

О.С. Шевченко, В.М. Козько, Л.Д. Тодоріко, В.І. Петренко,
Н.Ф. Меркулова, О.О. Погорєлова

Паліативна допомога при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ*#

Навчально-методичний посібник «Паліативна допомога при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ» містить сучасні базові відомості щодо надання паліативної допомоги при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, викладення яких побудовано за синдромальним принципом. Представлені питання психологічної підтримки хворих та їх близьких у рамках паліативної допомоги. Крім того, окрема увага приділена питанням догляду за хворими безпосередньо перед смертю. Посібник може бути рекомендований для навчання студентів, інтернів та лікарів різних спеціальностей.

2.18. Кашель

Догляд

- Намагайтеся, щоб дим від сигарет і з кухні, де готується їжа, не доходив до пацієнта.
- Допоможіть пацієнтові відкашляти мокроту, надавши йому сидяче положення.
- Поясніть пацієнтові, щоб він відкашлювався вбік від того, хто доглядає за ним, в контейнер, який можна закрити кришкою.
- Якщо мокротиння густе і погано відкашлюється, спробуйте таке:
 - Парову інгаляцію — пацієнт сидить, нахилившись над каструлею з киплячою водою, і робить глибокі вдихи.
 - Поплескайте пацієнта по спині в різних напрямках складеними у формі чашки долонями.
 - Постуральний дренаж: зміна положення тіла пацієнта, щоб забезпечити відтік мокротиння з різних ділянок легень.
- При сухому кашлі ефективні теплі напої з медом, імбиром і корицею (рис. 14).

Призначення лікарських засобів

- При стійкому сухому кашлі можуть допомогти такі препарати:
 - Кодеїн 30 мг 4 рази на день.
 - Морфін 2,5–5 мг кожні чотири години.

* Продовження. Початок у № 1, 2. — 2018.

О.С. Шевченко, В.М. Козько, Л.Д. Тодоріко та ін. Паліативна допомога при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ: навч. посібник / упоряд. О.С. Шевченко, В.М. Козько, Л.Д. Тодоріко та ін. — Харків: ХНМУ, 2017. — 100 с.



Рис. 14. Постуральний дренаж

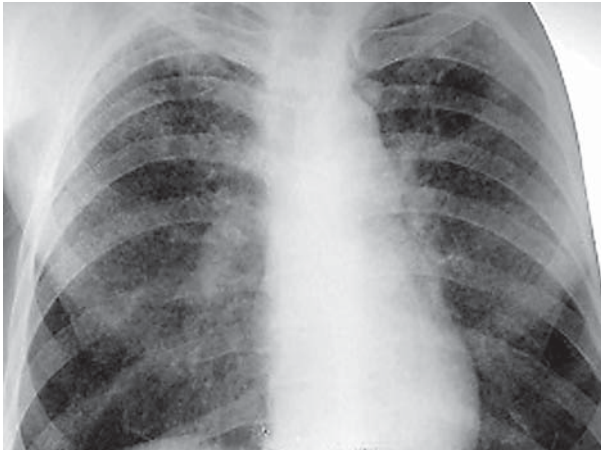


Рис. 15. Рентгенограма при міліарному ТБ

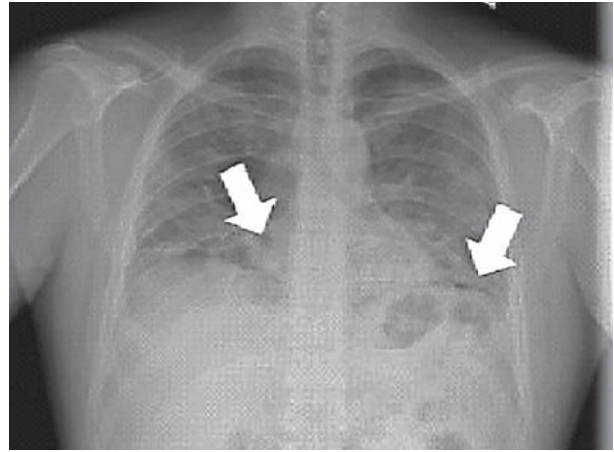


Рис. 16. Рентгенограма при пневмоцистній пневмонії

- При рясному рідкому мокротинні можуть допомогти холіноблокатори, наприклад:
 - Амтріптілін 10–50 мг на ніч.
 - Пропантелін 15 мг 3 рази на день.
 - Гіосцину бутилбромід 20 мг 4 рази на день.
 - Атропін 1 мг 3 рази на день.
 (Не призначайте ці препарати, якщо мокротиння густе, в іншому випадку його буде тяжко відкашляти).

2.19. Кровохаркання

Очевидно, що найчастішою причиною кровохаркання у пацієнтів з ВІЛ/ТБ є туберкульозне ураження легень, але також кровохаркання може бути спричинене бронхітом, ТЕЛА, опортуністичною інфекцією. У випадку паліативної допомоги загальноприйняті методи екстреної допомоги при кровохарканні (інтубація, бронхоскопія з артеріальною емболізацією) не рекомендуються. Натомість перевагу надають використанню опіоїдів у поєднанні з мідазоламом або діазепамом.

2.20. Задишка

Утруднене дихання може бути страшним симптомом на кінцевій стадії захворювання і майже завжди викликає тривогу як у пацієнтів, так і їхніх родичів. Задишку можуть викликати ураження легень як при туберкульозі, так і при приєднанні опортуністичних інфекцій.

Потрібно справлятися і з задишкою, і з тривогою (рис. 15, 16).

Догляд

- Задайте пацієнту такі питання:
 - Коли почалася задишка? Як довго вона триває? Як часто виникає? В який час?

- Що викликає задишку? Що послаблює чи погіршує її? В якому положенні тіла вона більш виражена?
- Чи є відчуття стискання горла/грудей?
- Яка інтенсивність задишки на даний момент (від 1 до 5)? Яка максимальна, мінімальна і середня інтенсивність задишки? Чи пов'язана вона з іншими симптомами?
- Які медикаменти раніше застосовувалися для усунення задишки? Чи були вони ефективними? Чи викликали вони побічні ефекти?
- Знайдіть таке положення, щоб воно було зручним для пацієнта (зазвичай сидяче положення).
- Відкрийте вікна, щоб забезпечити циркуляцію повітря, при можливості ввімкніть вентилятор або обмахуйте пацієнта книгою або газетою.
- Навчіть пацієнта рухатися повільно і акуратно, щоб уникнути посилення задишки.
- Якщо пацієнт дуже стривожений або перебуває в паніці:
 - Поясніть, що задишка відпустить, якщо дихати повільно. Покажіть, як можна уповільнити дихання, якщо на видиху витягнути губи в трубочку, як якщо б він/вона хотіли засвистіти.
 - Навчіть пацієнта діафрагмальному диханню: одну руку потрібно покласти на груди, а іншу — на верхню частину живота, щоб він відчував рух вдихуваного і видихуваного повітря. При діафрагмальном диханні рух руки на животі має бути більш помітним, ніж при грудному диханні.
- Зніміть тривогу.
- Призначте фізіотерапію.
- Дихальні вправи:
 - Нормальне дихання («черевне дихання»): грудна клітка повинна бути абсолютно нерухомою, лише надувається живіт при легкому

вдиху через ніс і розслаблюється при такому самому видиху через ніс або рот.

- Тривале глибоке дихання: вдихати через ніс, наповнюючи/роздуваючи живіт, і не зупинятися, доки не наповняться легені, не розшириться грудна клітка. Його необхідно виконувати впродовж кількох хвилин щоденно і настільки часто, наскільки це можливо.
- Закривши очі, спробувати вдихнути якомога більше повітря, затримавши його на кілька секунд. Дуже-дуже повільно видихаючи, відчувати розслаблення всієї мускулатури тіла. Почати дихати нормально («черевне дихання»), але продовжувати нарощування релаксації.

Призначення лікарських засобів

- Оксигенотерапія — показання:
- $PaO_2 < 55$ мм рт. ст.
- $PaO_2 - 55-59$ мм рт. ст. плюс
 - *p. pulmonale*;
 - клінічна картина правошлуночкової недостатності;
 - гематокрит > 55 %;
- $SaO_2 < 89$ %.

Якщо не можна усунути причину задишки, можна полегшити стан пацієнта, призначивши такі препарати:

- Морфін 2,5–5 мг кожні чотири години.
- Діазепам 2,5–5 мг до 3 разів на день (особливо, якщо пацієнт у тривозі або паніці). При передсмертній задишці можуть знадобитися більш високі дози.
- Нейролептики (як допоміжні засоби при хронічній задишці): метотримепразин 5 мг кожні 8 год (максимальна доза — 25 мг кожні 4 год)
- Дексаметазон 8–12 мг 1 раз на день.
- Якщо задишка виникла на тлі серцевої недостатності або набряків, необхідно призначити морфін 2,5 мг (або збільшити його дозу на 25 %), фуросемід 40 мг.
- Оксигенотерапія.
- При передсмертній задишці: морфін 5 мг внутрішньовенно або підшкірно кожні 5–10 хв, подвоюючи дози, якщо попередні неефективні, мідазолам 5 мг підшкірно або внутрішньовенно кожні 5–15 хв або лоразепам 4 мг внутрішньовенно або підшкірно, фенобарбітал 90–120 мг або діазепам 5–10 мг внутрішньовенно.

2.21. Діарея

Діарея спостерігається у 30–50 % ВІЛ-інфікованих пацієнтів. У 75–80 % випадків в калі виявляють кілька видів патогенних бактерій, вірусів, паразитів. Близько 25 % випадків складає ідіопатична ВІЛ-ентеропатія. Крім того,

діарея є побічним ефектом більшості антиретровірусних і протитуберкульозних препаратів. Гострі епізоди діареї зазвичай не вимагають особливого лікування, крім поповнення рідини. Діарея з кров'ю (дизентерія) або з високою температурою може вимагати лікування антибіотиками, наприклад, ципрофлоксацином або котримоксазолом (дотримуйтесь місцевих приписів).

Основні причини діареї:

- Бактеріальні інфекції:
 - *Salmonella*.
 - *Shigella*.
 - *Campylobacter*.
 - *Clostridium difficile* (при тривалому лікуванні антибіотиками).
- Найпростіші:
 - *Cryptosporidium*.
 - *Giardia*.
- Опортуністичні інфекції:
 - MAC ($CD4^+ < 50$ клітин/мкл; нерідко дисемінована інфекція).
 - Цитомегаловірус ($CD4^+ < 50$ клітин/мкл; діагноз ставиться при колоноскопії і біопсії).
 - Саркома Капоші.

Стійка діарея, що триває більше двох тижнів, дуже виснажлива, і при можливості її слід тримати під контролем. Аналіз калу і бактеріологічне (культуральне) дослідження можуть допомогти у визначенні причини.

При обстеженні хворого з діареєю слід з'ясувати такі питання:

- Частота випорожнень.
- Об'єм випорожнень.
- Давність симптомів (< 14 діб — гостра діарея, > 14 діб — хронічна діарея).
- Залежність діареї від продуктів, що вживає пацієнт.
- Зміна вираженості діареї залежно від часу.
- Імперативні позиви.
- Відчуття неповного випорожнення кишечника.
- Форма і консистенція випорожнень.
- Наявність тенезмів (повторюваних спазмів прямої кишки без дефекації, що супроводжуються бажанням випорожнити кишечник, але неможливістю це зробити).
- Статевий анамнез (анальні статеві контакти можуть бути причиною інфекції).
- Прийом препаратів.

Ураження тонкої кишки зазвичай незапальне, характеризується значним об'ємом випорожнень (> 2 л/добу), водянистими випорожненнями, що призводять до зневоднення, порушень всмоктування, переймоподібним болем у пупковій ділянці, невисокою лихоманкою, нудотою, блювотою. Ураження тонкої кишки частіше викликають криптоспоридії або *Mycobacterium*

avium, а також кишкова паличка, лямблії і мікро-споридії.

Ураження товстої кишки зазвичай має запальний характер, для нього характерні невеликий об'єм випорожнень, часті позиви, слиз, гній, кров у калі. Для проктиту, крім переліченого вище, характерні тенезми, біль при дефекації, біль у нижній частині живота. Найчастіше ураження товстої кишки викликають *Clostridium difficile* (на тлі тривалого лікування антибіотиками), а також *Shigella* і *E. Coli*.

Ознаки зневоднення найлегше виявити при огляді слизової порожнини рота. У нормі слизова оболонка волога і блискуча. Сухі слизові і потріскані губи свідчать про зневоднення.

Тургор шкіри оцінюють, захоплюючи і потягуючи шкірну складку на передпліччі. Якщо шкіра еластична і складка розправляється швидко, зневоднення немає. Якщо складка розправляється повільно або зберігається, має місце виражене зневоднення або втрата ваги.

Для виявлення ортостатичної гіпотонії вимірюють артеріальний тиск і пульс у положенні лежачи, а потім відразу після швидкого вставання. Ознаками зневоднення вважаються зниження систолічного артеріального тиску більше ніж на 20 мм рт. ст. і почастищення пульсу.

При дослідженні живота проводять аускультацию черевної порожнини, щоб оцінити характер кишкових шумів (норма, посилені, знижені). Після цього проводять пальпацію живота для виявлення болісності, об'ємних утворень, гепато- або спленомегалії.

Лабораторні дослідження важливі для оцінки зневоднення і порушень усмоктання, особливо у хворих з тривалою діареєю. При порушеннях усмоктання знижений сироватковий рівень альбуміну, а при зневодненні знижуються рівні амінокислот і калію.

Число лімфоцитів CD4 допомагає в діагностичній опортуністичних інфекцій: якщо воно менше 100, причиною діареї можуть бути опортуністичні інфекції, якщо більше 200 — опортуністичні інфекції малоймовірні, і слід шукати інші причини діареї.

Обстеження потрібно починати з простих методів, зокрема з аналізу та посіву калу. Дослідження калу дають змогу виявити бактеріальні, паразитарні та токсичні причини діареї. Як уже сказано, *Clostridium difficile* часто викликає коліт у хворих, які отримували лікування антибіотиками.

Догляд

- При частій і рясній діареї давайте багато рідини і регідраційний сольовий розчин.

- Поясніть пацієнтові, що краще пити дуже часто і маленькими ковтками, ніж випивати багато рідини за один раз.
- Скажіть, що пацієнт може їсти, коли захоче.
- Поясніть, що краще їсти часто, але маленькими порціями, ніж багато за один раз.
- При діареї корисні рис, хліб і картопля.
- Банани і помідори корисні для поповнення калію.
- Йогурт засвоюється краще, ніж молоко і сир.
- Поясніть пацієнтові користь ретельної гігієни (миття рук, зміна забрудненої білизни, користування туалетом).
- Для захисту шкіри навколо заднього проходу змастіть шкіру вазеліном.
- Стільчак можна спорудити, прорізавши круглий отвір в сидінні стільця, під яке ставиться відро.

Призначення лікарських засобів

- Якщо діарея стає хронічною і описані заходи не допомагають, можна вдатися до лікарських препаратів. Їх не можна призначати при високій температурі або при наявності крові в калі (це ознаки інфекції, яку потрібно лікувати антибіотиками). Не слід давати ці препарати і дітям до року. Можна призначити такі препарати:
 - Лоперамід 2 мг 3 рази на день і після кожного епізоду діареї (до 16 мг на день).
 - Кодеїн 10 мг 3 рази/день або морфін 2,5—5 мг кожні 4 год.

2.22. Запор

При можливості слід обстежити пацієнта, щоб зрозуміти причину запору. Ректальне обстеження покаже, чи немає скупчення твердих калових мас, що заважають спорожненню кишечника. Якщо кишечник вільний, значить, причину слід шукати вище. Коли пацієнти наближаються до кінцевої стадії захворювання, у них рідкі випорожнення з дуже малим об'ємом калових мас через те, що вони мало їдять. Це не потребує лікування.

Догляд

- Давайте пацієнтові багато рідини.
- Поясніть важливість вмісту в дієті фруктів і овочів.
- Перед сніданком давайте столову ложку рослинної олії.
- Якщо випорожнення тверді і виходять тяжко, змастіть внутрішню сторону заднього проходу вазеліном або вставте розм'якшений водою шматочок мила.
- Якщо пряма кишка заповнена твердими каловими масами, може допомогти мильна клізма:

акуратно введіть сечовий катетер в пряму кишку і вливайте через нього мильну воду.

- Може знадобитися мануальна (ручна) допомога для евакуації калу; іноді це доводиться робити регулярно.
- Поясніть пацієнтові, що ви збираєтеся робити; при можливості дайте анальгетик перорально або діазепам 5–10 мг за 30 хв до початку процедури.
- Підготуйте газету або що-небудь аналогічне, куди можна буде покласти витягнуті калові маси.
- Одягніть рукавички і змастіть вазеліном великий палець.
- Промасуйте внутрішню поверхню заднього проходу, щоб розслабити сфінктер, потім обережно введіть палець. Якщо відчуєте, що мускулатура напружується, зупиніться і дайте їй час розслабитися.
- Видаляйте калові маси поступово, фрагмент за фрагментом. Пальцем розділяйте великі грудки на шматочки перед видаленням.
- Розмовляйте з пацієнтом під час процедури, просіть його робити глибокі вдихи — це допоможе йому розслабитися. Якщо пацієнт відчуває занадто великий дискомфорт, закінчіть процедуру і продовжіть її в інший день.

Призначення лікарських засобів

- Бісакодил 5 мг на ніч, при необхідності збільшити до 15 мг.
- Сенаде — одну-дві таблетки на ніч, при необхідності збільшити дозу.
- Гліцерол або бісакодил (супозиторії) можуть допомогти (якщо доступні).
- Осмотичні проносні (лактолоза, сульфат магнію (крім пацієнтів з патологією нирок), поліетилен гліколь).

2.23. Нетримання сечі

Догляд

- Пластикові пляшки для чоловіків (сечоприймач).
- Урологічні прокладки або бавовняні прокладки для жінок (зі старого одягу або білизни) і, при необхідності, памперси.
- Регулярно міняйте і періть прокладки і постільну білизну, щоб підтримувати сухість.
- Для захисту шкіри — вазелін.
- Поясніть пацієнтам, що їм можна пити — іноді вони перестають пити зі страху перед нетриманням, але зневоднення тільки погіршить загальний стан.

Призначення

При можливості подумайте про встановлення сечового катетера.

2.24. Затримка сечі

Догляд

- Катетеризація допоможе полегшити стан. Якщо причина переборна, проблема може вирішитися після відходження сечі, і катетер можна вивести.
- Іноді необхідно встановити катетера на тривалий час. Він може забиватися. Для прочищення катетера потрібно провести промивання сечового міхура розчином солі, розведеної в кип'яченій воді, за допомогою шприца об'ємом 50 мл. Навчіть пацієнта проводити промивання сечового міхура раз на два тижні. По можливості міняйте катетер раз на чотири тижні.

Призначення лікарських засобів

- Знеболювання відповідно до «анальгетичних сходів» ВООЗ.
- Дексаметазон.
- Спазмолітики («Но-Шпа», «Баралгетас»).

2.25. Спазм сечового міхура

Раптовий нестерпний біль у ділянці сечового міхура і уретри, що виникає у пацієнтів внаслідок уведення катетера або інфекції.

Догляд

Давайте пацієнту багато рідини.

Призначення лікарських препаратів

- Холіноблокатори, наприклад, амітриптилін 25–50 мг на ніч або гіосцину бутилбромід 10–20 мг 4 рази на день, або пропантелін 15 мг 3 рази на день.
- Поетапне знеболювання.

2.26. Ліподистрофія

Лікування ліподистрофії — важке завдання, нерідко воно не приносить задоволення ні лікарю, ні пацієнту. Залишається не зрозумілим не тільки лікування ліподистрофії, а і визначення цього стану. До цих пір немає єдиної думки, яке поєднання симптомів слід до нього зараховувати. Для цього є кілька причин. По-перше, цей синдром відомий відносно недавно, і основні дослідження ще тільки належить провести, щоб вивчити його природу і встановити кількісні критерії. По-друге, описані випадки ліподистрофії сильно розрізняються. У деяких хворих відзначається надлишкове відкладання жиру. Нерідко у одних і тих самих хворих відзначається ліпоатрофія на одних ділянках тіла і надлишкове відкладання жиру на інших. Виразність порушень також буває дуже різною. У зв'язку з такою непостійністю проявів ліподистрофії виробити

єдине визначення важко. Крім того, тривають суперечки про роль різних препаратів у розвитку цих синдромів.

Виявлення симптомів ліподистрофії:

- Скарги пацієнта (видимі порушення відкладання жирової тканини, утворення жирових горбків, діарея, нудота, блювота, здуття живота, слабкість, біль у м'язах, задишка).
- Огляд.
- Збільшення відношення окружності талії до об'єму стегон ($> 0,85$ у жінок, $> 0,95$ у чоловіків).
- Вимірювання за допомогою УЗД, КТ, МРТ.
- Визначення рівня молочної кислоти (лактоацидоз – підвищення рівня лактату крові > 2 ммоль/л), тригліцеридів, глюкози крові.
- Визначення інсулінорезистентності.

У численних публікаціях повідомлялося про зв'язок змін зовнішнього вигляду хворих з лікуванням інгібіторами протеази. Після того як була описана ліподистрофія, інгібітори протеази стали предметом найпильнішого вивчення. У більшості досліджень виявлено зв'язок інгібіторів протеази з накопиченням жиру, інсулінорезистентністю, гіперглікемією і гіперліпідемією, проте описана також і ліпоатрофія.

При лікуванні аналогами нуклеозидів, такими як зидовудин, ставудин, диданозин і ламівудин, найчастіше виникають ліпоатрофія (зниження жирової клітковини на кінцівках) і підвищення рівня ліпідів у крові. Іноді гіперліпідемію супроводжує підвищення рівня молочної кислоти. Такі побічні ефекти у різних препаратів цього класу виражені в різному ступені. Наприклад, за численними даними, при лікуванні ставудином часто виникає ліпоатрофія.

Для лікування цього синдрому можуть застосовуватися дієта, фізичні вправи, замісна терапія тестостероном, анаболічні стероїди, похідні тiazолідиндіону, метформін, соматотропін.

2.27. Анемія

Анемія є найчастішим гематологічним порушенням при ко-інфекції ТБ/ВІЛ. До причин анемії належать:

- Порушення еритропоезу (найчастіше спостерігаються при ко-інфекції ТБ/ВІЛ; зазвичай нормохромна нормоцитарна анемія з анізоцитозом).
- Зниження насичення трансферину залізом.
- Підвищення рівня феритину.
- Зниження рівня еритропоетину в сироватці крові.
- Порушення всмоктування:
 - залізодефіцитне;
 - V_{12} -дефіцитне;

– фоліодефіцитне.

- Підвищене руйнування еритроцитів.
- Крововтрата.

Анемія проявляється задишкою, слабкістю, втратою апетиту, головним болем, нейропатією, почервонінням і печінням язика, блідістю слизових оболонок та шкіри, тахікардією, раннім систолічним шумом, спленомегалією (при гемолітичній анемії).

Препарати, що можуть викликати анемію:

- Антиретровірусні:
 - зидовудин (найчастіше серед антиретровірусних препаратів спричинює анемію);
 - ганцикловір;
 - фоскарнет;
 - α -інтерферон;
 - рибавірин;
 - цидофовір.
- Протигрибкові:
 - амфотерицин В;
 - фторцитозин.
- Антимікробні:
 - триметоприм/сульфаметоксазол;
 - сульфаніламід;
 - дапсон.
- Антипаразитарні:
 - піриметамін;
 - пентамідин.

Залізодефіцитна анемія

Виникає внаслідок недостатнього надходження заліза з їжею, порушення всмоктування заліза, крововтрати. Супроводжується зміною смаку, глоситом, хейлітом, койленіхією (ложкоподібні нігті). Лабораторні дослідження вказують на нормохромну мікроцитарну анемію і низький рівень заліза. Для лікування застосовують препарати заліза 50–100 мг 3 рази/добу за 2 год до їжі або через 1 год після неї, запиваючи водою чи соком.

V_{12} -дефіцитна анемія

V_{12} -дефіцитна анемія призводить до порушення синтезу ДНК, особливо в нейронах. Причиною дефіциту вітаміну V_{12} слугує недостатність внутрішнього фактора Касла в шлунку, запальні зміни в шлунково-кишковому тракті і надмірне розмноження бактерій в кишечнику (бактерії конкурують з кишковою стінкою за всмоктування вітаміну). До проявів анемії відносяться виразки в роті, яскраво-червоний язик, периферична нейропатія. Слід зауважити, що периферична нейропатія не завжди оборотна і може зберігатися після усунення дефіциту вітаміну. При лабораторному дослідженні виявляється макроцитарна гіперхромна анемія, а також низький рівень вітаміну V_{12} . Лікування проводять препаратами вітаміну V_{12} для підшкірного,

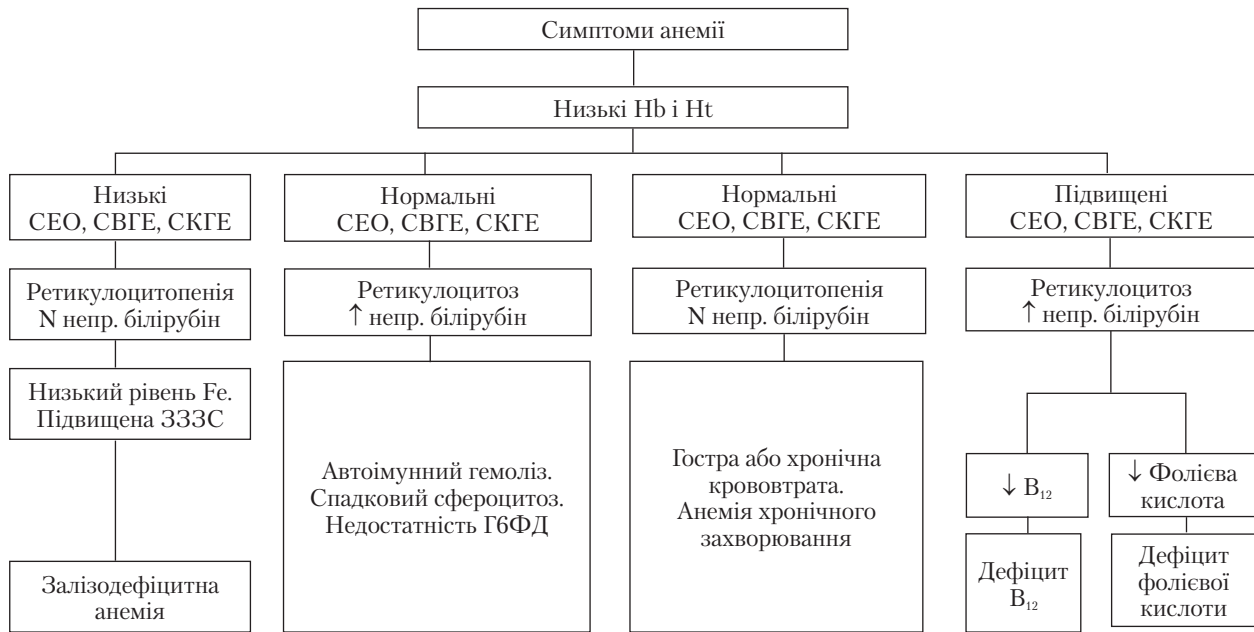


Рис. 17. Діагностичний алгоритм при анемії

Примітка. SEO — середній еритроцитарний об'єм; СВГЕ — середній вміст гемоглобіну в еритроциті; СКГЕ — середня концентрація гемоглобіну в еритроциті; ЗЗЗС — загальна залізо зв'язувальна здатність сироватки; Г6ФД — глюкозо-6-фосфат-дегідрогеназа.

внутрішньом'язового або інтраназального введення. При прийомі всередину вітамін B_{12} усмоктується погано.

Фолієводефіцитна анемія

Фолієва кислота необхідна для синтезу тимідину, нуклеїнових кислот і амінокислот. Причиною дефіциту фолієвої кислоти є недостатнє харчування, вживання великих доз алкоголю, підвищення потреби в фолієвій кислоті, наприклад, при вагітності, порушення всмоктування в тонкій кишці через лямбліоз, а також лікарські препарати — антагоністи фолієвої кислоти (фенітоїн, сульфасалазин і аміносаліцилова кислота). Лікування полягає в прийомі фолієвої кислоти всередину в дозі 1–2 мг на добу.

Анемія, зумовлена крововтратою

Причиною анемії у пацієнтів з ко-інфекцією ВІЛ/ТБ може бути крововтрата — як гостра, так і хронічна. Хронічна крововтрата збільшує кількість ускладнень. Оскільки втрата крові відбувається повільно, хворі встигають до неї фізіологічно адаптуватися. У зв'язку з цим анемія може подовгу залишатися безсимптомною і вперше проявитися вже в тяжкій стадії. Найчастіше причиною крововтрати є шлунково-кишкові кровотечі, викликані інфекціями, гемороєм, поліпами та ін. Тому при з'ясуванні причин анемії слід виключати ці захворювання.

Анемія, зумовлена підвищенням руйнуванням еритроцитів

У хворих з серповидноклітинною анемією важливо уникати призначення препаратів, що

пригнічують кровотворення, щоб уникнути тяжкої анемії і больових кризів. Важливе значення при ВІЛ-інфекції має недостатність глюкозо-6-фосфатдегідрогенази. Цей фермент необхідний для аеробного гліколізу. В еритроцитах Г6ФД каталізує перетворення глюкози на глутатіон, який запобігає розпаду гемоглобіну. Недостатність Г6ФД призводить до дефіциту глутатіону і, як наслідок, окислювального руйнування глобінових ланцюгів гемоглобіну і пошкодження мембрани еритроцитів. В результаті виникають гемоліз і анемія. Недостатність Г6ФД частіше спостерігається у афроамериканців, азіатів і вихідців із Середземномор'я. Недостатність Г6ФД протікає безсимптомно до тих пір, поки людина не зіткнеться з провокуючими гемоліз речовинами, такими як дапсон і кінські боби. При недостатності Г6ФД ці речовини викликають гемоліз. Лікування недостатності Г6ФД не існує, тільки профілактика гемолізу. Тому перед тим, як призначати дапсон, слід визначити активність Г6ФД. Якщо вона недостатня, щоб уникнути анемії, цей препарат не призначають.

Анемія, зумовлена порушенням еритропоезу

Якщо усунення метаболічних порушень та опортуністичних інфекцій не змогло подолати цей вид анемії, то для його лікування застосовують препарати еритропоетину. Початкова доза епоетину становить 100–300 мкг/кг підшкірно тричі на тиждень. Коли гематокрит досягає 36–40 %, дозу епоетину коректують,

щоб утримувати гематокрит на цьому рівні. Перед призначенням епоетину слід мати на увазі, що якщо вихідний рівень еритропоетину в сироватці менше 500, можна очікувати добру відповідь на епоетин. Коли вихідний рівень еритропоетину більше 500, епоетин нерідко не дає ефекту.

2.28. М'язові спазми та контрактура

Див. табл. 15 і рис. 18.

2.29. Проблеми пересування

Догляд

- Якщо пацієнт не може рухатися в ліжку, у нього/неї можуть розвинутися пролежні. Попереджайте їх появу якісним доглядом за ділянками, на які чиниться тиск.
- При нерухомості кінцівок розвивається їх ригідність, і виникають контрактури:
 - Заохочуйте пацієнтів до того, щоб вони, по можливості, більше рухалися, допомагайте їм часто міняти положення тіла.
 - Якщо пацієнт нерухомий, робіть «пасивні» вправи, принаймні двічі на день.
 - Підтримуйте гнучкість суглобів, обережно згинаючи і розгинаючи зап'ястя, ліктьові, плечові суглоби, щиколотки, стегна і шию.
 - Оберігайте суглоби, підтримуючи кінцівку вище і нижче їх під час руху.
 - Масажуйте кінцівки, шию і спину, якщо пацієнту від цього краще.

Призначення лікарських засобів

- Знеболювання може допомогти підтримувати рухливість суглобів.
- Ад'ювантні препарати при м'язовому спазмі.



Рис. 18. Вправи, що застосовуються при м'язових спазмах та контрактурах

3. ОБГОВОРЕННЯ З ПАЦІЄНТАМИ ТА ЇХНІМИ РІДНИМИ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ПЕРЕД СМЕРТЮ

Чому важливо обговорювати надання допомоги перед смертю?

- Ми не можемо передбачити бажання пацієнта.
 - Розпорядження на випадок втрати самостійності часто не допомагають.
 - Це важливо для хворих і їхніх рідних.
 - Це підвищує задоволеність пацієнтів допомогою і покращує їхній психічний стан.
- Правила спілкування з пацієнтами:
- Слухати пацієнта.
 - Заохочувати пацієнта ставити питання.
 - Говорити з пацієнтом чесно і відверто.
 - Проявляти чуйність, повідомляючи тяжкі новини.
 - Бути готовим говорити про смерть.
 - Відчувати, коли пацієнт готовий говорити про смерть.

Таблиця 15. Ведення хворих з м'язовими спазмами та контрактурами

Клінічна ситуація	Догляд	Призначення лікарських засобів
Скутість і контрактури	Не обмежуйте рухову активність пацієнту, заохочуйте його рухатися Якщо пацієнт нерухомий, виконуйте простий комплекс вправ на амплітуду рухів не рідше 2 рази/день:	Діазепам 5–10 мг 2–3 рази/день Тетразепам 50 мг/день, до 200 мг/день в 2 прийоми
М'язові спазми	<ul style="list-style-type: none"> • Щоб не ушкодити суглоб, при виконанні рухів тримайте кінцівку вище і нижче суглоба і підтримуйте її • Згинайте, випрямляйте і робіть інші рухи в суглобах, які можна виконати без зусилля. Будьте обережні і виконуйте рухи повільно, не завдаючи болю • Розтягуйте суглоби, прикладаючи рівномірне зусилля і підтримуючи їх, як вказано вище • Заведіть руки хворого за голову і підійміть його ноги на 90° — запропонуйте пацієнту спочатку самому підняти ноги, наскільки він може, а потім допоможіть йому • Регулярно робіть масаж пацієнту 	Баклофен — починати з 5 мг 3 рази/день, підвищувати дозу кожних 3 дні до 25 мг 3 рази/день

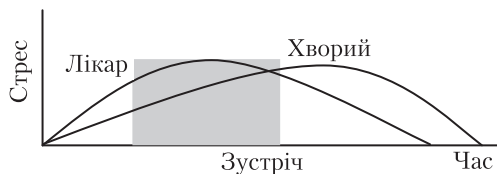


Рис. 19. Стрес у зв'язку з тяжкою розмовою: лікар і хворий

Рекомендований протокол повідомлення тяжких новин:

1. Підготувати дані, місце і умови для бесіди:
 - а) дізнатися всю необхідну інформацію щодо діагнозу та нинішнього стану пацієнта;
 - б) знайти зручний час;
 - в) забезпечити приватність;
 - г) запросити пацієнта та тих людей, чия присутність бажана для нього на цьому візиті.
2. З'ясувати обізнаність співбесідника.
3. З'ясувати потребу пацієнта в інформації.
4. Повідомити новину.
5. Відреагувати на прояв почуттів співбесідника.
6. Домовитися про наступний крок.

4. СИНДРОМ ПРОФЕСІЙНОГО ВИГОРАННЯ

Вигорання — процес, при якому щоденний вплив факторів стресу, пов'язаних з наданням допомоги важкохворому, поступово призводить до проблем психологічного і соматичного характеру у того, хто надає допомогу хворому.

Внутрішньособистісні проблеми, з якими стикаються спеціалісти, які працюють з хворими на ВІЛ/ТБ, поглиблюються такими факторами:

- страхами: страхом зараження, передачі інфекції членам родини, смерті;
- надмірно близькою дистанцією з хворими і в той же час неприйняттям їх життєвого вибору;
- незнанням психологічних особливостей осіб, які зловживають алкоголем, наркотиками;
- наявністю етичних упереджень стосовно осіб з соціально несприйнятливою поведінкою;
- незадоволенням ефективністю власної роботи.

Синдром психологічного вигорання медичних працівників розвивається приблизно через 4 роки з моменту початку роботи у відділенні.

Перші ознаки: зниження мотивації для виконання роботи, витрати часу на роботу збільшуються, а результативність знижується, виникають скарги і невдоволення щодо роботи.

При продовженні трудової діяльності в колишньому режимі виникають більш тяжкі прояви вигорання (психологічні, поведінкові, соматичні).

Психологічні прояви: гнів, розчарування, втрата самоповаги і впевненості в собі, зниження інтересу до роботи, відчуття неадекватності, без-

надійності і провини, втома, депресія, відчуття того, що поставлена задача перевищує сили і можливості, зміни настрою, відчуття неспроможності, підвищена тривожність, втрата віри.

Поведінкові прояви: емоційні вибухи, уникнення спілкування з друзями і знайомими, зниження пунктуальності, нехтування обов'язками, зниження самокритичності, стає складно сфокусуватися на виконанні завдань, з'являється плаксивість, починається вживання психоактивних речовин (алкоголю, транквілізаторів), виникають проблеми в спілкуванні з оточуючими, страх змін, проблеми в родині.

Соматичні прояви: біль у спині, зниження (підвищення) апетиту, проблеми зі шлунково-кишковим трактом, загострення хронічних захворювань, гіпертонічна хвороба, підвищена стомлюваність, головний біль, порушення сну, м'язова напруга, втрата сексуального потягу.

Особливе значення має ставлення до смерті. Лікарі та медичні сестри, стикаючись зі смертю пацієнтів, відчують тяжкий стрес, що призводить до синдрому вигорання.

Індивідуальними факторами, що призводять до синдрому вигорання, є особистісні якості людини, яка допомагає, її система цінностей, ставлень, переконань, механізми захисту.

Емоційне спустошення людини, яка надає допомогу, робить її несприйнятливою до почуттів і потреб пацієнта.

Допомога надається механічно, відбувається нехтування обов'язками. Як наслідок — пацієнти отримують допомогу низької якості, що особливо травматично при тяжких захворюваннях, які потребують тривалого лікування.

Вплив синдрому вигорання на систему охорони здоров'я проявляється у звільненні досвідчених співробітників, збільшенні частоти госпіталізації пацієнтів за соціальними показниками.

Стратегії профілактики синдрому вигорання:

- Зосередитися на проблемі, а не на емоціях:
 - Збирайте інформацію («хто володіє інформацією, той володіє світом») і плануйте діяльність згідно з інформацією, а не з суб'єктивними уявленнями — це дає відчуття порядку і контролю.
 - Вживайте конкретних заходів, звертайтеся по допомогу до колег.
- Змініть модель надання допомоги:
 - Усвідомлюйте свої межі і можливості (що я можу зробити, а чого не можу), ставте чіткі і реалістичні цілі; розподіліть свої задачі за ступенем важливості; дотримуйтесь своїх функціональних обов'язків, уникайте відповідальності за «все»; розподіліть задачі на

кілька послідовно виконуваних кроків; керуйте часом, він не безмежний.

- Дозвольте собі відчувати свої бажання і виконайте їх (прогулянки, медитація, спорт, музика, спілкування з друзями, гра з дітьми, читання, садівництво, шопінг тощо).
- Піклуйтеся про себе: Піклуватися про інших простіше, найскладніше — піклуватися про себе. Життя складається з простих радощів. Створіть собі можливість регулярно і правильно харчуватися, робити перерви в роботі; дайте собі можливість спати 8–9 год.
- Працювати в мультипрофесійній команді, розподіляти відповідальність.
- Забезпечити медичним працівникам можливість звертатися до психолога, психотерапевта.
- Проводити регулярні тренінги для профілактики професійного вигорання для співробітників медичного закладу (не менше 1 разу на 6 міс).
- Регулярно проводьте навчальні семінари і цикли занять для підвищення кваліфікації.
- Організуйте зустрічі співробітників поза медичним закладом для колективного відпочинку.

Профілактика синдрому професійного вигорання — це багатогранна проблема, у вирішенні якої багато визначається державою (оплата та умови праці), але й кожна людина сама в змозі зробити те, що залежить від неї. Якщо ви помітили у себе тривожні ознаки, починайте самі працювати над собою — життя вимагає докладання зусиль.

5. ДОГЛЯД НАПРИКІНЦІ ЖИТТЯ

Членам сім'ї, що втрачають близьку людину, буде значно легше, якщо вони заздалегідь знатимуть, які медичні, емоційні і духовні зміни відбуваються з вмираючими в останні місяці життя. Медичні працівники можуть багато зробити для членів сім'ї та інших осіб, які здійснюють догляд за хворим, якщо розкажуть їм про ці зміни.

Симптоми, які вказують на те, що хворий, вірогідно, помере у найближчих 6 міс:

- CD4⁺ Т-лімфоцити < 25 клітин/мм³.
- ВІЛ РНК > 100 000 копій/мл.
- Альбумін плазми < 25 г/л.
- Лімфома з ураженням ЦНС.
- Мультифокальна лейкоенцефалопатія.
- Криптоспоридіоз.
- Дисемінована МАК-інфекція.
- Вісцеральна саркома Капоші.
- Виражена СНІД-деменція.
- Токсоплазмоз.
- Кардіоміопатія.
- Хронічна діарея.
- Виражена органна недостатність.

Підготовка до смерті

- Постарайтеся налагодити спілкування між членами сім'ї і хворим. Таке спілкування корисно для виявлення страхів, які відчувають і члени сім'ї, і хворий.
- Поговоріть з хворим про хвороби; важливо, щоб він розумів, що відбувається, і знав прогноз.
- Обговоріть питання, що турбують хворого, наприклад, опіку над дітьми, плату за їхнє навчання, джерела підтримки для сім'ї, старі сварки, витрати на похорон.
- Розкажіть хворому про те, що його люблять і про нього будуть пам'ятати.
- Поговоріть про смерть, якщо хворий цього хоче. Можливо, хворий пережив смерть когось, хто відчував перед смертю страждання, і боїться випробувати такі ж.
- Переконайтеся, що хворому допомагають впоратися з почуттям провини або жалю.
- Для задоволення духовних потреб хворого зв'яжіться з його духовним наставником або релігійними організаціями за його вибором (якщо він висловлює таке бажання).

Участь

- Будьте поруч, проявляйте участь.
- Відвідуйте хворого регулярно, тримайте за руку, слухайте, говоріть.

Догляд

Забезпечте хворому комфорт:

- змочуйте губи, рот, очі;
- стежте, щоб білизна завжди була чистою і сухою;
- лікуйте біль і лихоманку (за необхідності давайте препарати по годинах);
- усувайте інші симптоми, використовуйте симптоматичні засоби;
- годуйте і поїть хворого потроху, так часто, як потрібно;
- підтримуйте фізичний контакт.

Реакція на втрату

Після смерті пацієнта важливо допомогти його близьким перенести втрату. Втрата, пов'язана з втратою члена сім'ї, який помер від ТБ/ВІЛ, може бути особливо тяжкою з кількох причин:

- ВІЛ-інфіковані вмирають у відносно молодому віці, тому для близьких ця втрата ще важча;
- родичі стикаються не тільки з втратою коханої людини, а й близькою або віддаленою перспективою фінансових і соціальних проблем;
- з горем тяжче впоратися через «хвбний» характер хвороби;
- можливо, інші члени сім'ї вже померли від ТБ/ВІЛ або члени сім'ї теж інфіковані і можуть померти від ТБ/ВІЛ.

Таблиця 16. Основні зміни в стані хворих наприкінці життя і рекомендації для членів родини і осіб, які доглядають їх

Тип змін	Останні місяці життя	Останні тижні життя	Останні дні життя	Останні 24—48 год життя
<i>Зміни при наближенні смерті</i>				
Медичні	<ul style="list-style-type: none"> Посилюється слабкість Подовжується сон Знижується апетит Посилюється біль чи інші симптоми 	<ul style="list-style-type: none"> Подовжується час перебування у ліжку Безсоння Знижується інтерес до їжі і пиття Наростає слабкість Утруднюється ходьба 	<ul style="list-style-type: none"> Нетримання сечі і калу Неспання вночі, сон вдень Пітливість Сплутаність свідомості Порушення інтелекту Блідість Порушення дихання 	<ul style="list-style-type: none"> Сонливість Неспокій Збудження Поступова або раптова втрата свідомості Наростаючі зміни кольору шкіри Періодичне дихання Клекочуче дихання Стогони Делірій
Емоційні	<ul style="list-style-type: none"> Збільшується потреба в близькому спілкуванні, розмові, фізичному контакті, вираженні любові Соціальне віддалення Посилюється печаль, плаксивість 	<ul style="list-style-type: none"> Бажання говорити про організацію похорону Періоди вираження сильних емоцій «Торги» Пригадування пережитого, обговорення подій, що минули Підбадьорювання близьких Страх засинання 	<ul style="list-style-type: none"> Заспокоєння Підвищення комунікабельності Слова прощання Посилення тривожності 	<ul style="list-style-type: none"> Хворий може не відповідати або майже не відповідати Сплутаність свідомості, делірій, нездатність ясно виражати емоції
Духовні	<ul style="list-style-type: none"> Підвищення інтересу до духовних питань Молитва Бажання спілкування з духовним, релігійним наставником Звернення до віри 	<ul style="list-style-type: none"> Уявлення образів померлих близьких Укріплення віри в Бога Періоди уходу в себе 	<ul style="list-style-type: none"> Прояснення думок і емоцій Умиротворення і переосмислення 	<ul style="list-style-type: none"> Осягнення інших вимірів життя Умиротворення Глибокий мирний сон
<i>Рекомендації для членів родини й інших осіб, які доглядають хворого</i>				
Для всіх змін	<ul style="list-style-type: none"> Дозволити хворому обирати ту їжу, яка йому подобається Вмовляти пити та їсти, але не примушувати Допомагати пересуватися Допомогти створити зручну і безпечну обстановку Тісно співпрацювати з медичною бригадою, повідомляти про нові симптоми і наростання симптомів, які вже проявилися Надавати моральну підтримку, слухати Не намагатися заперечувати хворобу, не говорити, що «все буде добре» Дозволити хворому плакати і виражати емоції 	<ul style="list-style-type: none"> Підтримувати бажання хворого відпочивати, коли він цього потребує Повідомляти медичних працівників про посилення болю та інших симптомів Помічати будь-які зміни сну, харчування та ін. Підтримувати бажання хворого обговорювати питання, пов'язані зі смертю Обмежувати відвідування, щоб хворий міг відпочивати Дати можливість говорити про пережите, згадувати Забезпечити фізичний контакт Говорити про любов, прощення 	<ul style="list-style-type: none"> Тримати постіль, одяг хворого чистими та сухими У лежачих хворих часто змінювати положення Пропонувати їжу і пиття, але не наполягати Стежити за рівнем свідомості; перед годуванням переконатися, що хворий може ковтати Підтримувати фізичний контакт Змочувати губи шматочками льоду або вологим тампоном Продовжувати розмовляти з хворим, включати його улюблену, заспокійливу музику 	<ul style="list-style-type: none"> Якщо необхідно, прикладати теплі або холодні компреси, якщо у хворого озноб або жар Розмовляти з хворим, навіть якщо він не відповідає Виразити емоції Повідомляти медичних працівників про зміни дихання (члени родини повинні знати, що перед смертю можливі порушення дихання) Повідомити медичних працівників про ознаки страждання (гримаса болю) Давати ліки за необхідності або як приписано Вербально і невербально підтримувати хворого

Тип змін	Останні місяці життя	Останні тижні життя	Останні дні життя	Останні 24—48 год життя
	<ul style="list-style-type: none"> • Не намагатися приховати сум • Молитися разом з хворим, якщо це можливо • Допомогти налагодити спілкування з духовним наставником 	<ul style="list-style-type: none"> • Якщо хворий боїться темряви, залишати світло в кімнаті • Часто говорити, що близькі будуть поруч з ним • Разом обговорювати духовні питання 	<ul style="list-style-type: none"> • Члени родини можуть по черзі чергувати біля ліжка хворого • Молитися разом із хворим 	<ul style="list-style-type: none"> • Попрощатися і дати змогу хворому померти • Запевнити хворого, що його будуть любити і пам'ятати • Сказати про любов і прощення

Усе це вимагає від професіоналів, які надають допомогу при ТБ/ВІЛ, участі та уваги, необхідних близьким померлого і сиротам для того, щоб

впоратися з горем і численними стражданнями, пов'язаними з ТБ/ВІЛ, які часто обрушуються на сім'ї.