
- 1 должность врача на 4-х работающих медицинских сестер;
- 1 должность социального ассистента на 20-30 пациентов;
- 1 должность психолога на 45-50 пациентов;
- 1 служитель культа на 60 пациентов.

Рекомендуемые нормативы персонала для учреждений с койками:

- 1 должность медицинской сестры на 5 пациентов в смену;
- 1 должность санитарки на 5 пациентов в смену;
- 1 должность врача на 10-15 пациентов;
- 1 должность социального ассистента;
- 1 служитель культа (возможен волонтер).

Вспомогательный персонал комплектуется в соответствии с нормативами каждой службы в зависимости от потребностей для обеспечения функционирования службы.

МЕНЕДЖМЕНТ ИНФОРМАЦИИ

Деятельность службы паллиативного ухода документируется и подлежит отчетности в установленном порядке по формам, определенным положением об организации и функции этой службы.

Участники службы паллиативного ухода обеспечивают полный, правильный, конкретный и конфиденциальный учет, ведение соответствующей документации об объеме оказанных услуг, независимо от места где оказана помощь больному.

Службы паллиативного ухода должны располагать письменным описанием политики в проведении паллиативного ухода, осуществляемых процедур, их содержании, безопасности и доступности клинического учета.

Документация об осуществленном паллиативном уходе должна содержать следующую информацию: паспортные данные, анамнез, исходная оценка (медицинская, социальная, духовная, нурсинг), учет проведенных мероприятий службой паллиативного ухода по всем профилям многопрофильной команды – от момента начала реализации программы вплоть до летального исхода, учет выданных лекарственных препаратов, другие манипуляции, включенные в процесс ухода, а также иная информация в соответствии с действующим законодательством.

Клинический раздел должен содержать резюме о снятии с учета (эпикриз) для каждого пациента, вышедшего из службы паллиативного ухода.

МЕНЕДЖМЕНТ ОРГАНИЗАЦИИ

Менеджмент службы паллиативного ухода обеспечивается органами, предусмотренными соответствующим уставом/регламентом данной организации.

Независимо от формы организации и юридического статуса по функционированию службы паллиативного ухода предпочтительно разграничение стратегической и исполнительской деятельности.

Все должности организации должны иметь функциональные обязанности и спецификацию квалификации.

Каждая служба паллиативного ухода должна разрабатывать внутренний регламент деятельности, включая перечень процедур.

Службы паллиативного ухода создаются и развертываются в соответствии с действующими нормативами и законодательством Республики Молдова.

КОНТРОЛЬ СИМПТОМОВ

С самого начала эпидемии ВИЧ/СПИД-инфекции было отмечено, что пациенты с ВИЧ/СПИДом часто страдают от болей и других симптомов. Природа этих симптомов может быть обусловлена не только собственно ВИЧ-инфекцией, но и оппортунистическими инфекциями, злокачественными опухолями, побочными действиями медикаментозных препаратов и рядом других сопутствующих состояний и заболеваний. В связи с этим, наиболее частым вмешательством по устранению симптомов может быть лечение болей и состояний, которые их определяют, лечение непосредственно инфекции ВИЧ, замена назначенных ранее препаратов на менее токсичные и/или симптоматическое лечение.

1. Лечение болей

Различают две категории болей – рецепторная и невропатическая.

Рецепторная боль является результатом раздражения болевых рецепторов и имеет две формы:

- Боль соматическая (появляется на коже, в мягких тканях, мышцах, костях);
- Боль висцеральная (появляется во внутренних органах, полостях).

Рецепторная боль, как правило, устраняется опиоидными или неопиоидными анальгетиками. У более 40% пациентов с ВИЧ/СПИД-инфекцией в терминальной стадии наблюдаются невропатические боли. Они обусловлены симметрическими дистальными полиневритами – нейропатиями аксонов, вероятно вызванными собственно ВИЧ-инфекцией. Для них характерны онемение, покалывание, жжение, чаще всего в области голеней и ступней. При невропатических болях назначают, как правило, опиоидные или неопиоидные анальгетики в комбинации со вспомогательными препаратами (адьювантами) – антидепрессантами и противосудорожными средствами. Кроме того, причиной невропатий с аналогичной симптоматикой со стороны голеней и ступней могут служить нейротоксические поражения в результате приема некоторых противовирусных препаратов, особенно Диданозина и Ставудина. В этих случаях замена препарата/препаратов, как правило (но не всегда) приводит к улучшению состояния.

Лечение следует начинать только после детального и систематического определения характера болей, включая установление их причин, типа, интенсивности, последствий и средств, приемлемых для их устранения.

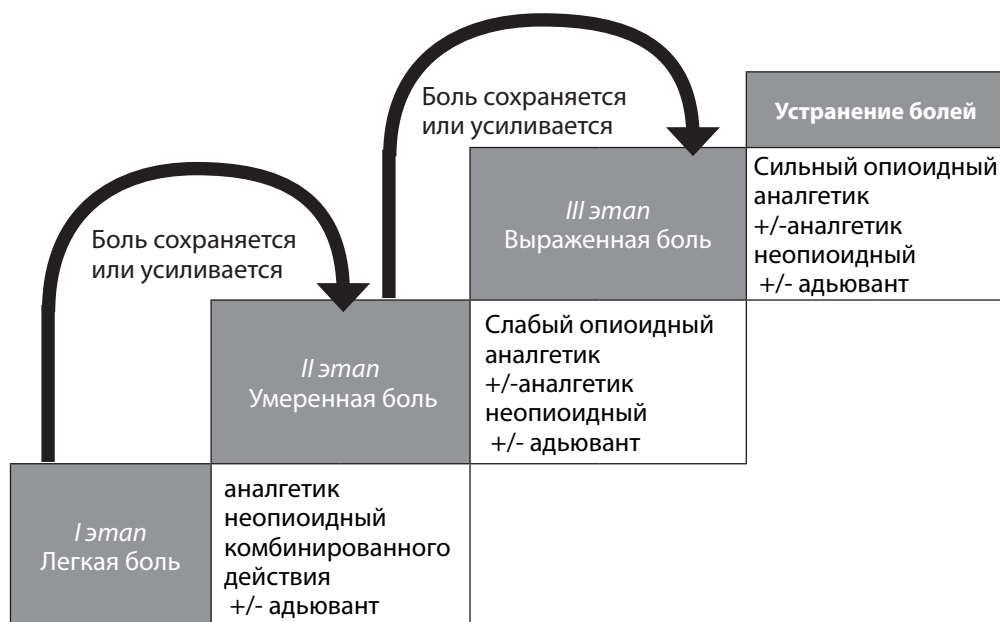
- Интенсивность болей, как правило, определяется по шкале из 10-ти пунктов, в которой 0 соответствует отсутствию болей, 10 – невыносимой

- Тип боли. Рецепторная боль, как правило, описывается как боль ноющая, глубокая, пульсирующая, боль невропатическая – как ощущение жжения, покалывание, онемение или в виде других неприятных ощущений. От типа боли зависит и выбор анальгетика, что особенно важно при подозрениях на невропатические боли.

- Утоление боли. Необходимо выявить условия и вмешательства которые могут уменьшить интенсивность боли или полностью устранить ее.

Хорошие результаты наблюдаются при последовательной терапии легкой, средней и сильной боли анальгетиками и дополнительными средствами. Начальные дозы анальгетиков и другие рекомендации представлены в таблице 1.

Лечение болей у пациентов с ВИЧ/СПИД-инфекцией, «шкала анальгезии» ВОЗ



Легкая боль - 1-3 пункта, умеренная боль- 4-6 пунктов, сильная боль – 7-10 пунктов.

Неопиоидные анальгетики: Парацетамол, Аспирин (Кислота ацетилсалициловая), Индометацин, Ибупрофен и др.

Анальгетики комбинированного действия - Трамадол

Слабые опиоидные анальгетики: Кодеин, Гидрокодон

Сильные опиоидные анальгетики: Морфин, Оксикодон, Метадон, Гидроморфон, Фентанил

Примечание: адьюванты эффективны при нейропатических болях.

Источник. Адаптировано в соответствии с материалами ВОЗ, 1990

Рекомендации по применению анальгетиков:

- По возможности следует применять анальгетики перорально или ректально (при условии, что у пациентов отсутствуют проявления проктита, абсцессов прямой кишки и других противопоказаний), в отдельных случаях при сильных болях анальгетики следует назначать внутримышечно, учитывая при этом, что сама инъекция может провоцировать боль. При необходимости и доступности сильные анальгетики можно вводить внутривенно или подкожно, особенно в условиях стационара и на дому.

- Схема обезболивания выбирается с учетом режима сна, избегая необходимости будить пациента для введения последующей дозы анальгетика.

- Последующая доза должна быть введена до истечения срока действия предыдущей.
- Рекомендуется начинать с небольших доз анальгетиков, постепенно повышая их до полного устранения болей.
- При обострении болей в последующие 4 часа дополнительно назначается анальгетик в дозе, составляющей 50-100% от предыдущей.
- Аспирин (Кислота ацетилсалициловая) может купировать легкую и среднюю боль, но вследствие возможного нарушения свертываемости крови у лиц ВИЧ-инфицированных, его следует назначать внимательно, особенно у пациентов с тяжелыми поражениями печени. Парацетамол также может провоцировать проблемы у пациентов с активными проявлениями нарушения функций печени, поэтому его следует назначать осторожно, суточная доза, как правило, не должна превышать 2 грамма.

Таблица 1

Лечение боли

Тип боли и лечение	Обычные дозы для начала лечения (взрослые)	Рекомендации
А. Медикаментозная терапия		
I этап – легкая боль		
Неопиоидные анальгетики	Парацетамол 500-1000 мг каждые 4-6 часов (введение ректально, суппозитории)	Доза не должна превышать 4 г/24 часа. При заболеваниях печени необходимо наблюдение. Токсичность зависит от дозы
	Ибупрофен 400 мг каждые 6 часов	Максимальная доза 2,4 г/24 часа. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями, нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать осторожно
	Аспирин (Кислота ацетилсалициловая), 325-500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов	Противопоказания: • Дети <12 лет • Желудочно-кишечные кровотечения • Нарушения свертываемости крови Пациентам с заболеваниями печени назначать осторожно.

II этап – умеренная боль		
Неопиоидные анальгетики	Парацетамол 500-1000 мг каждые 4-6 часов (ректально, суппозитории)	Доза не должна превышать 4г/24 часа. При заболеваниях печени необходимо наблюдение. Токсичность зависит от дозы
	Ибупрофен 400 мг каждые 6 часов	Максимальная доза 2,4 г/24 часа. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями, нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать осторожно
	Аспирин (Кислота ацетилсалициловая), 325-500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов	Противопоказания: • Дети <12 лет • Желудочно-кишечные кровотечения • Нарушения свертываемости крови Пациентам с заболеваниями печени назначать осторожно
Опиоидные анальгетики	Кодеин 25-50 мг каждые 4 часа. При отсутствии кодеина можно назначить Кислоту ацетилсалициловую или Парацетамол. Выпускаются комбинированные препараты с фиксированной дозой, содержащие 25-60 мг Кодеина и 325-500 мг Парацетамола или Кислоты ацетилсалициловой.	Суточная доза не должна превышать 180-240 мг/сутки из-за возможности появления запоров, если эта доза недостаточна, следует переходить на Морфин. Для предупреждения запоров назначаются слабительные, разжижающие каловые массы и усиливающие перистальтику кишечника. У потребителей наркотиков (ПИН) до назначения кодеина следует использовать нестероидный противовоспалительный препарат Ибупрофен. Необходимо учитывать, что может наблюдаться передозировка Кодеином и другими препаратами группы Морфина.
Анальгетики комбинированного действия	Трамадол 50-100 мг каждые 4-6 часов	

III этап – сильная боль		
Неопиоидные анальгетики	Парацетамол 500-1000 мг каждые 4-6 часов (суппозитории).	Доза не должна превышать 4 г/24 часа. При заболеваниях печени необходимо наблюдение. Токсичность зависит от дозы.
	Аспирин (Кислота ацетилсалициловая), 325-500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов.	Противопоказания: • Дети <12 лет • Желудочно-кишечные кровотечения • Нарушения свертываемости крови Пациентам с заболеваниями печени назначать осторожно.
Опиоидные анальгетики	Морфин перорально 10-20 мг 3-4 часа (таблетки или раствор). Морфин в/в или в/м 5-10 мг каждые 3-4 часа. Если боль сохраняется 24 часа, доза увеличивается на 50%. Доза не лимитирована. Оксикодон 5-10 мг каждые 4 часа. Если боль сохраняется 24 часа, доза может быть увеличена на 50%.	Если пероральный прием Морфина не приемлем, возможно введение ректально раствора Морфина для инъекций: 5 мг/5мл или 50 мг/5мл в зависимости от необходимости обезболивания и частоты дыхания (доза не лимитируется). Следует прекращать введение препарата при частоте ниже 6-ти дыханий минуту. В целях предупреждения запоров назначаются слабительные, разжижающие каловые массы и усиливающие перистальтику кишечника. У потребителей инъекционных наркотиков обезболивание проводится, как и у остальных пациентов, несколько более высокими дозами. Если пациент получает субститутивную терапию, ее необходимо продолжать установленными дозами и дополнить соответствующим анальгетиком. Необходимо иметь в виду возможность передозировки у таких пациентов Кодеином или Морфином.
В. Лечение болей в особых случаях		
Невропатическая боль	Использовать опиоидные анальгетики в комбинации с неопиоидными или без них в вариантах, представленных выше, плюс один из следующих адъювантов.	

Необычно сильные боли, ощущение парестезий Наиболее распространенные причины • Периферическая нейропатия, вызванная ВИЧ-инфекцией. • Герпетическая инфекция (Herpes Zoster)	Амитриптилин 25 мг на ночь (возможны побочные эффекты- астенция) или 12,5 мг 2 раза в сутки.	Ожидать эффекта в течение 2 недель, после чего постепенно увеличивать дозу до 50 мг на ночь или 25 мг 2 раза в сутки. Эффект устранения болей наступает не сразу, поэтому следует ожидать минимум 5 дней.
	Габапентин. Максимальная доза 4 г/24 часа на фоне АРВТ.	
	Карбамазепин 200-400 мг каждые 6 часов.	Следить за уровнем лейкоцитов и взаимодействием медикаментов.
	Клоназепам 0,5-1,0 мг 2-3 раза в сутки.	
Мышечные спазмы	Диазепам 5-10 мг 2-3 раза в сутки Тетразепам 50 мг в сутки, дозу можно увеличивать до 200 мг в сутки, разделив на 2 приема. Баклофен: начальная доза 5 мг 3 раза в сутки один раз в 3 дня, дозу можно увеличивать до 25 мг 3 раза в сутки.	У пациентов, потребителей инъекционных наркотиков, следует оценивать возможность передозировки психотропными препаратами. Назначать на короткий период (не более 6-8 недель).
Лечение в домашних условиях в терминальной стадии в случае: • Появления отека в зоне опухоли;	Дексаметазон 2-6 мг/сутки. Преднизолон 15-40 мг – 7 дней или в дозах, назначенных специалистом	Приемлемо назначать в терминальных стадиях, улучшает аппетит, общее состояние. Снижать дозу до возможного минимума. Если в течение 3-х недель отсутствует эффект, препарат отменяется.

• Кандидоз пищевода с изъязвлениями, нарушением акта глотания; • Сдавления нервов; • Головных болей при повышении внутричерепного давления.		Дексаметазон порядка в 7 раз сильнее Преднизолона. Если есть необходимость применять Преднизолон, его доза должна быть в 7 раз выше дозы Дексаметазона. При применении глюкокортикоидов возможно развитие кандидоза.
Колики желудочно-кишечные	Бутилскополамин 10-20 мг 3-5 раз в сутки	При в/в применении эффект несколько выше, чем при пероральном. В/в доза равна пероральной. Начинать следует с внутривенного введения и в случае устойчивого эффекта продолжать пероральное применение. При устойчивом эффекте переходить на внутривенное введение только в кризисных ситуациях при острых болях.
	Кодеин 30 мг каждые 4 часа	Может провоцировать запоры и ухудшение состояния у пациентов, принимающих наркотики. У этой категории пациентов следует воздержаться от применения вследствие риска передозировки Кодеина и других препаратов на основе Морфина.
	Тримебутин 100-200 мг 3 раза в сутки перед едой	
С. Немедикаментозная терапия		
Психологическая, духовная поддержка, консультирование как дополнение к медикаментозному лечению		Боли переносятся тяжелее если они ассоциированы с депрессией, ощущением вины, страхом смерти, тревогой, беспокойством. Обсуждая с пациентом ситуацию, можно помочь ему избежать и устранить страх, беспокойство, тревогу.
Техника релаксации , включая физическую (массаж) и когнитивную (прослушивание музыки)		Противопоказаны при депрессии и тяжелом психозе

- Одновременно может быть назначен один опиоидный анальгетик и один неопиоидный, каждые 4 часа, Кислота ацетилсалициловая в комбинации с Парацетамолом, составляя график так, чтобы пациент получал один из этих препаратов каждые 2 часа.
- Если боли купируются, необходимо сразу же уменьшить дозу. Дозу также необходимо уменьшить, если пациент получал препарат на протяжении 2-х недель. Дозу следует снижать постепенно.
- Морфин и Оксикодон, как правило назначают в пролонгированных формах (с медленным, пролонгированным метаболизмом). Выше приведенные рекомендации относятся к острым болям, при которых следует применять препараты с быстрым действием, с переходом на препараты с пролонгированным действием.
- Морфин и другие опиоиды часто дают побочные эффекты, которые можно легко предупредить или устранить с помощью коррекции доз или других простых мер, приведенных в таблице 2. Многие симптомы со временем исчезают самостоятельно. Если же симптомы сохраняются, следует переходить на другой опиоидный анальгетик.

Таблица 2

Тактика действий в случае развития побочных реакций на Морфин и другие опиоиды

Побочные реакции	Лечение
Запоры	Увеличение количества жидкостей и клетчатки в рационе, использование фруктов, овощей, продуктов из зерновых. Наряду с опиоидами назначаются: слабительные смягчающие и смазывающие (Докусат 200-800мг/сутки) плюс препараты, стимулирующие перистальтику (препараты сенны 2-4 таблетки по 7,5- 8,6 мг в сутки). При отсутствии результата рацион дополняется Лактулозой 10-20мл 3 раза в сутки. При отсутствии эффекта назначается Бисакодил 5-15мг в таблетках или ректально в виде суппозиторий. Для профилактики запоров применяют один или несколько вышеприведенных препаратов (если у пациента не наблюдается хроническая диарея).
Тошнота и/или рвота	Назначать противорвотные препараты. Как правило, тошнота и рвота проходят через несколько дней, при отсутствии эффекта возможно повторное назначение противорвотных препаратов.

Угнетение дыхания (развивается редко, если доза Морфина увеличивается постепенно)	Если частота дыхания > 6-8 в минуту, лечение, как правило, не назначается. При значительном ухудшении дыхания следует отменить следующую дозу, а в последующем снижать дозу на ½.
Затемнение сознания, сонливость (вызываются опиоидами)	Как правило, развивается в начале лечения или при увеличении дозы. Продолжается несколько дней. Может развиваться у пациентов с почечной недостаточностью в терминальной стадии заболевания. Следует уменьшать дозу на ½ и увеличить интервал между приемами препарата.
Миоклонус (в случае выраженности и проявлением в течение дня)	Вероятно доза препарата высокая, следует ее уменьшить или адаптировать схему альтернативными дозами, назначением двух опиоидных препаратов. Оценить повторно интенсивность болей и лечение; при некоторых видах болей Морфин неэффективен и недостаточен.
Сонливость	Продолжительный сон может свидетельствовать об истощении в результате болезни и длительных болей. Если патологическая сонливость сохраняется более 2-х дней, следует уменьшить дозу вдвое.

Примечание. Уменьшение дозы Морфина после устранения побочных реакций зависит от продолжительности приема. Если Морфин вводился непродолжительное время, аннулируется назначение немедленно или резко снижается доза. Если Морфин вводился более двух недель, доза уменьшается постепенно, при этом следует наблюдать за возможным появлением симптомов отмены и абстиненции.

Таблица 3

Инструкция для членов семьи и социальных работников по введению Морфина перорально

Цель	Инструкции
• Обучение членов семьи и социальных работников приемам введения малых доз Морфина внутрь с помощью шприцев и что нужно сделать в случае побочных реакций	• Морфин для внутреннего применения представляет препарат с сильным обезбаливающим эффектом и может назначаться только медицинским работником. • Для введения Морфина пациенту внутрь: ▷ Влейте небольшое количество раствора в стакан или кружку; ▷ Возьмите точную дозу раствора с помощью шприца (ориентируйтесь по показаниям на шприце);

	► Вылейте раствор из шприца (без иглы!) в рот пациенту. • Вводите аналогично назначенную дозу каждые 4 часа, не ожидая появления болей. • Введите двойную дозу на ночь. • Если боли усиливаются или появляются до введения очередной дозы, введите дополнительную дозу с оповещением об этом медицинского работника. возможно следует увеличить дозу препарата. • Тошнота, как правило, проходит самостоятельно через несколько дней приема Морфина и больше не появляется. • Запоры: профилактика запоров показана всем пациентам, за исключением страдающих от хронической диареи. Препараты для профилактики запоров указаны в таблице 2. • Сухость во рту: нужно пить воду мелкими глотками. • Сонливость, как правило, проходит через несколько дней. Если она сохраняется, следует уменьшить дозу Морфина на половину и оповестить об этом медицинского работника. • Потливость и мышечные спазмы: обращаться к медицинскому работнику.
--	---

Таблица 4

Инструкция для членов семьи и социальных работников по введению анальгетиков

Цель	Инструкции
Обучить членов семьи и социальных работников как следует вводить анальгетики	• Разъясните, что важно правильно вводить анальгетики перорально по часам, а не ожидая появления болей. • Подчеркните, что пациент должен принимать последующую дозу до истечения действия предыдущей. • Напишите конкретную инструкцию.
Обучить членов семьи и социальных работников дополнительным методам утоления боли	Обсудите дополнительные методы уменьшения боли: • Психологическая поддержка; • Физические методы (поглаживания, вибрация), холодные или теплые компрессы, глубокое дыхание; • Когнитивные методы: прослушивание музыки, просмотр телепередач и др.; • Духовная поддержка, медитация, молитвы (обратить внимание на религиозные чувства пациента).

2. Лечение других симптомов

Практически у всех пациентов с ВИЧ-инфекцией могут развиваться различные симптомы со стороны любой системы и органа. Эти симптомы могут быть следствием оппортунистических инфекций, сопутствующих заболеваний и собственно ВИЧ-инфекции, а также побочными реакциями на медицинские препараты.

В разных странах отмечено значительное распространение следующих симптомов у пациентов со СПИДом (таблица 5). Отдельные симптомы чрезвычайно распространены, их причины и возможные специфические паллиативные приемы устранения приведены в таблице 6. В таблицах 7-26 симптоматическое лечение приведено более детально с инструкциями, которые весьма приемлемы при уходе на дому. По возможности следует устранять причину симптома (к примеру, лечение хронических криптококковых менингитов, провоцирующих появление головных болей), но нередко и симптоматическое лечение имеет не менее важное значение (к примеру, Лоперамид или Кодеин в случаях хронических диаррей без установления конкретного этиологического агента).

Таблица 5

Частота различных симптомов у пациентов со СПИДом

Симптомы	Распространенность
Астения, упадок сил	5%
Потеря веса	91%
Боли	76%
Анорексия	51%
Беспокойства	40%
Бессонница	50%
Кашель	60%
Тошнота и рвота	43%
Одышка, симптомы нарушения дыхания	48%
Депрессия, уныние	40%
Диаррея	32%
Запоры	10-29%

Источник. Материалы обследования больных СПИДом в поздних стадиях, 1990—2002 годы, Selwyn & Forstein, 2003.

**Симптомы встречающиеся у больных СПИДом,
специфические и симптоматические методы лечения**

Тип симптомов	Симптомы	Возможные причины	Специфическое лечение	Симптоматическое лечение
Желудочно-кишечные	Запоры	Дегидратация	Введение жидкостей	Физические упражнения, диета. Профилактика запоров на фоне лечения пациентов опиоидными анальгетиками. <i>Слабительные средства</i> размягчающие каловые массы: • Активные на поверхности (Докусат); • Активные в объемах (зерновые, Метилцеллюлоза); • Осмотические слабительные (Лактулоза, Макрогол, Сорбитол); • Солевые слабительные (Гидроокись магния). Стимуляторы разжижения в кишечнике: • Антрагликозиды (Сена), • Дифенилметаны (Бисакодил).
		Злокачественные опухоли	Химио- и радиотерапия	
		Блокада опиоидами	Коррекция лечения	
Респираторные	Одышка	Пневмоцистная пневмония	Ко-тримоксазол, Триметоприм/Сульфаметоксазол, Пентамидин, Атовагун, и др.	Использовать вентиляторы, открытие окон, применять кислород, опиоиды, бронходилататоры, Метилксантины, Бензодиазепин (Лорозепам)
		Бактериальная пневмония	Антибиотики	

		Анемия	Эритропоэтики, гемотрансфузии	
		Легочная недостаточность, обструкция дыхательных путей, атония мышечной мускулатуры	Дренажи, Лучевая терапия, хирургические вмешательства	
	Кашель	Пневмоцистная пневмония	Антимикробные препараты	Препараты против кашля (Декстрометорфан, Кодеин, другие опиоиды). Средства, уменьшающие застой в легких.
		Туберкулез	Антитуберкулезная химиотерапия	
	Гиперсекреция («клокочущее дыхание»)	Перераспределение жидкостей, интенсивный кашель, септицемия, пневмония	Антибиотики по показаниям	Атропин, Гиосцин, Скополамин (накожно или подкожно), Гликопирлат, ограничение потребления жидкостей. Отмена инфузионной терапии.
Дерматологические	Ксеродермия	Дегидратация	Применение жидкостей	Кремы с салицилатами, гидратирующие мази.
		Терминальная стадия почечной недостаточности	Диализ	
		Терминальная стадия печеночной недостаточности, истощение	Поддержка питанием	

	Зуд	Грибковые инфекции	Антимикотические препараты	Местно (Ментол, Фенол, Каламин, Капсаицин) Антигистаминные (Гидроксизин, Цетиризин, Дифенгидрамин) Глюкокортикоиды Антидепрессанты Транквилизаторы
		Дегидратация в финальной стадии печеночной недостаточности	Применение жидкостей	
		Эозинофильные фолликулиты	Стероиды и глюкокортикоиды, антимикотические препараты	
	Струпы, пролежни	Некорректное питание. Снижение активности. Длительный постельный режим.	Корректировка питания. Физическая активность.	Профилактика (режим питания, двигательная активность, уход за кожей). Предохранение раневых поверхностей (полупроницающие пленки, гидроколоидные повязки). Обработка, устранение омертвевших тканей (изотонический раствор NaCl, ферменты, обезболивающие).
Неврологические и психические	Делирий /возбуждение	Нарушение электролитного баланса, дегидратация	Коррекция дегидратации, введение жидкостей	Нейролептики (Галоперидол, Рисперидон, Хлорпромазин). Бензодиазепины (Лоразепам, Мидазолам)
		Токсоплазмоз, криптококковый менингит	Сульфадiazин, Пириметамин, антимикотические препараты	

		Септице- мия	Антибиотики	
	Демен- ция	Деменци- альный синдром СПИДа	АРВТ	Психостимуляторы (Метилфе- нидат, Дексамфетамин). Малые дозы нейролептиков (Галоперидол)
	Депрес- сия	Хрониче- ские за- болевания, реактивная депрессия, тяжелая депрессия	Антидепрес- санты, ин- гибиторы селективно- го восстано- вления серо- тонина	Психостимуляторы (Метилфе- нидат, Дексамфетамин). Глюкокортикостероиды (Преднизолон, Дексаметазон).

3. Тактика в случае потери веса

Таблица 7

Тактика действий в случае потери веса

Клинические проявления	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Общая потеря веса	Убедить пациента в необходимости питания, но при этом не настаивать и не принуждать, т.к. это может провоцировать рвоту. Рекомендуются частые приемы пищи небольшими порциями, предлагать продукты, предпочитаемые пациентом.	Установить причины падения веса (опухоли, кандидоз пищевода, туберкулез, инфекции, вызванные атипичными микобактериями, колиты цитомегаловирусной или криптококковой этиологии и др.). Готовить пищу в отсутствие пациента. Разрешать пациенту самому выбирать продукты и блюда, которые ему предлагают. Принимать во внимание, что по мере прогрессирования болезни пациент будет есть все меньше и меньше. Обращаться к врачу, если пациент резко теряет в весе, постоянно отказывается от пищи или не может глотать.

Анорексия и выявленная утомляемость	Преднизолон 5-15 мг в сутки в течение 6-ти недель	Для стимуляции аппетита
Тошнота и рвота	Противорвотные препараты (см. таблицу 9)	Обеспечить частые приемы пищи, малыми порциями, предлагать продукты, предпочитаемые пациентом, не настаивать в приеме пищи
Кандидозный стоматит Или изъязвления ротовой полости	См. таблицу 10	
Диаррея	См. таблицу 13	

4. Тактика действий при ознобе

Ознобы могут возникать как реакция на АРВТ препараты (см. таблицу 11).

Таблица 8

Тактика действий в случае появления ознобов

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Ознобы	Установить причину, лечить. Парацетамол или Кислота ацетилсалициловая каждые 4 часа (не более 8-ми таблеток в сутки). Обеспечить адекватное количество жидкостей.	Обеспечить пациенту обильное питье: воду, чай, фруктовые соки. Физические методы, к примеру, холодные компрессы

5. Тактика действий при появлении тошноты и рвоты

Тошнота и рвота, неприятные ощущения в области живота могут быть проявлениями побочных реакций АРВТ или препаратов, которые применяются для лечения оппортунистических болезней (см. таблицу 11).

Тактика действий при появлении тошноты и рвоты

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Тошнота и рвота	Метохлорпрамид 10 мг каждые 4-8 часов. Галоперидол 1-2 мг, 1-2 раза в сутки. Хлорпромазин 25-50 мг каждые 6-12 часов. Циклизин 50 мг до 4-х раз в сутки. Гидроксизин 25-50 мг 3-4 раза в сутки. Ондансетрон 8 мг 1-2 раза в сутки.	Предлагать пациенту продукты (из числа предпочитаемых), которые не могут провоцировать тошноту. Давать пищу и питье часто, малыми порциями и медленно. Обращаться к медицинскому работнику если: • Рвота продолжается более 1 дня; • Отмечается сухость языка; • Наблюдается незначительное выделение мочи; • Появились боли в животе.

6. Тактика действий при появлении изъязвлений в полости рта и болей при глотании

Причинами изъязвлений в полости рта и болей при глотании могут быть стоматиты и эзофагиты, вызванные цитомегаловирусной, герпетической и кандидозной инфекциями.

Тактика действий при появлении изъязвлений в полости рта и болей при глотании

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Обычное состояние		Мягкой зубной щеткой удалять налеты и отложения на зубах, деснах, языке, небе
Кандидозный стоматит	Миконазол, под язык 1 таблетка в день, в течение 7-ми дней. В тяжелых случаях и неэффективности Миконазола применяется Флуконазол в начале ударная доза 200 мг (в первый день), в последующие дни – поддерживающая доза 100 мг в сутки в течение 10-14 дней или вплоть до исчезновения симптомов	Боль может быть снята местным применением анальгетиков. Растворить 2 таблетки Кислоты ацетилсалициловой в стакане воды и полоскать рот не менее 4-х раз в сутки. При необходимости применяются анальгетики (таблица 1). Удалять остатки пищи ватным тампоном, смоченным в солевом растворе. Мягкие и жидкие продукты меньше провоцируют дискомфорт. Пациент легче глотает жидкие или измельченные продукты. Не следует кормить пациента чрезмерно горячей пищей.

Афтозный стоматит	Нанесение измельченной таблетки Преднизолона на язык. Использовать раствор Дексаметазона для полоскания полости рта. Нанесение крема Триамценолона на изъязвления.	
Герпес	Ацикловир 400 мг внутрь 5 раз в сутки	
Неприятный запах изо рта (halena), обусловленный раком слизистой оболочки или другими поражениями полости рта	Метронидазол: измельчить 2 таблетки, растворить в воде и применять для полоскания полости рта	

7. Тактика действий при появлении сухости во рту

Таблица 11

Тактика действий при ксеростомии (сухости во рту)

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Сухость во рту	Пересмотреть назначения, сухость может быть результатом побочного действия применяемых препаратов	Пить жидкость мелкими глотками. Регулярно смачивать полость рта водой. Давать кусочки фруктов (к примеру апельсин не рекомендуется при изъязвлениях полости рта).
Выраженная гипосаливация	Обращаться к стоматологу	

8. Тактика действий при появлении иканий

Таблица 12

Тактика действий при появлении иканий

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Икания обычные или связанные с кандидозными стоматитами	Флуконазол 100 мг в сутки, в тяжелых случаях 200 мг в первые сутки, в последующие – 100 мг до исчезновения симптомов (лечение стоматитов)	Вначале попытаться купировать икания следующими приемами (стимулируют полость рта): • Проглотить быстро 2 чайные ложки сахара; • Выпить холодной воды; • Съесть кусочки измельченного льда; • Промассировать небо чистой салфеткой (по направлению к мягкому небу).
Расширение желудка в развитой стадии рака	Симетикон до 100 мг 3 раза в сутки (уменьшает метеоризм)	
В случае неэффективности Симетикона и рецидивов иканий	Меохлорпрамид (1-2 таблетки по 10 мг, 3-4 раза в сутки). Галоперидол (от четверти до 1 таблетки 5 мг, 1-3 раза в сутки).	
Опухоли головного мозга	Противоэпилептические препараты	

9. Тактика действий при появлении диарреи

Диаррея может быть результатом побочных реакций препаратов АРВТ, а также проявлением колитов, вызванных цитомегаловирусом, криптококкозом, микроспоридиозом, лямблиозом, другими инфекциями, саркомой Капоши, другими болезнями.

Тактика действий при появлении диарреи

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Диаррея	Увеличить количество жидкостей в рационе для уменьшения и предупреждения дегидратации. Использовать растворы для оральной регидратации. Назначить лечебное питание. Если стул не содержит примесей крови, у пациента отсутствует лихорадка, (при возрасте свыше 5-ти лет) следует применять антидиаррейные препараты. Лоперамид в дозе 4 мг в начале, в последующем 2 мг при каждом акте дефекации с жидким стулом (максимум 12 мг в сутки, отдельные пациенты могут нуждаться и в более высоких дозах). Или (если эти препараты разрешены официально) • Кодеин 10 мг 3 раза в сутки (до 60 мг каждые 4 часа). • Морфин внутрь 2,5-5 мг каждые 4 часа (в случае упорной диарреи)	Обильное потребление жидкости для восстановления потерь воды (употреблять часто, но небольшими порциями). Увеличить количество пищи, давать пищу небольшими порциями, рекомендуются рисовые протертые супы, растворы для оральной регидратации, бананы, исключить молоко, шоколад. Специальный уход за кожей периаанальной области: • После каждого акта дефекации использовать мягкую гигиеническую бумагу; • Промывать перианальную область водой с мылом 3 раза в день; • В случае болей при дефекации смазывать перианальную область вазелином. Обращаться за помощью к медицинскому персоналу при: • Рвоте и лихорадке; • Крови в каловых массах; • Диарреей продолжительностью более 5-ти дней; • Усилении слабости; • Изъязвлений в перианальной области.
Боли в перианальной области	Аналгезирующая мазь и вазелин для смазывания кожи	
Недержание стула	Вазелин для защиты кожи в перианальной области.	

10. Оценка степени дегидратации у взрослых

У пациентов с хронической диарреей необходимо внимательно следить за признаками дегидратации.

Оценка степени дегидратации у взрослых

Клинические признаки	Дегидратация		
	Легкая	Умеренная	Тяжелая
Общее состояние	Слабость	Слабость	Беспокойство, тревога, вспыльчивость, кожа холодная, потливость, периферический цианоз
Пульс	Нормальный	Невыраженная тахикардия	Частый, слабый
Дыхание	Нормальное	Нормальное	Частое, поверхностное
Тургор тканей	Нормальный	Легкое распрямление кожных складок	Сильное распрямление кожных складок
Глаза	Нормальные	Запавшие	Глубоко запавшие
Слизистые оболочки	Склонность к сухости	Сухие	Очень сухие
Диурез	Нормальный, моча темно-окрашенная	Снижен; моча интенсивно темная	Анурия; мочевого пузыря пуст

11. Тактика действий в случае запоров более 2-х дней

Лечение запоров продолжительностью более 2-х дней

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Застой каловых масс	Провести пальцевое исследование прямой кишки, удалить каловые массы.	Потребление жидкостей в больших объемах. Включать в рацион фрукты (в т.ч. сухофрукты) и овощи, отруби, мягкие продукты.
Другие типы запоров	Ввести препараты, смягчающие и разжижающие фекальные массы или способствующие увеличению массы содержимого кишечника:	Выпить столовую ложку растительного масла перед завтраком.

	• Вначале послабляющее в виде отрубей 4 раза в день, или семена одуванчика 2-3 чайных ложки растворить в воде или соке, пить 3 раза в день; • Лактулоза, 10-20 мл 3 раза в сутки; • Бисакодил 5-15 мг на ночь; • Сена, начинать с 2-х таблеток (7,5-8,6 мг) 3 раза в сутки по 2 таблетки каждые 4 часа. <i>Примечание.</i> При назначении опиоидов, особенно Морфина или Кодеина, постоянно назначать средства, размягчающие каловые массы, а также способствующие усилению перистальтики.	Осторожно вводить в прямую кишку вазелин, кусочек мыла. Для этой процедуры и в случае иных контактов с потенциально инфицированным материалом, использовать перчатки.
--	--	---

12. Тактика действий в случае недержания мочи и фекалий

Таблица 16

Тактика действий в случае недержания мочи и фекалий

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Недержание мочи или фекалий	• Исключить неврологические причины (токсоплазмоз головного мозга и другие оппортунистические инфекции). • У мужчин: использовать мочеприемник, презерватив или катетер. • У женщин: попытаться катетеризировать. • Для мужчин и женщин: использовать памперсы. • Лоперамид для получения густых каловых масс (таблица 13).	• Менять регулярно белье и памперсы. • Содержать кожу сухой и чистой, при необходимости накладывать защитные мази.

13. Тактика действий в случае зуда

Зуд различной интенсивности может быть результатом побочных действий на препараты АРВТ.

Тактика действий в случае зуда

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Чесотка, дерматиты, зуд, экзема, дерматомикозы, ксеродермия, псориаз, желтуха	Определить, является ли зуд результатом побочных действий на препараты АРВТ. <i>Общие меры:</i> Кремы, которые содержат стероиды, могут использоваться в случае отеков, если они не обусловлены инфекцией (бактериальной, микозами или вирусами). <i>Антигистаминные препараты:</i> ▷ Хлорфенамин (4-5 мг 2 раза в сутки), Цетиризин 10 мг 1 раз в сутки; ▷ Гидроксизин 25-50 мг 3 раза в сутки. • При кожных инфекциях: после ванны промыть кожу 0,05% Хлоргексидином. • Если зуд сопровождается механической желтухой, можно применить Преднизолон (20 мг один раз в сутки, Галоперидол 2 мг один раз в сутки). При экземе показано мытье без мыла и высушивание кожи. На короткий срок могут быть назначены стероиды местно (не использовать на коже лица). • При дерматомикозах использовать мазь Витфилд (Witfild) - бензойная кислота 12% + салициловая кислота 6% или другой антимикотический крем. При массивных поражениях применять Флуконазол (в первый день 200 мг, в дальнейшем 100 мг один раз в сутки). Лечение чесотки, даже при отсутствии типичных проявлений, проводится с применением Ивермектина (200 мг/кг одной дозой). • При псориазе наносить на пораженные участки мазь, содержащую деготь 5% и кислоту салициловую 2%, показаны солнечные ванны 30-60 минут в сутки.	Уменьшению зуда способствуют: • Нанесение вазелина на зудящие участки; • Добавление растительного масла (1 ложка на 5 литров воды) в воду для купания; • Обработка кожи после ванны раствором Хлоргексидина (1 чайная ложка на 1 литр воды) • Теплые ванны. Если появляются болезненные везикулы или массивные поражения, возможно инфекционной природы, обращаться к специалисту.

14. Тактика действий в случае появления пролежней

Таблица 18

Тактика действий в случае появления пролежней

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Признаки инфекции	Уход за кожей в целях предупреждения пролежней обязателен для всех пациентов. • Санировать все очаги инфекции. • Если кожа гиперемирована, болезненна, горячая на ощупь, появляется гной, корки, отмечается температура, другие признаки генерализованной или распространенной инфекции, пациента следует госпитализировать и назначить антибиотики в/в, в/м или внутрь (Цефалексин или Диклоксацилин). • Применить Цефалексин или Диклоксацилин 500-1000 мг 4 раза в сутки при наличии одного из признаков: ▷ Размер пораженного участка превышает 4 см; ▷ Красные пятна; ▷ Болезненные узлы; ▷ Более 6 абсцессов. • При флюктуации дренировать абсцесс, приподнять конечность, наблюдать в последующие дни. • Если кожа гиперемирована, болезненна, горячая на ощупь, но отсутствуют иные симптомы, промыть пораженный участок антисептиком, при флюктуации дренировать абсцесс, обследовать на следующие сутки. • Опухоли или изъязвления с неприятным запахом: нанести на пораженные участки порошок Метронидазола (измельчить таблетку).	Следующие меры помогут уменьшить боли, ускорят заживление пролежней: • Небольшие пораженные участки промыть солевым раствором и высушить; • Если поражение неглубокое, оставить рану открытой; • При болях применять анальгетики: Кислоту ацетилсалициловую, Парацетамол; • Глубокие массивные пролежни внимательно очистить и наложить легкую чистую повязку для ускорения заживления; • При любом изменении цвета кожи или прогрессирования пролежней обращаться к медицинскому работнику. <i>Профилактика пролежней у пациентов с ВИЧ-инфекцией, прикованных к постели:</i> • По возможности периодически усаживать пациента в кресло; • Менять положение пациента в постели (по возможности каждые 1-2 часа), для фиксации положения использовать подушки и подкладные круги; • После ванны тщательно удалить влагу мягким полотенцем; • Обработать кожу кремом с ланолином, косметическим или растительным маслом; • Промассировать спину, голени, локти, используя вазелин; • Если пациент страдает недержанием кала и мочи, нанести защитный слой вазелина на кожу спины, голени, локтей; • Поддерживать пациента при пользовании горшком, избегая травмы и загрязнения постельного белья. <i>Постель:</i> • Постельное белье должно быть чистым и сухим. • Под пациента следует стелить мягкую ткань, к примеру, мягкое полотенце. • Если пациент страдает недержанием мочи и кала, следует застелить пленку под простыню, чтобы матрас оставался сухим.

15. Тактика действий в случае появления психических расстройств

Психическое здоровье пациентов с ВИЧ-инфекцией требует особого внимания. Исследования показывают, что эти лица страдают депрессией, хуже соблюдают режим приема медикаментов АРВТ, а лечение депрессии улучшает приверженность к терапии.

Психические расстройства у пациентов с ВИЧ-инфекцией могут развиваться независимо от инфекции, быть проявлениями других заболеваний и органических поражений, или реакцией на известие о факте диагностики ВИЧ-инфекции и возможные последствия этого (стигматизация, ухудшение состояния здоровья).

Состояния беспокойства включают различные варианты проявлений. Беспокойство, тревога могут быть нормальной реакцией, проявлением других заболеваний (к примеру, депрессии, тиреотоксикоз) или самостоятельной патологией. Вариации последней – выраженное и длительное беспокойство (беспокойство невротического характера), беспокойство в определенных ситуациях, вызванное некоторыми событиями (посттравматический стресс, фобии), или в виде непредвиденных вспышек беспокойства (паника) Любое из этих расстройств могут проявляться как в легких, так и весьма тяжелых формах.

Таблица 19

Тактика действий в случае появления тревоги

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Беспокойство, тревога	Обсуждение способа преодоления беспокойства в соответствии с конкретной ситуацией, обучение приемам релаксации, выслушивание с вниманием и оказание моральной поддержки. Желательно научить пациента побеждать беспокойство, используя принципы когнитивно-поведенческой психотерапии или, если возможно, направить пациента к специалисту, что предпочтительнее. Поведенческая психотерапия после короткого сеанса у психотерапевта или психоневролога выявляет причины и признаки беспокойства а также способствует накоплению привычек и навыков его преодоления.	

	Использование ингибиторов накопления серотонина в качестве препаратов первой линии – Циталопрам 10 мг один раз в сутки в первую неделю, в последующем увеличение дозы до 20 мг и выше (максимальная доза 60 мг в сутки) в течение нескольких недель. Бензодиазепины могут быстро снять тревогу, беспокойство, но с учетом развития устойчивости и зависимости, эти препараты следует применять не более 2-4 недель. Могут также использоваться ингибиторы восстановления серотонина для устранения симптоматики в этот период.	Помощь в случае тревоги, беспокойства: • Найти время, выслушать пациента внимательно; • Обсудить проблему, соблюдая конфиденциальность; • Прослушивание легкой музыки способствует релаксации пациента; • Направление пациента в группу поддержки; • При нарастании беспокойства и депрессии, направлять пациента к врачу.
Расстройства в виде паники	Следует использовать препараты - ингибиторы выборочного, селективного восстановления серотонина. • Если они противопоказаны или неэффективны, следует использовать Кломипрамин (в начале в дозе 25 мг однократно в сутки в течение 2 недель, в последующем увеличивать дозу до 100-150 мг в сутки). • С целью помочь пациенту справиться с различными проявлениями паники, следует применять принципы поведенческой психотерапии, рекомендовать пациенту получить курс такой терапии у специалиста.	
Фобии	Могут быть показаны ингибиторы выборочного, селективного восстановления серотонина. Важную роль играет когнитивно-поведенческая психотерапия, например, постепенное повышение выраженности возбудителя.	

16. Тактика действий в случае расстройства сна

Бессонница является расстройством сна или его поддержания. Отмечаются расстройства засыпания, ночные или ранние пробуждения. Нередко бессонница является симптомом психических или физических расстройств и может быть обусловлена:

- болями;
- беспокойством, тревогой;
- депрессией;
- синдромом абстиненции (к примеру, связанным с потреблением алкоголя, диазепама или героина).

Бессонница, ночные кошмары или сонливость могут быть также побочными реакциями антиретровирусных препаратов, в частности Эфавиренца (Efavirenz).

Таблица 20

Тактика действий в случае бессонницы

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Бессонница	Установить конкретную причину (депрессия, беспокойство, тревога, боли, мании, синдром абстиненции) и провести причинную терапию. При отсутствии конкретных указанных причин, для нормализации сна рекомендуется: • Физическая активность днем, релаксация (медитация, прослушивание тихой музыки); уход ко сну и подъем в одно и то же время; • Не спать днем, не употреблять кофе и алкоголь, особенно перед сном. Если в течение 20 минут не удастся уснуть, нужно подняться с постели и заняться чем-то приятным. Отдельным пациентам может быть назначен краткосрочный курс бензодиазепинов (к примеру, Темазепама 5-10 мг на ночь) других препаратов (Зопиклон 3,75-7,5 мг) за 10 минут перед сном. Назначение снотворных должно быть продолжительностью не более 3-4-х недель во избежание устойчивости и зависимости. В редких случаях можно продолжить курс, учитывая тот факт, что после отмены препарата может наступить стойкая бессонница, дозы следует постепенно уменьшать.	Обсудить с пациентом проблемы, которые его беспокоят, которые мешают ему уснуть, успокоить пациента. По возможности обеспечить тишину во время сна. Не давать на ночь крепкий чай и кофе.

17. Тактика действий в случае эмоциональных расстройств

17.1. Депрессия

Симптомы депрессии:

- Отсутствие настроения, упадок сил, снижение активности, утрата способности получать удовольствие;
- Потеря интереса, расстройство и потеря возможности концентрации внимания, быстрая утомляемость;
- Расстройства сна и снижение аппетита;
- Снижение самооценки и уверенности в себе (даже в легкой форме депрессии), самообвинение и признание собственной непригодности.

Нарушение настроения поддерживается изо дня в день, независимо от окружающей обстановки и может сопровождаться так называемыми соматическими симптомами, в частности, ранним просыпанием, резким угнетением, вспыльчивостью, анорексией, потерей веса, угнетением либидо.

Таблица 21

Тактика действий в случае депрессии

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Депрессия	• Оценить и классифицировать депрессию: риск суицида, депрессия сильная или слабая, сложная реакция на утрату или другие тяжелые события в жизни и т.д. • Обсудить лечение с психиатром. • Исключить побочные реакции препаратов, в частности Эфавиренца (Efavirenz).	Обеспечить консультирование и поддержку. Обратить внимание членов семьи и друзей, направить пациента в группу поддержки лиц, живущих с ВИЧ-инфекцией или другие группы поддержки при религиозных организациях. Лиц с попытками суицида не оставлять без внимания и надзора: • Беседы; • Помощь в нормализации сна; • Постоянно наблюдать.
Эпизод легкой депрессии Как правило, наблюдаются 2-3 симптома из вышеприведенных. Пациент апатичен, но в целом в состоянии выполнять обычные формы деятельности.	Не рекомендуются антидепрессанты, важен надзор и наблюдение, решение проблем, физическая активность.	

Эпизод умеренной депрессии Как правило, наблюдаются 4 и более признаков из описанных выше, пациент с трудом выполняет обычные виды деятельности	В случае единичного эпизода депрессии лечение продолжается 4-6 месяцев, при повторных – более длительный период. <i>Препараты первой линии.</i> Селективные ингибиторы восстановления серотонина, в частности Циталопрам 10-20 мг. в сутки. Доза может быть увеличена до 60 мг в сутки в течение нескольких недель. Постоянно применять минимально эффективную дозу. В начальном периоде терапии ингибиторами восстановления серотонина следует внимательно наблюдать за пациентом, т.к. возможны побочные реакции: тревога, беспокойство, попытки суицида. Многие пациенты, живущие с ВИЧ-инфекцией, считают снижение либидо неприемлемым побочным эффектом. <i>Препараты второй линии.</i> Если селективные ингибиторы восстановления серотонина плохо переносятся пациентом или в течение 6-8 недель неэффективны, назначаются препараты другого класса (чаще антидепрессанты трициклического ряда или один из ингибиторов неселективного восстановления моноаминов, к примеру, Амитриптилин, начальная доза 25 мг 3 раза в день, соблюдая при этом стандарты прекращения или замены препаратов. Но следует иметь в виду, что трициклиды являются токсичными препаратами в случае передозировки, поэтому противопоказаны пациентам с наклонностями к суициду. Альтернативой может быть один из ингибиторов селективного, к примеру, Сертралин, начиная с дозы 50 мг в сутки. <i>Примечание.</i> Препараты зверобоя имеют сильное антидепрессантное действие и взаимодействуют с ингибиторами протеаз (ИП) и нуклеозидными ингибиторами ревертраскриптазы (ИННРТ) и снижают их концентрацию в крови, поэтому препараты зверобоя не рекомендуются пациентам, которые принимают ИП и ИННРТ.	
---	---	--

Эпизод тяжелой депрессии Отдельные симптомы, описанные выше, довольно сильно выражены. Характерно: ощущение вины, снижение самооценки и уверенности в себе, иногда попытки суицида, а также множество соматических симптомов.	При тяжелой депрессии или резистентности к препаратам рекомендуются антидепрессанты в комбинации с психотропной терапией и психотерапией. В зависимости от тяжести состояния и факторов риска психиатр может назначить Литий (плазматический уровень должен составлять 0,4-1,0 ммоль/л литр), электроконвульсивную терапию или Венлафлаксин (начальная доза 75 мг/сутки); перед назначением препарата следует проконсультироваться с пациентом и сделать ЭКГ, исследовать состояние почек и щитовидной железы, измерить артериальное давление (Венлафлаксин).	Обучить пациентов и членов семьи приемам введения препаратов и проявлениям возможных побочных реакций. Рекомендовать консультацию специалиста. Обеспечить наблюдение.
Эпизод тяжелой депрессии с психозом: Тяжелая депрессия с галлюцинациями, психомоторным угнетением или ступором	При признаках психоза необходимо использовать нейролептики, которые следует назначать после консультации с психиатром	
Суицидальные мысли	Оценить, действительно ли пациент имеет мысли и средства для суицида. Если да, в связи с высоким риском суицида пациент должен быть госпитализирован.	Не оставлять пациента одного. Привлекать членов семьи для наблюдения и ухода.

17.2. Мания и биполярные эмоциональные расстройства

- Лица, живущие с ВИЧ-инфекцией, могут страдать биполярными эмоциональными расстройствами, для которых характерны два или более расстройства настроения, одно из которых мания (гипомания).

- Описаны случаи мании у пациентов в поздних стадиях ВИЧ с весьма низким уровнем CD₄, которые в личном и семейном анамнезе не имели биполярных эмоциональных расстройств.

Типичными симптомами мании и биполярных эмоциональных расстройств являются:

- Приподнятое настроение, безразличие к окружающей среде, радость вплоть до неконтролируемого возбуждения;
- Необычный эмоциональный подъем, сопровождаемый сильным приливом сил, чрезмерная разговорчивость, быстрая речь, уменьшение потребности сна, расстройство внимания. Характерны чрезмерная самоуверенность и самооценка, идеи грандомании;
- Потеря механизма пребывания в обществе, которая ведет к непредсказуемому и неадекватному поведению, нехарактерному ранее для этого лица;
- Возможны галлюцинации.

Таблица 22

Тактика действий в случае мании и биполярных эмоциональных расстройств

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Мания или биполярные эмоциональные расстройства	Тимоизолептики или нормотимойдные препараты, включая Литий (плазматический уровень должен составлять 0,4-1,0 ммоль/л литр), Кислота валпроиевая или Ламотригин и Габапентин; применять с предосторожностью. Кислота валпроиевая (одновременно с другими психотропными препаратами) подавляет энзимы, участвующие в метаболизме препаратов APBT, что необходимо принимать во внимание при их назначении и отмене. <i>Примечание.</i> Карбамазепин, как правило, не используется по причине взаимодействия с препаратами APBT и риска агранулоцитоза. Важную роль играет когнитивно-познавательная психотерапия, которая может научить пациента распознавать факторы, провоцирующие изменение настроения. В случае развития психозов, после консультации с психиатром предписываются нейрореплетики.	Лица, ухаживающие за пациентом, могут помочь в соблюдении и выполнении рекомендаций и выявлении первых признаков эмоциональных расстройств.

18. Тактика действий в случае деменции

Деменция – синдром расстройств памяти, ориентировки, понимания, способностей к обучению, речи, мышления и других функций коры головного мозга, обусловленных поражением головного мозга, как правило, хронического, прогрессирующего характера. Следует отметить, что в этом случае:

- Сознание сохранено;
- Расстройства когнитивных функций нередко сочетаются (а иногда предшествуют) с ухудшением контроля эмоций, социального поведения (угнетение, заторможенность), нарушением мотивации.

Расстройства когнитивных функций у лиц с ВИЧ-инфекцией могут быть обусловлены:

- Ухудшением памяти и расстройствами концентрации внимания, как проявления депрессии и беспокойства, поэтому при установлении диагноза деменции они должны быть исключены в первую очередь;
- Острые инфекции могут протекать в форме расстройства сознания (делирии), они также должны быть приняты во внимание и учтены в процессе дифференциальной диагностики;
- В то же время в поздних стадиях ВИЧ-инфекции на фоне сниженного числа лимфоцитов CD₄ когнитивные расстройства могут быть обусловлены непосредственным действием ВИЧ на ЦНС, или рассматриваться как иммунный ответ на присутствие вируса в организме.

Таблица 23

Тактика действий в случае деменции

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Деменция	• Исключить причины депрессии, делирия. • Установить причины деменции, в частности гидроцефалию, операбельные опухоли, гипотиреоз, нейросифилис, дефицит витамина B₁₂ и фолиевой кислоты. Назначить соответствующее лечение. • Возможно, причина расстройств состоит в болях и страхе; назначить соответствующее лечение.	• Пациент должен по возможности находиться как можно дольше в обычной обстановке. • Все используемые пациентом предметы должны находиться на своих местах, чтобы он мог легко их найти. • Поддерживать установленный режим дня. • Спрятать потенциально опасные предметы.

	• В основе комплексного лечения СПИД ассоциированной деменции лежит противовирусная АРВТ. Предпочтительны немедикаментозные методы лечения. В частности, попытаться посочувствовать, успокоить пациента. Если пациент беспокоен и нуждается в медикаментозном лечении, использовать Кветиапин (12,5мг/сутки). Если пациент находится дома, семья должна поддерживать его, при необходимости пациент может быть госпитализирован на некоторое время, чтобы предоставить семье возможность отдохнуть. Лечение поведенческих расстройств у лиц, находящихся на дому, важно также с точки зрения их негативного влияния на членов семьи.	• При общении использовать простые фразы, стараться, чтобы разговаривали не более двух лиц одновременно. • Уменьшить интенсивность посторонних шумов. • Пациент должен находиться под постоянным наблюдением.
Параноидные состояния, выраженная возбудимость, ночная активность Беспокойное поведение пациента, в частности параноидные галлюцинации или другие симптомы психозов	В этом случае предпочтительны немедикаментозные методы, в частности попытаться посочувствовать, успокоить пациента. Если пациент ведет себя беспокойно, после тщательной оценки состояния психиатром и установления генеза симптомов, можно назначить Кветиапин (12,5 мг/сутки). При лечении нейролептиками необходимо повышенное внимание, учитывая возможность падения.	

19. Тактика действий в случае кашля и затрудненного дыхания

Кашель и затрудненное дыхание могут быть связаны с оппортунистическими инфекциями у лиц с ВИЧ/СПИД-инфекцией. Иногда синдром восстановления иммунитета у этих лиц развивается, как правило, на втором-третьем месяце с начала АРВТ.

Тактика действий в случае кашля и затрудненного дыхания

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Одышка с бронхоспазмом	Ингаляция кислорода с помощью маски, по возможности <i>Лечение бронхоспазма</i> - Дозированная ингаляция бронходилататоров при помощи ингалятора или маски, по возможности – при помощи пульверизатора. Лечение с применением бронходилататоров продолжается до состояния, когда пациент самостоятельно сможет ими пользоваться. Отменить препараты при поверхностном и крайне затрудненном дыхании. - Преднизолон 1 мг/кг в течение суток (как правило, 60 мг однократно в течение суток утром); для оценки эффективности подождать неделю, дозу постепенно снижать по 10 мг в неделю.	Простой кашель: - Домашние средства: пчелиный мед, лимон, паровые ингаляции (к примеру, с эвкалиптом) - При кашле с мокротой продолжительностью более 2-х недель возможно наличие туберкулеза. Необходимо трехкратное обследование мокроты на наличие <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. Дополнительно к лечению показано: - Помочь пациенту занять позу, в которой облегчается дыхание (как правило, сидя); - Отдельные пациенты дышат более легко сидя, слегка наклонившись вперед, держа руки на столе; - Подставить под спину подушку; - Обеспечить доступ свежего воздуха, открыть окна, форточки, фрамуги; - Направить на пациента струю вентилятора; При выделении густой мокроты давать больше жидкостей (улучшает отхаркивание). Правила обращения с мокротой: - Обращаться с мокротой осторожно, во избежание распространения инфекции; - Для сплевывания мокроты дать пациенту посуду с крышкой; - Слить содержимое посуды в туалет, после чего обработать унитаз дезинфектантом или кипятком. Для оптимального использования функциональных возможностей легких: - Дозировать усилия, имея в виду наличие одышки. - Избегать скопления людей в помещении, где находится пациент, не курить и не готовить пищу рядом с ним.
Сердечная недостаточность или избыток жидкости	Фуросемид 40-160 мг/сутки до устранения симптомов (определять диурез).	

Кашель с густой мокротой	• Ингаляция физиологического раствора. • Если мокрота отделяется обильно, более 30 мл/сутки, можно использовать метод выбора соответствующей позы и удаления мокроты через широко открытую головную щель. • Нежелательно проводить аспирацию мокроты из трахеи, т.к. эта процедура тяжело переносится пациентом.	
Массивные выделения жидкой мокроты	Гиосцин (М-холиноблокатор) 10 мг каждые 8 часов.	
Плевральный экссудат (саркома Капоши, пневмония, другие причины)	При возможности – плевральная пункция.	
Сухой кашель	Кодеин 5-10 мг 4 раза в сутки, при отсутствии эффективности - Морфин внутрь 2,5-5 мг (пытаться снижать дозу со второй недели)	
Кашель с мокротой продолжающийся более 2 недель	• Трехкратное обследование мокроты на наличие <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. • Продолжить лечение с целью предупреждения распространения инфекции.	
Одышка у пациента в терминальной стадии	• Морфин/Трамадол внутрь в малых дозах.	

	• Если пациент не получает Морфин внутрь с целью обезболивания, назначить 2,5 мг каждые 6 часов; при отсутствии эффекта постепенно увеличивать дозу, руководствуясь клиническими показаниями; лечить боли и беспокойство. • Если пациент получает Морфин внутрь, постепенно увеличивать дозу на 25%.	
--	---	--

20. Профилактика ригидности и контрактур

Таблица 25

Профилактика ригидности и контрактур

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Ригидность и контрактуры Мышечные спазмы	Диазепам 5-10 мг 2-3 раза в сутки. Тетразепам 50 мг/сутки до 200 мг/сутки дробными дозами. Баклорен – начинать с дозы 5 мг 3 раза в сутки, увеличивая дозу каждые 3 дня до 25 мг 3 раза в сутки.	Не ограничивайте двигательную активность пациента, поощряйте его желание двигаться. Если пациент обездвижен, выполнять комплекс простейших упражнений для несложных движений не реже 2-х раз в сутки. • Для предупреждения поражения суставов, при осуществлении движений следует поддерживать конечности выше и ниже суставов; • Сгибайте, разгибайте и делайте другие движения суставами, которые возможны. Будьте при этом внимательны, осторожны, не провоцируйте боли. • Растягивайте суставы, применяя умеренную силу и поддерживая их, как указано выше; • Укладывайте руки пациента за голову и поднимайте ноги на 90° – предложите вначале пациенту самому проделать это движение, затем помогите ему. Проводите упражнения регулярно.

21. Тактика действий в случае вагинальных выделений, вызванных раком шейки матки

Таблица 26

Тактика действий в случае вагинальных выделений, вызванных раком шейки матки

Клиническое проявление	Лечение и дозы (взрослые)	Рекомендации по уходу на дому
Вагинальные выделения , вызванные раком шейки матки	Метронидазол, вагинальные шарики 100мг один раз в сутки	Обеспечить ежедневные гигиенические процедуры. Допускаются сидячие ванночки 2 раза в сутки с добавлением в воду поваренной соли.

22. Медикаментозное взаимодействия

Существуют ряд причин, из-за которых вследствие нежелательного медикаментозного взаимодействия, не рекомендуется использование препаратов для паллиативного лечения одновременно с препаратами АРВТ, обладающими высокой активностью, в частности ингибиторами протеаз (ИП)-Ритонавир, Индинавир) или нуклеозидными-ингибиторами ревертранскриптазы (ИННРТП – Невирапин, Ефавиренц). Необходимо избегать применения Триазолама, Мидазолама, Терфинадина, Астемизола и препаратов зверобоя, т.к. печеночный метаболизм этих препаратов изменяется по причине действия на цитохром Р450.

Другие препараты, в частности, бензодиазепины с пролонгированным действием, противосудорожные препараты и трициклиды-антидепрессанты могут использоваться при строгом наблюдении за состоянием пациента (для выявления симптомов неэффективности и передозировки) и мониторинга плазматической концентрации препаратов в случае если это возможно и может дать дополнительную информацию.

АББРЕВИАТУРЫ

АРВТ – антиретровиральная терапия

ИННРТР – нуклеозиды-ингибиторы ревертранскриптазы

ИП – ингибиторы протеаз

ОИ – оппортунистические инфекции

ВИЧ – Вирус Иммунодефицита Человека

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ЮЭНЭЙДС – Программа Объединенных Наций по борьбе со СПИДом

ЛЖВС – лица, живущие с ВИЧ/СПИД-инфекцией

СПИД – Синдром Приобретенного Иммунодефицита

ТВ – туберкулез

ПИН – потребители инъекционных наркотиков

БИБЛИОГРАФИЯ

Recomandarea REC (2003) 24 a Comitetului de Miniștri ai statelor membre privind îngrijirea paliativă

Standardul „Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de SIDA”, aprobat Ministerul Sănătății , 2000

AIDS: Palliative Care UNAIDS, Technical updaite, 2000

Palliative Care for AIDS at a large Urban Teaching Hospital: Program description and preliminary Outcomes, JOURNAL OF PALLIATIVE MEDICINE, Volum 6, Number 3, 2003

HIV /AIDS Palliative Care Guidance for the United States Government in country Staff and Implementing Partners, 2006

Breitbart W. „Pain.” A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS, 2003, ed. O'Neill JF, Selwyn P, Schietinger H. 85 -122. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap4.html> Accessed July 5, 2006.

Foley KM, Aulino F, Stjernsward J. „Palliative Care in Resource-Poor Settings.” A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS, 2003 ed. O'Neill JF, Selwyn, Schietinger H. 387-407. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. (Accessed July 5 2006 <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap19.html>)

Selwyn PA et al. Palliative care for AIDS at a large urban teaching hospital: program description and preliminary outcomes. Innovations in End-of-Life Care, 2002, 4 (accessed July 5 2006 <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesMay02/featureinn.asp>) (Reprinted in J Palliative Medicine 2003; 6: 461-74.)

World Health Organization. WHO definition of palliative care. (Accessed 5 July 2006

World Health Organization. Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee. Geneva: World Health Organization, 1990.

Jean R. Anderson, MD „ A Guide to the Clinical Care of Women with HIV”,
edition 2001

Rober Twycross, Andrew Wilcock „Controlul simptomelor în cancerul avansat”,
traducere în limba română, 2003

Roger Woodruff “ Durerea în cancer”, traducere în limba română, 2002
Standard “ Îngrijirea paliativă a persoanelor infectate cu HIV și bolnave de
SIDA”, aprobat Ministerul Sănătății , 2001

Паллиативная помощь при ВИЧ инфекции, ГАЛЕН, Global AIDS learning
Evolution Network, Модуль Гален 13

Паллиативная помощь при ВИЧ/СПИДе, Учебный курс и материалы для
преподавателей

Протоколы Всемирной организации здравоохранения для стран СНГ по
предоставлению помощи и лечения при ВИЧ инфекции и СПИДе, 2006

Redactor: **Silvia Donici**
Paginare computerizată: **Olga Mocanu**

Coperta: Alexandr Gașin

Editura Lumina, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, nr. 180, MD-2004 Chișinău,
Tel./fax: 29-58-64; 29-58-68; e-mail: lumina@mdl.net
Tiparul executat la Tipografia „Reclama” SA,
str. Alexandru cel Bun, 111, MD 2004, Chișinău
comanda nr. 228