

# ELNEC

END-OF-LIFE NURSING EDUCATION CONSORTIUM

*International Curriculum*

## РУКОВОДСТВО

## ДЛЯ

## ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ

### Модуль 3

### СНЯТИЕ СИМПТОМОВ

*Примечание: Не все лекарства доступны в каждой отдельной стране. Некоторые лекарства могут иметься в наличии в вашей стране, но не упоминаются в данных модулях. Проверьте наличие подобных лекарств в вашем справочнике лекарственных препаратов.*

## Модуль 3

### Снятие симптомов

#### Обзор модуля

Данный модуль основывается на Модуле 2: Снятие боли путем устранения других симптомов, характерных для поздних стадий заболевания, и роль медсестры в снятии этих симптомов.

#### Основные идеи

- Существует много физических и психологических симптомов, характерных для конца жизни.
- Оптимальное лечение симптомов включает всестороннюю оценку и использование медикаментозного и немедикаментозного лечения.
- В процессе снятия симптомов медсестры должны работать во взаимодействии с врачами и представителями других специальностей.

#### Задачи

После завершения этого модуля участник сможет:

1. Определить характерные симптомы, связанные с процессами в конце жизни у пациентов из различных возрастных групп.
2. Определять возможные причины симптомов в конце жизни.
3. Описывать оценку симптомов в конце жизни.
4. Описывать меры вмешательства, которые могут предотвратить или облегчить симптомы в конце жизни.

## **Модуль 3. Снятие симптомов**

### **Конспект курса обучения**

#### **I ВВЕДЕНИЕ**

- A. Основные элементы деятельности по снятию симптомов
  - 1. Анализ и оценка
  - 2. Работа многопрофильной группы
  - 3. Финансовые проблемы
  - 4. Показания для назначения диагностических анализов
  - 5. Исследование
- B. Симптомы и страдание
- C. Наиболее важные симптомы в лечении в конце жизни

#### **II ОБЩИЕ СИМПТОМЫ**

##### Респираторные симптомы

- A. Одышка
  - 1. Определение/обзор
  - 2. Причины
    - a. Пульмональные
    - b. Кардиологические
    - c. Нейромышечные
    - d. Другие причины
  - 3. Оценка
    - a. Субъективное описание пациента
    - b. Влияние на жизненные функции и качество жизни
    - c. Клиническая оценка
  - 4. Лечение
    - a. Фармакологическое
    - b. Нефармакологическое
    - c. Другое лечение
- B. Кашель
  - 1. Определение/обзор
  - 2. Причины
  - 3. Виды кашля
  - 4. Оценка
  - 5. Лечение
    - a. Фармакологическое
    - b. Нефармакологическое

##### Желудочно-кишечные симптомы

- C. Анорексия/кахексия
  - 1. Определение/обзор
  - 2. Причины
    - a. Причины, связанные с болезнью
    - b. Психологические причины
    - c. Причины, связанные с лечением
  - 3. Оценка
    - a. Физические данные
    - b. Влияние на жизненные функции
    - c. Влияние на пациента/членов семьи

- d. Подсчет калорий/ежедневный контроль веса
- e. Лабораторные исследования
- 4. Лечение
  - a. Консультации врача-диетолога/вмешательство с помощью диеты
  - b. Лекарственные препараты
  - c. Парентеральное или энтеральное питание
  - d. Проблема неприятных запахов
  - e. Психотерапия
- D. Запор
  - 1. Определение/обзор
  - 2. Причины
    - a. Причины, связанные с болезнью
    - b. Причины, связанные с лечением
  - 3. Оценка
    - a. Характер стула в прошлом
    - b. Обследование брюшной полости
    - c. Ректальное обследование
    - d. Обзор лекарственных препаратов
  - 4. Лечение
    - a. Лекарственные препараты
    - b. Вмешательство с помощью диеты и потребления жидкостей
    - c. Дополнительные методы
    - d. Вспомогательные методы
- E. Диарея
  - 1. Определение/обзор
  - 2. Причины
    - a. Причины, связанные с болезнью
    - b. Психологические причины
    - c. Причины, связанные с лечением
  - 3. Оценка
    - a. Характер стула в прошлом
    - b. Обзор лекарственных препаратов
    - c. Проанализируйте инфекционный процесс
  - 4. Лечение
    - a. Лечите этиологию соответствующими методами
    - b. Изменение диеты (увеличить потребление рассыпчатой пищи, снизить потребление газообразующей пищи)
    - c. Гидратация
    - d. Лекарственные препараты
- F. Тошнота/рвота
  - 1. Определение/обзор
  - 2. Причины
    - a. Физиологические
    - b. Психологические
    - c. Причины, связанные с болезнью
    - d. Причины, связанные с лечением
    - e. Другие причины
  - 3. Оценка
    - a. Клиническая/физическая
    - b. История
    - c. Результаты лабораторных исследований

4. Лечение
  - a. Фармакологическое
  - b. Нефармакологическое
  - c. Инвазивная терапия

Общие/соматические симптомы

G. Усталость

1. Определение/обзор
2. Причины
  - a. Причины, связанные с болезнью
  - b. Психологические
  - c. Причины, связанные с лечением
3. Оценка
  - a. Субъективная
  - b. Объективная
  - c. Данные лабораторных исследований
4. Лечение
  - a. Фармакологическое
  - b. Нефармакологическое

H. Депрессия

1. Определение/обзор
2. Причины
  - a. Причины, связанные с болезнью
  - b. Психологические
  - c. Причины, связанные с приемом лекарств
  - d. Причины, связанные с лечением
3. Оценка
  - a. Ситуативные факторы
  - b. Психиатрические заболевания/лечение в прошлом
  - c. Факторы риска
  - d. Вопросы для оценки депрессии
  - e. Оценка опасности суицида
4. Лечение
  - a. Фармакологическое
  - b. Нефармакологическое

I. Беспокойство

1. Определение/обзор
2. Причины
3. Оценка
  - a. Симптомы
  - b. Вопросы для оценки
4. Лечение
  - a. Фармакологическое
  - b. Нефармакологическое

J. Бред/возбуждение/смятение

1. Определение/обзор
2. Причины
3. Оценка
4. Лечение

K. Раны

1. Определение/обзор
2. Причины

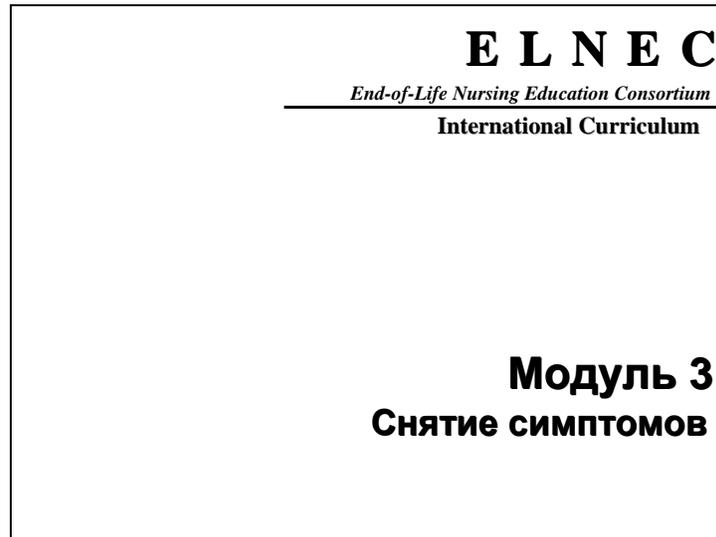
- 3. Оценка
- 4. Лечение
- L. Припадки
  - 1. Определение/обзор
  - 2. Причины
  - 3. Оценка
  - 4. Лечение
- M. Жар
  - 1. Определение/обзор
  - 2. Причины
  - 3. Оценка
  - 4. Лечение
- N. Лимфедема
  - 1. Определение/обзор
  - 2. Оценка
  - 3. Лечение

- III. ВЫВОД
  - A. Ключевая роль медсестринского ухода
  - B. Проблемы снятия симптомов

## Модуль 3. Снятие симптомов

### Краткий конспект

Slide 1



- Существует много физических и психологических симптомов, которые характерны для конца жизни. Многие симптомы наблюдаются в конце жизни, и важно, чтобы они оценивались и эффективно снимались.
- В данном модуле рассматриваются некоторые характерные симптомы, которые испытывают пациенты с опасным для жизни заболеванием. Всеобъемлющий обзор всех возможных симптомов выходит за рамки этого курса обучения. Симптомы могут быть различными в зависимости от заболевания, лечения (проводимого в прошлом или в настоящее время), предшествующей истории болезни, а также других факторов.
- Посредством оценки и снятия симптомов медсестры могут улучшить качество жизни пациентов и членов их семей.

**Примечание.** В этом модуле содержится много дополнительных обучающих материалов, анализов конкретных случаев и других обучающих мероприятий, способствующих более эффективному представлению этого материала преподавателями.

○  
○  
○

## Основные элементы деятельности по снятию симптомов

- Непрерывные анализ и оценка
- Необходима междисциплинарная слаженная работа
- Финансовые вопросы (доступные варианты)
- Необходимо проведение исследования

Coyne et al., 2002

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- **Важные элементы деятельности по снятию симптомов:**
  - Анализ и оценка симптомов являются существенным элементом в любых условиях предоставления медицинского обслуживания, требующим тщательного непрерывного анализа и оценки медицинского вмешательства.
  - Снятие симптомов требует сплоченной работы многопрофильного коллектива для обеспечения оптимального лечения. Крайне важно тесное сотрудничество между медсестрами и врачами.
  - Финансовые вопросы могут быть важными факторами для некоторых семей и должны учитываться в вашем общем плане лечения. Критерий назначения диагностических анализов:
    - ◆ Каждый назначенный анализ должен помочь определить требуемое медицинское вмешательство.
    - ◆ Если никаких изменений в снятии симптомов не наблюдается, необходимо поставить вопрос о целесообразности анализа.
  
- Паллиативное лечение находится на ранней стадии развития, поэтому необходимо провести большой объем исследований в области снятия симптомов (Coyne и др., 2002 г.)
  - Рекомендации по клинической практике Проекта национального консенсуса, касающиеся качества паллиативного лечения (National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care) включают сферу деятельности, полностью посвященную физическим аспектам лечения: «Рекомендация 2.1. Снятие боли, других симптомов и побочных эффектов основывается на лучших из имеющихся данных, которые применяются грамотно и систематически». См. <http://www.nationalconsensusproject.org> для получения более подробной информации (NCP, 2004 г.).

○  
○  
○

## **Симптомы и страдание**

- **Симптомы приводят к страданию и недомоганию**
- **Психосоциальное вмешательство — важный фактор, дополняющий фармакологические методики**
- **Необходимость в многопрофильном лечении**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Подобно боли, другие физические и психологические симптомы вызывают страдания и недомогания. Психосоциальное вмешательство — важный фактор, дополняющий фармакологические методики.
- Помощь священнослужителей, социальных работников и психологов необходима при работе с людьми, испытывающими страдания.

○  
○  
○

## Общие симптомы

- **Респираторные**
  - Одышка, кашель
- **Желудочно-кишечные**
  - Потеря аппетита, запор, диарея, тошнота/рвота
- **Общие/соматические**
  - Усталость/слабость
- **Психологические**
  - Депрессия, тревога, бред/возбуждение/смятение

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Следующие симптомы были выбраны для изучения в рамках данного курса обучения, потому что они часто наблюдаются у пациентов, страдающих неизлечимой болезнью, и причиняют крайне тяжелые страдания пациентам и членам их семей. Для каждого из вышеупомянутых симптомов мы рассмотрим:
  - определение симптома;
  - причины возникновения симптома;
  - оценку симптома;
  - лечение симптома (фармакологическое и нефармакологическое).

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 15. Симптомы, характерные для конца жизни

○  
○  
○

## Одышка

- **Мучающее затруднение дыхания**
- **Ассоциированные болезни**

Dudgeon, 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- **Определение и обзор диспноэ:**
  - Диспноэ — мучающее затруднение дыхания, которое часто называют одышкой.
  - Приступ диспноэ может вызвать сильный страх.
  - Заболевания, обычно связанные с этим симптомом, включают в себя:
    - ◆ заболевание легких,
    - ◆ сердечное заболевание,
    - ◆ инсульт,
    - ◆ приобретенное слабоумие,
    - ◆ последняя стадия заболевания почек,
    - ◆ метастатический рак (Potter и др., 2003 г.; Zambroski и др., 2005 г.).
  
- Этот симптом наблюдается у пятидесяти процентов от общего числа амбулаторных пациентов, больных раком, и у 70% пациентов с поздней стадией рака (Dudgeon, 2006 г.; Luce & Luce, 2001 г.; Nelson и др., 2001 г.).

o  
o  
o

## Причины одышки

- Основные легочные причины
- Основные кардиологические причины
- Основные нервно-мышечные причины
- Другие причины

E L N E C International Curriculum    o   o   o   o   o   o   o

- Существуют различные причины возникновения диспноэ:
  - Основные причины легочного характера
    - ◆ Проникновение опухоли
    - ◆ Аспирация
    - ◆ Плевральный выпот — может быть в виде крови, злокачественной или незлокачественной жидкости
    - ◆ Синдром верхней полой вены
    - ◆ Пневмония
    - ◆ Легочная эмболия
    - ◆ Хроническое обструктивное заболевание легких (COPD)
    - ◆ Густые выделения, вызванные инфекционным процессом или дегидратацией
    - ◆ Бронхоспазм
    - ◆ Асциты, которые могут затруднить перемещение диафрагмы
  - Основные причины кардиологического характера
    - ◆ Застойная сердечная недостаточность
    - ◆ Отек легких и повышенное давление в легких
    - ◆ Тяжелая анемия
    - ◆ Сердечно-сосудистые заболевания
  - Основные причины нервно-мышечного характера
    - ◆ Боковой амиотрофический склероз (ALS)
    - ◆ Мышечная дистрофия
    - ◆ Миастения gravis
    - ◆ Цереброваскулярные заболевания
    - ◆ Травма в результате физических повреждений
- Другие причины могут включать тревожное ощущение, метаболические нарушения (например, алкалоз), ожирение и проблемы в области духовной сферы (например, чувство вины и вопросы доверия)

о  
о  
о

## Оценка одышки

- **Использование субъективного описания**
- **Клиническая оценка**
  - **Физикальное обследование**
  - **Диагностические исследования**

Coyne et al., 2002; Dudgeon, 2006

E L N E C International Curriculum    о    о    о    о    о    о    о

- Оценка диспноэ имеет весьма важное значение (Coyne и др., 2002 г.; Dudgeon, 2006г.; Thomas & von Gunten, 2002 г.).
- Оценка диспноэ подобна оценке боли — субъективное описание пациента является единственным надежным показателем этого симптома.
  - Оценка должна включать: влияние, оказываемое на функциональное состояние, факторы, улучшающие или ухудшающие этот симптом, оценку дыхательных шумов, наличие болей в груди и/или другой боли, которая может усугубить проблему, и уровень оксигенации.
  - Подумайте, какие, подходящие диагностические анализы, возможно, будут полезны для лечения исходной причины.
  - Частота дыхания и уровень оксигенации пациента не всегда соотносятся с симптомом одышки.
  - Степень диспноэ может быть не связана с тяжестью заболевания.
- Влияние на жизненные функции и качество жизни
  - Оцените способность человека спать, одеваться, разговаривать, есть и т.д.
  - Пациент может сообщать об одышке, несмотря на хороший уровень оксигенации или ограниченное состояние болезни.
- Клиническая оценка
  - Цель клинической оценки — определить какую-либо исходную патофизиологию, чтобы выработать наиболее эффективный план лечения.
  - Использование какого-либо анализа должно быть основано на соотношении риска и преимуществ, пожеланиях пациента и прогнозе продолжительности жизни.
  - Оценка должна включать наличие в прошлом приступов острой или хронической диспноэ, курения, заболеваний сердца или легких или сопутствующих заболеваний.
  - Физикальный осмотр. Повышенное давление в яремной вене, двусторонний треск, частота и глубина дыхания, использование дополнительных мышц, боль при дыхательных движениях, функциональное состояние.
  - Диагностические анализы должны выполняться, только если они помогут установить причину диспноэ, и должны применяться, только если они изменят или будут направлять лечение. Рентген грудной клетки, электрокардиограмма, исследование функции лёгких, определение газа артериальной крови, сывороточный калий, магний, фосфат, насыщенность кислородом, сканирование при помощи спиральной компьютерной томографии, полный анализ крови и т.д.

○  
○  
○

## Лечение одышки

- **Лечение симптомов или исходной причины заболевания**
- **Фармакологическое лечение**
  - Опиоиды
  - Бронхолитические средства
  - Мочегонные средства
  - Другое

Coyne et al., 2002; Dudgeon, 2006;  
Jacobs, 2003

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Диспноэ можно лечить с помощью разнообразных фармакологических средств.
- На последней стадии заболевания необходимо лечить симптом, одновременно оценивая, следует или нет лечить исходную причину. Попытки лечить исходную причину включают лечение инфекций или предотвращение прогрессирования опухоли. Как фармакологическое, так и нефармакологическое лечение должно начинаться одновременно, с учетом условий конкретного случая. Дозировка может колебаться в широких пределах. Фармакологические виды лечения описаны в Таблице 2 (Coyne и др., 2002 г.; Coyne, 2003 г.; Dudgeon, 2006 г.; Jacobs, 2003 г.).

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 1. Снятие симптомов диспноэ

Таблица 2. Фармакологическое лечение диспноэ

○  
○  
○

## Лечение одышки

- **Нефармакологическое лечение**
  - Кислород
  - Консультирование
  - Дыхание через поджатые губы
  - Экономия усилий
  - Вентиляторы, возвышение
  - Другое

Coyne et al., 2002; Dudgeon, 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Существует множество нефармакологических видов/методов лечения диспноэ (Berenson, 2006 г.; Coyne и др., 2002 г.; Dahlin, 2006 г.; Gallagher & Roberts, 2004 г.; Jacobs, 2003 г.). К ним относятся:
  - Использование кислорода для негипоксимических пациентов может иметь ограниченные преимущества. Всегда следует рассматривать возможность пробного применения кислорода.
  - Психотерапия может включать использование когнитивно-поведенческих, межличностных и дополнительных стратегий.
  - Дыхание через полусомкнутые губы замедляет частоту дыхания и уменьшает спадение дыхательных путей.
  - Методы экономии усилий могут помочь сохранить тонус, уменьшить усталость и дать пациенту возможность управлять изменениями в образе жизни.
  - Вентиляторы, открытые окна и кондиционеры обеспечивают циркуляцию воздуха.
  - Подъем изголовья кровати и способность пациента сидеть прямо уменьшают ощущение удушья и способствуют расширению легких. Укладывание рук пациента на подушки может способствовать воздухообмену.
  - Молитва может способствовать утешению и расслаблению.
  - Просвещение пациента/членов семьи уменьшает тревожность.
  - Музыка как способ релаксации и отвлечения также уменьшает одышку.
  - Спокойная обстановка в комнате.
  - Холодный воздух, направленный в щеку, может уменьшить ощущение нехватки воздуха (Burgess & Whitelaw, 1988 г.; Schwartzstein и др., 1987 г.).
  - К другим методам относятся переливания крови, плевральная пункция, установка ограничительной трубки для открытия закупоренных дыхательных путей, эндобронхиальная лазерная терапия, лучевая терапия для уменьшения размеров опухоли, парацентез.

○  
○  
○

## Кашель

- **Общий симптом при прогрессирующей болезни**
- **Вызывает боль, усталость, бессонницу**

Neudert et al., 2001

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Кашель — распространенный симптом на поздней стадии болезни. Кашель, как и диспноэ, может очень мешать и истощать пациента, вызывая боль, слабость, рвоту и бессонницу.
- От 39 до 80 процентов пациентов, получающих паллиативное лечение, испытывают проблемы, связанные с кашлем (Dudgeon, 2006 г.; Estfan & LeGrand, 2004 г.).
- Продолжительный кашель также является постоянным напоминанием об ухудшении болезни. Кашель часто присутствует на поздних стадиях заболеваний, таких как бронхит, застойная сердечная недостаточность, ВИЧ/СПИД и различные виды рака, однако пациенты с раком легких, сталкиваются с этим симптомом наиболее часто (Coyne и др., 2002 г.; Neudert и др., 2001г.).

°  
°  
°

## Причины кашля

- **Оценка исходной причины (например: инфекция, синусит, рефлюкс)**
- **Оценка вида кашля**
- **Оценка сопутствующих симптомов**
- **Могут быть необходимы диагностические исследования**

Coyne et al., 2002

E L N E C International Curriculum    °   °   °   °   °   °   °

- Причины кашля могут быть различными. Возможными причинами могут быть носоглоточный насморк, бронхит, непроходимость, астма, плевральный выпот, легочная эмболия, пневмоторакс и т.д.).
- Определите виды кашля:
  - Острый: может быть вызван контактом с аллергенами, раздражителями из внешней среды, носоглоточным насморком, всасыванием содержимого желудка, повреждениями легких, пневмонией, туберкулезом или присутствием инородных предметов.
  - Хронический: может быть следствием контакта с аллергенами или другого хронического заболевания (например, к бронхита/воспаления дыхательных путей).
  - Ночной: предполагает наличие гастроэзофагеальной рефлюксной болезни, астмы или застойной сердечной недостаточности.
- Оценка должна включать (Coyne и др., 2002 г.):
  - Должна быть получена история болезни и проведено физикальное обследование, которые предоставят информацию об усугубляющих/облегчающих факторах, ассоциируемых симптомах, отделении мокроты, что включает исследование цвета, консистенции, присутствия крови.
- Может потребоваться рентген грудной клетки или пазухи. Однако выбор анализов определяется прогнозом продолжительности жизни и пожеланиями пациента.

○  
○  
○

## Фармакологическое вмешательство для лечения кашля

- **Супрессивные средства/отхаркивающие средства**
- **Антибиотики**
- **Стероиды**
- **Антихолинергические средства**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Существует много различных способов фармакологического вмешательства для лечения кашля.
- Супрессивные средства/отхаркивающие средства:
  - Опиаты (морфина сульфат)
  - Местные болеутоляющие средства (бензонатат, лидокаин в форме аэрозоля)
  - Отхаркивающие/средства против кашля (гуаифенезин, декстрометорфан)
- Антибиотики:
  - Пенициллин
- Стероиды:
  - Дексаметазон
- Антихолинергические средства:
  - Атропин, гиосциамин, гидробромид

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 3. Фармакологическое вмешательство для лечения кашля

○  
○  
○

## Нефармакологическое вмешательство для лечения кашля

- Физиотерапия грудной клетки
- Увлажнитель
- Регулировка положения



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- При лечении кашля следует рассматривать возможность применения нефармакологического вмешательства. Нефармакологические методы включают:
  - Физиотерапия грудной клетки помогает оттоку выделений у ослабленного пациента.
  - Увлажнитель, как правило прохладный, может помочь избавиться от учащенного дыхания и жидких выделений.
  - Подъем изголовья кровати/закрепление дает пациенту способность вывести или управлять оттоком выделений более эффективно.
  - Имеются данные о том, что напитки, содержащие кофеин, обладают действием, расширяющим сосуды легких.
- Можно использовать лучевую терапию, особенно при кровохаркании.

○  
○  
○

## Анорексия и кахексия

- **Анорексия - потеря аппетита, обычно сопровождаемая уменьшением потребления пищи**
- **Кахексия - недостаточное питание и потеря веса**

Kemp, 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Анорексия и кахексия обычно возникают на поздней стадии заболевания, и услуги паллиативного лечения должны быть подготовлены для этих симптомов.
- Анорексия — это:
  - Отсутствие желания есть или потеря аппетита, ведущие к уменьшению потребления пищи (Kemp, 2006 г.).
- Кахексия — это:
  - Общая нехватка питания и истощение, возникающие в ходе хронического заболевания.
  - Результат метаболических отклонений.
  - Усиливает недомогания, отрицательно влияет на самооценку и представление о своем теле, ассоциируется с пониженной выживаемостью и служит постоянным напоминанием о болезни и надвигающейся смерти.
  - Этиология редко обратима на поздних стадиях заболевания.
- Потеря веса наблюдается при обоих состояниях. Пониженный аппетит может наблюдаться на очень ранней стадии некоторых заболеваний. В некоторых медицинских учреждениях основная причина направления на консультацию к специалистам по паллиативному лечению связана с вопросами в сфере питания. К сожалению, слишком активно стимулированное питание не улучшает выживаемость или качество жизни и в действительности может создать более дискомфортные условия для пациента. Искусственное питание — медицинская процедура, требующая серьезного рассмотрения, так как она может быть болезненной и дорогостоящей. Искусственное питание может привести к тошноте, рвоте и диарее. Этот вид терапии иногда дает пациенту/членам семьи ложную надежду, что эта терапия позволит им «поправиться». Забота о пациенте и членах семьи, когда они имеют дело с реальным и символическим значением питания, требует постоянного утешения и поддержки.

o  
o  
o

## Причины анорексии и кахексии

- **Связанные с болезнью**
- **Психологические**
- **Связанные с лечением**

Bistran, 1999; Fainsinger & Periera, 2004  
Roth & Breitbart, 1996

E L N E C International Curriculum    o   o   o   o   o   o   o

- Причины анорексии/кахексии у неизлечимо больных пациентов могут быть различными, в том числе:
  - Связанные с болезнью:
    - ◆ Оральная или общая инфекция, такая как кандидоз, может вызывать дискомфортные ощущения при приеме пищи.
    - ◆ Боль при приеме пищи может возникать при определенных заболеваниях, таких как панкреатит.
    - ◆ Хроническая тошнота и рвота могут быть вызваны лечением, лекарствами или прогрессированием заболевания.
    - ◆ Запор может быть вызван лекарствами, пониженным потреблением жидкости или неактивным образом жизни.
    - ◆ Метаболические изменения, в значительной степени, могут быть связаны с общей воспалительной реакцией и стимулированием выработки цитокина (Bistran, 1999 г.).
    - ◆ Задержки при опорожнении желудка и язвы могут уменьшить желание человека потреблять пищу.
    - ◆ Диарея приводит к повышенной слабости, и потребление пищи может усугубить симптом.
    - ◆ Нарушение всасывания может быть результатом приема лекарств или развития болезни.
    - ◆ Непроходимость кишечника может быть следствием опухоли/развития болезни.
    - ◆ Повышенное внутричерепное давление является частой причиной хронической тошноты при неизлечимой болезни (Fainsinger & Periera, 2004 г.).
  - Психологические:
    - ◆ Проявлением депрессии являются многие соматические симптомы, в том числе анорексия (Meuer и др., 2003 г.).
  - Связанные с лечением:
    - ◆ Вкусовые изменения часто являются результатом лечения, такого как химиотерапия.
    - ◆ Воздействие лучевой терапии, включая стеноз кишечника и фистулы, может вызывать проблемы у пациентов в течение долгого времени после завершения лечения.

○  
○  
○

## Оценка анорексии и кахексии

- **Физические данные**
- **Влияние на жизненные функции и качество жизни**
- **Подсчет калорий/ежедневный контроль веса**
- **Лабораторные исследования**
- **Разрушение кожи**

Kemp, 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Должная оценка анорексии и кахексии крайне важна (Kemp, 2006 г.).
- Физические данные — физикальный осмотр включает оценку потери веса, мышечной массы, желудочного стаза, потери сил и уменьшения жировой прослойки. Обратите внимание на то, что отек может маскировать истощение.
- Влияние на жизненные функции
  - Проанализируйте, увеличилась ли слабость и/или утомляемость.
  - Проанализируйте, имеются ли признаки и симптомы, относящиеся к депрессии или смятению.
- Влияние на пациента/членов семьи — обсудите восприятие и реакцию пациента/ членов семьи на этот симптом и на качество жизни.
- Подсчет калорий/ежедневный контроль веса
  - Проанализируйте, имелось ли у пациента уменьшенное потребление пищи/жидкости.
  - Подсчет калорий имеет большое значение наряду с ежедневным контролем веса.
  - Использование этих оценок следует постоянно анализировать, так как на более поздней стадии заболевания они могут оказаться ненужными и могут привести к тяготам и страданиям.
- Лабораторные исследования — концентрация сывороточного альбумина уменьшается при сокращении питания; однако этот результат лабораторных исследований является последним показателем. Следовательно, если отмечается низкий уровень альбумина, это значит, что проблема имеет место уже в течение от 2 до 3 недель.
- Боль, связанная с приемом пищи.
- Риск разрушения кожных покровов.

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 14. Оценка анорексии

○  
○  
○

## Лечение анорексии и кахексии

- **Консультации врача-диетолога**
- **Лекарственные препараты**
- **Парентеральное/энтеральное питание**
- **Устранение запаха**
- **Консультирование**

Earthman, 2002; Kemp, 2006; MacDonald, 2003

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Медицинское вмешательство в связи с анорексией и кахексией, должно быть индивидуальным. Прием пищи всегда должен быть удовольствием. Иногда уместно обратиться к врачу-диетологу.
- Пациентов следует поощрять:
  - Есть любимую пищу.
  - Отказаться от ограничений диеты.
  - Высококалорийная пища, принимаемая дробно в небольших количествах, может улучшить питание.
  - То, как подается пища, имеет большое значение — небольшое количество; частые приемы пищи маленькими порциями.
- Лекарственные препараты
  - Стимуляторы аппетита, в частности ацетат мегестрола.
  - Оланзапин или миртазапин могут быть полезны для улучшения аппетита.
  - Прокинетики (например, метоклопрамид) могут быть полезны для улучшения опустошения желудка.
  - Также могут быть полезны другие средства, такие как алкоголь (например, вино перед приемом пищи), дронабинол, кортикостероиды, талидомид, ARP (аденозин трифосфат), EPA (омега-3 жирные кислоты), ингибитор TNF (ингибитор фактора некроза опухолей) или оксандралон (Earthman и др., 2002 г.; MacDonald, 2003 г.).
- Парентеральное или зондовое питание — в некоторых случаях парентеральное или зондовое питание может быть полезно для пациентов, которые не могут глотать, но сохраняют аппетит, например при раке пищевода.
- Проблему неприятных запахов, которые мешают потреблению пищи, можно решить, разделив время приготовления и время приема пищи или удалив пациента на некоторое расстояние от кухни.
- Психотерапия
  - В целом, проблема кахексии может быть одним из симптомов, вызывающих наиболее сильные страдания у пациентов и членов их семей. В отношении этого симптома необходимы постоянный анализ, поддержка и руководство.

○  
○  
○

## Запор

- **Редкий стул**
- **Частый симптом при паллиативном лечении**
- **Залог успеха в предотвращении**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Определение запора звучит как редкий стул. Запор наблюдается приблизительно у 10% населения, но среди взрослых пациентов этот показатель может составлять 50-78% (Potter и др., 2003 г.; Sykes, 2004 г.).
- Сопутствующие симптомы могут включать в себя:
  - Внутривнутрикишечное давление
  - Напряжение
  - Спазмы/растяжение/вздутие
- Запор является частым симптомом у пациентов в конце жизни (см. Конспект информации о раке (Cancer Information Summaries) Национального института по борьбе с раком PDQ®: «Поддерживающий уход: желудочно-кишечные осложнения» по адресу: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/healthprofessional>).
- Запор может быть создавать значительные затруднения для пациента, и эта ситуация может вылиться в серьезную проблему. Открытый и честный разговор об этом симптоме и поощрение при обсуждении помогает предотвратить значительные страдания. Спросите у пациента, как по его/ее мнению должна быть решена эта проблема.

**КЛЮЧ К РЕШЕНИЮ ПРОБЛЕМЫ — ПРОФИЛАКТИКА!**

○  
○  
○

## Причины запора

- **Связанные с болезнью (например, непроходимость, гиперкальцемиа, неврологические, малоподвижный образ жизни)**
- **Связанные с лечением (например, опиоиды, другие лекарства)**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Существует много причин запора, связанных с болезнью и лечением.
- Причины, связанные с болезнью:
  - Непроходимость кишечника, частичная или полная, связана с присутствием опухоли либо сдавливания кишечника. Наиболее часто это наблюдается при мезотелиоме, раке яичников или желудочно-кишечного тракта.
  - Гиперкальцемиа и гипокалиемиа.
  - Сдавливание или перерезка спинного мозга могут замедлять прохождение пищи через кишечник.
  - Сопутствующее заболевание, такое как диабет, может повлиять на неврологическую стимуляцию желудочно-кишечной перистальтики. Другие заболевания, такие как колит, гипотиреоз, дивертикулит или хронические неврологические расстройства также могут повлиять на моторику кишечника.
  - Хирургические швы могут оставлять шрамы.
  - Дегидратация может повлиять на консистенцию стула, приводя к формированию сухого, жесткого стула.
  - Неактивный образ жизни, слабость или отсутствие уединения могут изменить режим работы кишечника.
  - Боль, особенно связанная с дефекацией, также может вызвать запор.
  - Пониженный мышечный тонус брюшной полости.
  - Депрессия и, как результат, бездеятельность, являются факторами, приводящими к возникновению запора.
- Причины, связанные с приемом лекарств:
  - Опиаты могут угнетать перистальтику, повышать тонус сфинктеров, увеличивать поглощение электролитов и воды и нечувствительность к ректальному растяжению, а также уменьшать потребность в опорожнении кишечника.
  - Антидепрессанты могут замедлять перистальтику, что может привести к запору.
  - Антациды приводят к затвердеванию стула, затрудняя дефекацию.
  - Лекарственные препараты, используемые в химиотерапии, такие как алкалоиды барвинка, оказывают нейротоксическое воздействие на кишечник, что увеличивает время прохождения в толстой кишке. Цисплатин, оксалиплатин и талидомид вызывают изменения вегетативной нервной системы.

○  
○  
○

## Оценка запора

- **История болезни**
- **Обследование брюшной полости**
- **Ректальное обследование**
- **Пересмотр медикаментозной терапии**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Оценка — ключ к предотвращению и лечению запора
- Характер стула в прошлом
  - Оценка запора должна включать изучение характера стула в прошлом (т.е. свойства [внешний вид и консистенция] и частоту стула, случаи применения лекарственных препаратов, потребление жидкости, анорексию, присутствие тошноты и рвоты, связанных с запором, наличие сопутствующих расстройств здоровья, проблемы, связанные с запором, имевшие место до болезни).
    - ◆ Медсестра должна помнить о том, что определение запора является очень индивидуальным в зависимости от конкретного пациента, и задачей является определить, что является нормой для каждого пациента.
- Обследование брюшной полости
  - Проведите обследование брюшной полости, чтобы исключить непроходимость: обследование на наличие вздутия, болезненности, кишечного шума (т.е., гиперактивный, гипоактивный или отсутствует), перкуссия и обследование прямой кишки на предмет атонии.
  - Рентгенологическое обследование брюшной полости может быть необходимо для исключения непроходимости кишечника.
- Ректальное обследование
  - Цифровое ректальное обследование пациента, страдающего нейтропенией, необходимо проводить только после тщательного изучения конкретного случая. Обследование может выявить данные о стуле, опухоль или, возможно, грыжу прямой кишки.
  - Визуальное обследование должно сопровождаться обследованием на геморрой, изъязвление или ректальные трещины. Их наличие может вызывать боль при дефекации и/или может быть очагом инфекции.
- Пересмотр медикаментозной терапии
  - Также необходимо тщательно оценить применение препаратов, отпускаемых без рецепта, и травяных сборов, так как некоторые из них, такие как шелковица, лен и ревень имеют слабительные свойства.

○  
○  
○

## Лечение запора

- **Лекарственные препараты**
- **Диета/жидкости**
- **Другие подходы**

Berger et al., 2002

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Запор лечится разнообразными способами.
- Лекарственные препараты
  - Поддержание обычно требует профилактического применения средства для размягчения стула и стимулятора.
  - Если причина неустранима, то лечение должно включать режим опорожнения кишечника. Минимальная частота стула — по крайней мере каждые 72 часа, независимо от потребления пищи.
  - Перед началом любого лечения необходимо исключить наличие непроходимости кишечника.
- Вмешательство с помощью диеты и потребления жидкостей
  - Пациентам необходимо рекомендовать пить жидкости в большом объеме и повышать активность.
  - Многие пациенты имеют собственный режим опорожнения кишечника, который следует поддерживать, если он дает результаты. Следует давать прероральные препараты, прежде чем пробовать ректальные (Berger и др., 2007 г.).
- Дополнительные подходы
  - Суппозитории и/или клизмы необходимо рассматривать, когда пациент больше не может переносить прероральные препараты либо когда они становятся неэффективными. Следует избегать использования клизм в качестве регулярной процедуры в рамках режима опорожнения кишечника, но они могут быть необходимы в некоторых случаях.
  - Метоклопрамид, введенный парентерально, обладает эффективностью, так как повышает перистальтику желудка и время прохождения через кишечник (60-240 мг в день подкожно).
  - Исследование использования налоксона при лечении запора вследствие введения опиоидов, показало смешанные результаты; исследование других опиоидных антагонистов и перорального эритромицина осуществляется в настоящий момент.
- Дополнительные подходы (Berenson, 2006 г.)
  - Имеются отдельные свидетельства того, что массаж также может быть полезным для данных целей (Preece, 2002 г.).

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 4. Фармакологическое лечение запора

Таблица 5. Алгоритм предотвращения и лечения запора, вызванного опиоидами

○  
○  
○

## Диарея

- **Частый жидкий, несформировавшийся стул**
- **Следствия (например, слабость, необходимость в постороннем уходе, разрушение кожи)**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Диарея — частый жидкий, несформированный стул. Хотя эта проблема менее характерна для паллиативного лечения, чем запор, она является распространенным симптомом (Benson и др., 2004 г.). Диарея может вызывать особые проблемы у пациентов с ВИЧ. (См. Конспект информации о раке Национального института по борьбе с раком: «Поддерживающий уход: желудочно-кишечные осложнения» по адресу: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/healthprofessional>).
- Диарея может:
  - Сильно повлиять на качество жизни пациента.
  - Вызвать усталость, электролитные отклонения и депрессию, если диарея длится в течение долгого периода времени.
  - Привести к тому, что пациент и члены семьи окажутся в большей степени привязаны к дому.
  - Создавать неудобства, отнимать время и вызывать такие проблемы, как разрушение кожи и дегидратация.

o  
o  
o

## Причины диареи

- **Связанные с болезнью**
- **Нарушение всасывания**
- **Сопутствующие болезни**
- **Психологические**
- **Связанные с лечением**

E L N E C International Curriculum    o   o   o   o   o   o   o

- Существуют различные причины диареи при неизлечимой болезни.
- Причины, связанные с болезнью:
  - Многочисленные инфекции, вызываемые бактериями и паразитами, которые могут быть возбудителями диареи.
  - Частичная непроходимость кишечника или закупорка фекалиями могут привести к диарее, которая иногда чередуется с запором.
- Нарушение всасывания может произойти при опухоли поджелудочной железы или последующей гастрэктомии.
  - Нарушение всасывания алкоголя или углеводов также может вызвать диарею.
- Сопутствующие заболевания, такие как гипертиреоз и синдром раздраженного кишечника
- Психологические причины:
  - Появление диареи может вызвать беспокойство со стороны пациента, особенно в присутствии других людей. Страх не сдержаться может привести к тому, что пациенты становятся изолированными и привязанными к дому.
  - Использование подгузников для взрослых может дать возможность пациентам вести более активную жизнь.
- Причины, связанные с лечением:
  - Химиотерапия вызывает воспаление слизистой оболочки и подавление иммунитета, что делает человека более восприимчивым к инфекциям, вирусным, грибковым и паразитным патогенным факторам.
  - Лучевая терапия брюшной полости, таза и позвоночника.
  - Реакция «трансплантат против хозяина» — результат подавления иммунитета.
  - Демпинг-синдром также может возникнуть после хирургической операции.
  - Инфекции, такие как клостридиоз диффициле, могут появиться после приема антибиотиков. Это результат быстрого роста бактерий в пищеварительном тракте.
  - Медикаменты (например, травы, лекарства, отпускаемые без рецепта, и слишком интенсивный режим опорожнения кишечника могут быть причиной диареи).

○  
○  
○

## Оценка диареи

- **История болезни**
- **Пересмотр медикаментозной терапии**
- **Инфекционные процессы**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Перед тем как проводить лечение диареи, важно осуществить тщательную оценку.
- Характер стула в прошлом
  - Оценка характера и частоты стула, а также наличие дегидратации и потери веса.
  - Начало/внезапность дефекации также является важной частью оценки. Быстрое начало может быть показателем фекальной закупорки с переполнением кишечника каловыми массами. Если диарея возникает один или два раза в день, это может быть связано с недержанием заднего прохода. Обычно водянистый стул в больших количествах связан с толстокишечной диареей, в то время как неприятный запах, жирный бледный стул связаны с нарушением всасывания.
  - Проанализируйте наличие демпинг-синдрома, карциноида и других синдромов.
  - Проанализируйте/проконтролируйте возникновение недержания.
- Обзор медикаментов
  - Показателями злоупотребления слабительными средствами являются спазмы, срочность или просачивание фекалий.
  - Проверьте употребление лекарств, отпускаемых без рецепта, или биологически активных добавок.
- Проанализируйте инфекционные процессы
  - Результаты лабораторных исследований, которые можно учитывать, включают анализ на наличие в стуле крови, жира, слизи и гноя, культур и чувствительности.

○  
○  
○

## Лечение диареи

- **Лечение исходной причины**
- **Изменение диеты**
- **Гидратация**
- **Фармакологические средства**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Своевременное лечение диареи очень важно, так как люди могут умереть от дегидратации и/или потери электролитов. Проведите соответствующее лечение исходной причины.
- Изменение диеты
  - Вводите в рацион прозрачные жидкие блюда. Избегайте употребления молока, белков и жиров, алкоголя, острых пряностей и газообразующей пищи, такой как брокколи, цветная капуста, кочанная капуста, кислая капуста, зерновые и бобовые.
- Способствуйте гидратации, предлагая напитки, которые могут улучшить уровень электролитов (например, спортивные напитки, соки). Рассмотрите возможность внутривенного вливания жидкостей, если это соответствует целям лечения.
- Употребление лекарств
  - Могут быть рассмотрены лекарства, такие как лоперамид, скополамин, холестирамин, клонидин и панкреатические ферменты (Berger и др., 2007 г.).
  - Другие фармакологические виды лечения обобщены в Таблице 6.

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 6. Фармакологическое лечение диареи

○  
○  
○

## Тошнота и рвота

- **Часто возникают при прогрессирующей болезни**
- **Важное значение имеет оценка этиологии**
- **Острая, предварительная или отсроченная**

Mannix, 1998

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Возникновение тошноты характерно для поздних стадий болезни; до 70% неизлечимо больных пациентов страдают тошнотой (Mannix, 2004 г.). Рвота наблюдается приблизительно у 30% пациентов; но, к сожалению, этот симптом не был достаточно изучен на поздних стадиях заболевания.
- Патофизиология тошноты и рвоты очень сложная, требующая тщательной оценки этиологии и, следовательно, соответствующего лечения.
  - Тошнота/рвота может быть острой, предваряющей или отсроченной.
  - Тошнота и рвота могут быть исключительно болезненными, вызывающими страдания и изматывающими пациента и членов семьи/лиц, осуществляющих уход.
  - Эти симптомы явно усиливают страдания и требуют немедленного вмешательства для обеспечения комфорта пациента (Glare и др., 2004 г.).

o  
o  
o

## Причины тошноты и рвоты

- Физиологические (желудочно-кишечные, метаболические, связанные с центральной нервной системой)
- Психологические
- Связанные с болезнью
- Связанные с лечением
- Другое

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Причины тошноты и рвоты у неизлечимо больных могут быть различными.
- Физиологические причины
  - Желудочно-кишечные причины тошноты и рвоты включают в себя раздражение и стаз желудка, запор, непроходимость кишечника, панкреатит, асцит, дисфункция печени, стойкий кашель и воздействие лучевой терапии. Все они приводят к висцеральным нарушениям, стимулируя вагусные и симпатические проводящие пути.
  - Метаболические причины включают в себя гиперкальцемию, уремию, инфекцию и лекарства, которые вызывают стимуляцию хеморецепторной области в мозге, приводя к появлению тошноты, с рвотой или без.
  - Причины, относящиеся к центральной нервной системе, включают в себя повышенное внутричерепное давление, боль.
- Психологические причины
  - Эмоциональные факторы могут привести к тошноте и рвоте в результате стимуляции рвотных рецепторов в мозге.
- Причины, связанные с болезнью
- Причины, связанные с лечением
  - Лучевая терапия
  - Химиотерапия
- Другие причины
  - Вестибулярные нарушения, включая болезнь движения, токсическое действие определенных лекарств (например, аспирин или опиатов).
  - Локальные опухоли в мозге стимулируют вестибулярный аппарат, вызывая тошноту/рвоту (Glare и др., 2004 г.).

○  
○  
○

## Оценка тошноты и рвоты

- **Физикальное обследование**
- **История**
- **Результаты лабораторных исследований**



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Клиническая оценка тошноты и рвоты должна включать изучение характера приступов тошноты/рвоты в прошлом и эффективность их лечения, применения лекарственных препаратов в прошлом, частоту эпизодов тошноты и взаимосвязь с рвотой, определение тех видов деятельности, которые могут усугубить или облегчить тошноту/рвоту.
- Физическая оценка должна включать:
  - обследование брюшной полости и анализ кишечного шума;
  - возможную оценку ректального свода.
- Характер приступов тошноты/рвоты в прошлом:
  - Консистенция, частота и объем рвоты
  - Рвота, связанная с изменением положения
  - Присутствие усиливающих факторов (головокружение, уровень сахара в крови, медикаменты)
  - Связь с приемом пищи
  - Анализ присутствия запора или закупорки
  - Присутствие неутоленной боли или не леченой инфекции
  - Присутствие тревожности и других эмоциональных симптомов
- Результаты лабораторных исследований:
  - Функциональные пробы печени и почек
  - Уровни электролитов, кальция и лекарств в сыворотке
  - Радиологические исследования включают рентген и/или компьютерную томографию, либо магнитно-резонансную томографию

○  
○  
○

## Фармакологическое лечение тошноты и рвоты

- Антихолинергические средства
- Антигистаминные препараты
- Стероиды
- Прокинетики
- Другое

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Лечение тошноты обусловлено предполагаемой причиной, поэтому лечить следует исходную причину, если возможно, и пробовать применить меры, которые были эффективны в прошлом.
- Медикаменты:
  - Антихолинергические средства, такие как гидробромид гиосцина, лечат тошноту при укачивании, устойчивую рвоту или непроходимость тонкой кишки.
  - Антигистамины обычно используются при непроходимости кишечника, повышенном внутричерепном давлении или раздражении брюшины, а также если присутствуют вестибулярные причины (например, циклизин).
  - Стероиды, назначаемые отдельно или в сочетании с другими средствами против тошноты и рвоты, подходят для лечения рвоты, вызванной цитотоксинами (например, дексаметазоном).
  - Прокинетики, такие как метоклопрамид, могут использоваться для лечения стаза желудка или кишечной непроходимости.
  - Бензодиазепины, такие как лоразепам, наиболее эффективны для лечения тошноты, осложненной тревогой.
  - Рецепторные агонисты 5-HT<sub>3</sub> (вид серотонина) используются для лечения послеоперационной тошноты и рвоты, связанной с химиотерапией. К ним относятся ондансетрон и гранисетрон.
  - Рецепторные антагонисты нейрокинин-1 подавляют постхимиотерапевтическую тошноту и рвоту, но их роль в лечении хронической тошноты и рвоты еще не изучена.

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 10. Противорвотные средства в паллиативном лечении

o  
o  
o

## Нелекарственное лечение тошноты и рвоты

- Отвлечение/релаксация
- Диета
- Медленное питание/питание небольшими порциями
- Инвазивная терапия

E L N E C International Curriculum o o o o o o o

- Для лечения тошноты и рвоты рекомендуется несколько немедикаментозных методов.
- Нефармакологические методы (Berenson, 2006 г.)
  - Предваряющую тошноту можно лечить с помощью приемов отвлечения и релаксации, акупунктуры, музыкальной терапии и гипноза.
- Может быть полезно подавать жидкую прозрачную пищу комнатной температуры и избегать резких запахов.
- Просите пациента есть медленно, старайтесь не накладывать слишком много пищи.
  - Ослабленных пациентов нужно располагать так, чтобы избежать всасывания содержимого желудка.
- Инвазивная терапия:
  - Может потребоваться вставить назогастральную трубку, чтобы уменьшить давление, для обеспечения комфортного состояния.
  - В редких случаях, таких как неоперабельная непроходимость, можно установить трубку для отсасывания или дать октреодит.
  - Внутривенная гидратация при тяжелой тошноте/рвоте должна быть подвергнута тщательному рассмотрению. Полное парентеральное питание и периферийное питание имеют незначительную роль в рамках паллиативного лечения. Некоторые утверждают, что они не играют никакой роли на последней стадии болезни. Осознавайте цели пациента.
  - Операция для устранения непроходимости, если позволяет прогнозируемая продолжительность жизни пациента.

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 11. Нефармакологические меры при тошноте и рвоте

Таблица 12. Нефармакологический уход за собой при тошноте и рвоте

o  
o  
o

## Усталость

- **Субъективное комплексное ощущение истощения**
- **Обычно связано со многими заболеваниями**
- **Влияет на все аспекты качества жизни**

Anderson & Dean, 2006;  
Ferrell et al., 1996

E L N E C International Curriculum    o   o   o   o   o   o   o

- Определение усталости звучит как «субъективное восприятие и/или переживание, связанные с болезнью, эмоциональным состоянием и/или лечением. Это комплексное ощущение, которое не может быть легко снято путем отдыха и оказывает сильное влияние на аспекты качества жизни, включая физическое, психологическое, социальное и душевное здоровье. Усталость находится под влиянием культурного фона индивидуума и влечет снижение способности выполнять ожидаемые или требуемые повседневные виды деятельности» (Ferrell и др., 1996 г.).
- Усталость, связанная с раком, наблюдается у 60-90% пациентов (Anderson & Dean, 2006 г.). Однако усталость обычно связана и со множеством других заболеваний, включая:
  - болезнь коронарных артерий,
  - ВИЧ/СПИД,
  - ревматический артрит,
  - позднюю стадию болезни почек,
  - другие заболевания.
- Усталость связана с анорексией/кахексией; однако улучшенное питание не облегчает этот симптом. (См. Конспект информации о раке Национального института по борьбе с раком PDQ®: «Поддерживающий уход: усталость» по адресу: [www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/healthprofessional](http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/healthprofessional)).

Причины усталости

- Связанные с болезнью
- Психологические
- Связанные с лечением



E L N E C International Curriculum

- Существует много подходов к оценке и снятию усталости, поэтому необходимо учитывать присутствие множества разных факторов и их влияние на человека.
- Факторы, связанные с болезнью:
  - Анемия
  - Электролитный дисбаланс
  - Недостаточное питание
  - Инфекция
  - Гипергликемия
  - Жар
  - Боль
  - Недостаточность (сердца/легких/почек/печени)
  - Неблагоприятная окружающая среда (сильная жара или холод)
  - Повреждения нервной системы разрушают проводящий путь в центральной нервной системе
  - Гипоксия
- Психологические факторы:
  - Соматические симптомы, которые могут быть связаны с депрессией.
  - Пассивность/неподвижность, являющаяся результатом развития болезни, медицинское вмешательство или психологическая реакция на болезнь могут привести к ухудшению способности участвовать в повседневной жизни (например, чувство утраты, потеря собственной роли).
- Факторы, связанные с лечением:
  - Недостаточный отдых, неснятые симптомы, лекарства, психологические и душевные страдания и многие другие факторы.
  - Воздействие лечения может быть связано с лекарственной терапией, лучевой терапией и хирургией.
  - Неснятые симптомы (такие как диарея, запор и рвота).

○  
○  
○

## Оценка усталости

- **Субъективная**
- **Объективная**
- **Лабораторные данные**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Оценка требует получения как субъективных, так и объективных данных и тщательного анализа результатов лабораторных исследований.
- Субъективные данные:
  - Вы чувствуете слабость, усталость или истощение?
  - Как долго длится усталость? Есть ли какая-либо закономерность? Сколько часов, дней, недель?
  - Вы можете выполнять повседневные действия?
  - Какая часть вашего тела больше всего устает?
  - Что улучшает или ухудшает это состояние?
  - Какие-либо из ваших лекарств облегчают или ухудшают эту проблему?
  - Вы испытываете тревогу или депрессию?
  - Вам трудно концентрировать внимание?
  - Как усталость влияет на ваш образ жизни?
- Объективные данные:
  - Изучите показатели жизненных функций, чтобы определить, имеется ли высокая температура, учащенный или слабый пульс.
  - Проанализируйте способность перемещаться, не испытывая диспноэ или тошноту.
  - Оцените уровень гидратации.
  - Проанализируйте мышечную силу, симметрию и выносливость верхних и нижних конечностей, чтобы определить, имеют ли место неврологические изменения.
  - Проанализируйте лекарства, особенно успокоительные.
- Данные лабораторных исследований
  - Уровень оксигенации
  - Гемоглобин, полный анализ крови и дифференциал
  - Функционирование щитовидной железы

○  
○  
○

## Лечение усталости

- **Фармакологическое**
- **Нефармакологическое (отдых, экономия усилий, физиотерапия/трудотерапия)**

Anderson & Dean, 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Для лечения усталости применяются разнообразные методы, которые могут включать как фармакологические, так и нефармакологические меры.
- Нефармакологические меры (Anderson & Dean, 2006 г.):
  - Часто отдыхайте и пользуйтесь приемами экономии сил, такими как соответствующие домашние приспособления (например, стульчак, инвалидное кресло, опора для ходьбы).
  - Оказывайте поддержку, которая помогает человеку сохранять независимость и функциональные способности так долго, как это возможно.
  - Физиотерапия и трудотерапия могут внести ценный вклад в оценку возможных мер
  - Участие в программе физических упражнений может облегчить этот симптом.
  - Проводите переливание крови, если необходимо. Цель переливания крови должна тщательно рассматриваться перед каждым лечебным сеансом и должна быть направлена на улучшение общего качества жизни пациента.

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 7. Фармакологическое лечение усталости

○  
○  
○

## Депрессия

- **Диапазон колеблется от грусти до суицида**
- **Часто не выявляется и неправильно лечится**
- **Наблюдается у 25-77% неизлечимо больных**
- **Нормальная и ненормальная**
- **Нельзя игнорировать**

*Wilson et al., 2000*

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Депрессию можно описать как широкий спектр реакций от «ожидаемой, кратковременной и неклинической грусти до значительных клинических депрессивных расстройств и самоубийства» (Pasacreata и др., 2006 г.). Депрессия и тревожность — частые сопутствующие факторы хронического медицинского состояния. К сожалению, симптомы часто не распознают и недостаточно эффективно лечат (См. Конспект информации о раке Национального института по борьбе с раком PDQ®: «Поддерживающий уход: депрессия» по адресу: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/healthprofessional>).
- Однако симптомы обычно являются реакцией на лечение, и признание их существования чрезвычайно важно. Депрессия отмечается у 25-77% неизлечимо больных людей (Wilson и др., 2000 г.).
- Ранняя диагностика может повысить успешность лечения и позволить людям чувствовать себя лучше и иметь больше сил для достижения своих целей.
- Неотступные ощущения беспомощности, безнадежности, несостоятельности, депрессии и суицидальные наклонности не являются нормальным явлением в конце жизни. Эти симптомы необходимо активно анализировать и лечить.

○  
○  
○

## Причины депрессии

- **Связанные с болезнью**
- **Психологические**
- **Связанные с приемом лекарств**
- **Связанные с лечением**



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Депрессия при неизлечимой болезни может вызываться множеством причин.
- Причины, связанные с болезнью:
  - Неутоленная боль и другие связанные с болезнью симптомы (например, запор, анорексия, нарушения сна) — это факторы, которые могут усугубить депрессию.
  - Измененные физиологические состояния, которые могут вызвать тревогу и способствовать депрессии пациентов, больных раком, включают сепсис, ненормальные метаболические состояния, бред, органические умственные расстройства, синдромы реакции на лекарства и отказа от лекарств и реакции на лекарства.
- Психологические причины:
  - Психологические или экзистенциальные факторы, связанные с надвигающейся смертью, такие как страх, потеря независимости или контроля, изменения внешности, также влияют на эмоциональные реакции пациентов.
  - Наследственная или личная история болезни, включающая психологические состояния, такие как депрессивные расстройства или тревожность, увеличивают риск появления таких расстройств в ситуации, когда человек сталкивается с раком или другими опасными для жизни заболеваниями. Другие факторы, а именно финансовые, социальные и вопросы безопасности, могут усилить страдания и усугубить депрессивные симптомы.
- Лекарственные препараты:
  - Многочисленные лекарственные препараты, вызывающие депрессию, включают противогипертензивные, болеутоляющие средства, средства для лечения болезни Паркинсона, стероиды, средства, понижающие уровень сахара в крови, химиотерапевтические средства, гормоны, антибактериальные препараты, леводопа, бензодиазепины, алкоголь, фенотиазины, амфетамины, циметидин и другие.
- Причины, связанные с лечением:
  - Другие причины — это лучевая терапия мозга, метаболические и эндокринные нарушения (Pasacreta и др., 2006 г.).

○  
○  
○

## Оценка депрессии

- **Ситуативные факторы/симптомы**
- **Предыдущие психиатрические заболевания**
- **Другие факторы (например, отсутствие системы поддержки, боль)**

Pasacreta et al., 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Оценка депрессии представителями различных специальностей крайне важна.
- Ситуативные факторы:
  - Анализ депрессии требует тщательной оценки группой из нескольких различных специалистов.
  - Соматические жалобы, такие как отсутствие аппетита, бессонница, пониженное половое влечение, беспомощность и безнадежность, психомоторное возбуждение и низкий тонус могут быть результатом болезни и воздействия лечения, и их нельзя рассматривать как признаки депрессии у больных. Более достоверные симптомы, такие как угнетенный внешний вид, страх, отчуждение, жалость к себе, восприятие болезни, как кары, и плохое настроение, которое не улучшается после хороших новостей, должны быть проанализированы у неизлечимо больных пациентов (Wilson и др., 2000 г.).
- Психиатрические заболевания/лечение в прошлом:
  - Пациенты, больные раком, которые подвержены наибольшему риску совершить самоубийство, — это пациенты с диагнозом рака ротовой полости, глотки или легких.
  - Самые надежные признаки вероятности самоубийства — это присутствие психиатрических расстройств, депрессии и злоупотребления алкоголем.
  - Хроническое ухудшающееся состояние здоровья, недавно поставленный диагноз опасного для жизни заболевания, недавний конфликт или утрата важных взаимоотношений также являются признаками вероятности самоубийства (Pasacreta и др., 2006 г.).
- Факторы риска:
  - В группу риска входят мужчины старше 45 лет, живущие в одиночестве, не имеющие поддержки.
  - У таких пациентов неутолимая боль, утрата нескольких возможностей, включая неспособность ходить, потерю контроля над кишечником и мочевым пузырем, ампутацию, неспособность принимать пищу или глотать, потерю восприятия одним из органов чувств и истощение относятся к факторам риска (Pasacreta и др., 2006 г.).

○  
○  
○

## Примеры вопросов для оценки депрессии

- **Какое у вас настроение в последнее время?**
- **Каким вы видите свое будущее?**
- **Какая самая большая проблема, с которой вы столкнулись?**

Wilson et al., 2000

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Оценка депрессии — ключ к выявлению пациентов, подверженных наиболее высокому риску.
- Вопросы для оценки депрессии (Wilson и др., 2000 г.)
  - Вы находитесь в депрессии? Вы испытывали подавленность или грусть в течение последнего месяца?
  - Какое у вас настроение в последнее время?
  - Как бы вы описали свое настроение сегодня?
  - Как вы спите в последнее время?
  - Какой у вас уровень энергии?
  - Каким вы видите свое будущее?
  - Какова самая большая проблема, с которой вы столкнулись?
  - Вы можете концентрировать внимание так, как вы делали это обычно?

○  
○  
○

## Оценка опасности суицида

- **Вы считаете, что жить не стоит?**
- **Вы думали о том, чтобы покончить с собой?**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Пациенты, имеющие срочные, фатальные и тщательно продуманные суицидальные планы и обладающие средствами и возможностями для осуществления своего плана, должны быть немедленно осмотрены психиатрами, госпитализированы или помещены под пристальное и непрерывное наблюдение. Пациенты, подверженные наиболее высокому риску самоубийства, — это те, у кого:
  - Тяжелое, быстро прогрессирующее заболевание, приводящее к функциональным нарушениям.
  - Неустраняемая боль.
  - В прошлом имели место депрессии, попытки самоубийства или злоупотребление алкоголем или наркотиками (DeLeo & Spathonis, 2003 г.).
- Вероятность летального исхода самоубийства должна быть оценена исходя из
  - наличия плана самоубийства, метода осуществления плана, доступности средств и возможностей для выполнения плана,
  - способности выразить намерение и подразумеваемые результаты (показная попытка в сравнении с серьезными попытками умереть).
- Вопросы для оценки вероятности самоубийства
  - Вы когда-нибудь думали о том, что жить не стоит?
  - Вы когда-нибудь думали о том, чтобы покончить с собой? Вы думаете об этом сейчас?
  - Вы думали о том, как бы вы хотели покончить с собой?

**ПРИМЕЧАНИЕ.** Лечение с привлечением различных специалистов является обязательным требованием!!

○  
○  
○

## Фармакологическое вмешательство для лечения депрессии

- Антидепрессанты
- Стимуляторы
- Небензодиазепины
- Стероиды

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Существует большое разнообразие лекарств для лечения депрессии. Эти лекарства можно использовать отдельно либо в сочетании с другими психотропными препаратами.
  - Антидепрессанты
    - ◆ ингибиторы избирательного обратного захвата серотонина (SSRI) (флюоксетин, пароксетин, серталин, циталопрам);
    - ◆ трициклические средства (нортриптилин);
    - ◆ другие (венлафаксин, мirtазепин, дулоксетин, бупроприон).
  - Стимуляторы
    - ◆ метилфенидат.
  - Небензодиазепины
    - ◆ бупирона гидрохлорид.
  - Стероиды
    - ◆ дексаметазон.

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**  
Таблица 8. Фармакологическое лечение депрессии

○  
○  
○

## Нефармакологическое вмешательство для лечения депрессии

- **Создание условий для автономности**
- **Утешение**
- **Использование сильных сторон**
- **Использование познавательных стратегий**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Существует много нефармакологических мер, применяемых для лечения депрессии. Рекомендуемые нефармакологические приемы включают в себя (Berenson, 2006 г.)
  - Культура влияет на проявление симптомов и реакции на депрессию, например жалобы на «нервы» и головную боль в латинской и средиземноморской культуре, и «дисбаланс» — в китайской или других азиатских культурах (Pasacreta и др., 2006 г.).
  - Содействуйте и способствуйте как можно более высокой степени самостоятельности и контроля.
  - Поощряйте участие пациента и членов семьи в лечении, таким образом создавая ощущение контроля над ситуацией и уменьшая чувство беспомощности.
  - Воспоминания и анализ прожитой жизни могут помочь неизлечимо больным пациентам сосредоточиться на жизненных достижениях и способствовать завершению и развязке жизненных событий для пациента и членов семьи.
  - Утешение может помочь пациентам и членам их семей справиться с прошлыми, настоящими и будущими потерями.
  - Обеспечьте максимальное снятие симптомов, чтобы уменьшить физические факторы стресса, которые могут усугубить симптомы депрессии и тревожности.
  - Психиатрические консультации могут потребоваться тем, кто не способен справиться с испытаниями, связанными с болезнью.
  - Помогите пациенту опереться на прежние источники силы, такие как вера и другие системы убеждений.
  - Используя когнитивно-поведенческие методы, помогите пациенту превратить негативные мысли в положительные.
  - Электроконвульсивная терапия может использоваться для пациентов с суицидальными или психотическими наклонностями или противопоказаниями во время лечения (Lipman и др., 2000 г.).

○  
○  
○

## Беспокойство

- **Субъективное чувство опасности**
- **Часто возникает без определенной причины**
- **Категории: легкое, умеренное, сильное**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Тревожность — это субъективное чувство страха, напряжения, незащищенности и беспокойства, особенно без определенной причины.
- Признаки и симптомы, которые сопровождают тревожность, возникают в виде непрерывного спектра, степень которого можно оценить как легкую, умеренную или тяжелую. Чем сильнее угроза, воспринимаемая пациентом, тем сильнее тревожная реакция.
  - См. Конспект информации о раке Национального института по борьбе с раком PDQ®: «Поддерживающий уход: Тревожность»: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/anxiety/healthprofessional>).
  - Обзор Кокрана (Cochrane Review) «Лекарственная терапия для лечения тревожности при паллиативном лечении» по адресу: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004596.html>

Причины беспокойства

- Лекарственные препараты
- Неопределенность

Emanuel et al., 1999

E L N E C International Curriculum

- Тревожность может быть вызвана большим числом лекарственных препаратов и неопределенностью будущего.
- Лекарственные препараты:
  - Стимуляторы, гормоны, заменяющие гормоны щитовидной железы, нейролептики, кортикостероиды, дигиталис, противогипертонические средства, антигистаминные препараты, препараты для лечения болезни Паркинсона, антихолинергические средства, болеутоляющие средства, а также различные состояния синдрома отмены и парадоксальные реакции.
- Пациенты с заболеваниями, предполагающими преждевременную смерть, обычно видят будущее неопределенным. Примеры:
  - сложные и изматывающие схемы лечения и их побочные эффекты;
  - изменение образа жизни;
  - финансовые проблемы;
  - зависимость от других;
  - семейные конфликты;
  - Осознание собственной смертности.

○  
○  
○

## Оценка беспокойства

- **Физические симптомы**
- **Когнитивные симптомы**
- **Вопросы для оценки**

APA, 1994

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Страх и тревога — ожидаемые реакции на диагноз неизлечимой болезни и требуют постоянной оценки.
- Симптомы тревожности могут быть следующими: хроническое чувство страха, волнение, неспособность расслабиться, затрудненная концентрация внимания, трудное засыпание и плохой сон.
  - Физические симптомы:
    - ◆ Потливость, тахикардия, беспокойство, возбуждение, дрожь, боли в груди, гипервентиляция, напряжение.
  - Когнитивные симптомы:
    - ◆ Периодические повторяющиеся и настойчивые мысли, идеи или импульсы, боязнь «сойти с ума» и страх смерти. Если симптомы не ослабевают или ухудшаются, необходимо вмешательство. Лечение зависит от этиологии и тяжести симптомов (Американская психиатрическая ассоциация (American Psychiatric Association [APA], 1994 г.).
- Вопросы для оценки тревожности (Wilson и др., 2003 г.)
  - Вы испытываете какие-либо симптомы в связи со своим диагнозом или лечением? Когда они появляются и как долго длятся?
  - Вы испытываете нервозность, дрожь или панику?
  - У вас возникало внезапное чувство, что вы можете сойти с ума, потерять контроль или умереть?
  - Думаете ли вы с беспокойством о том, когда вернется ваша боль и насколько сильной она будет? Думаете ли вы с беспокойством о том, сможете ли вы принять следующую дозу лекарств по графику?

○  
○  
○

## Фармакологическое вмешательство для лечения беспокойства

- Антидепрессанты
- Бензодиазепины/  
антиконвульсанты
- Транквилизаторы
- Небензодиазепины

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Фармакологические меры, применяемые в связи с тревожностью, могут быть многосторонними.  
(См. фармакологические меры ниже в дополнительных учебных материалах)

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 9. Фармакологическое лечение тревожности и волнения

о  
о  
о

## Нефармакологическое вмешательство для лечения беспокойства

- Сопереживание
- Убеждение и поддержка
- Конкретная информация/предупреждение
- Релаксация/мысленные образы

E L N E C International Curriculum    о    о    о    о    о    о    о

- Существует большое число нефармакологических мер, применяемых для лечения тревожности. Нефармакологические методы включают:
  - Признание страхов пациента, использование открытых вопросов, размышления, разъяснения, сочувственное выслушивание и замечания помогают пациенту выявить эффективные навыки преодоления тревожности, которыми они пользовались в прошлом, и научиться новым навыкам преодоления.
  - Формулирование гнева и предоставление соответствующего утешения и поддержки.
  - Предоставление конкретной информации для устранения страха перед неизвестностью и, если это уместно, предупреждение о приближающейся стрессовой ситуации.
  - Поощрение ведения журнала стресса, который помогает пациенту понять взаимоотношения между ситуацией, мыслями и чувствами.
  - Исследование опыта пациента, связанного с нахождением на грани смерти. Эти события могут быть травмирующими ситуациями, в которых находились пациент или член семьи в прошлом, либо во время болезни или лечения, которые влияют на потенциальную способность преодоления. Этот опыт может включать смерть близкого человека либо собственный опыт нахождения на грани смерти (Pasacreta и др., 2006 г.).
  - Обеспечьте максимальное снятие симптомов, чтобы уменьшить физические факторы стресса, которые могут усугубить симптомы депрессии и тревожности.
  - Поощрение использования методов релаксации и управляемых психических образов с помощью аудиокассет, дыхательных упражнений и постеленного расслабления мышц.
  - Психиатрические консультации могут потребоваться тем, кто не способен справиться с испытаниями, связанными с болезнью.

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Рисунок 1. Упражнения по формированию мысленных образов

Рисунок 2. Нелекарственные методы облегчения

°  
°  
°

## Бред/возбуждение/смятение

- **Бред** - острое изменение сознания/познавательной способности
- **Возбуждение** - сопровождает бред
- **Смятение** - дезориентация, неадекватное поведение, галлюцинации

Coyne et al., 2002

E L N E C International Curriculum    °   °   °   °   °   °   °

- Бред — острое изменение сознания или восприятия. Предсмертный бред наблюдается приблизительно у 88% или большего числа пациентов (Lawlor и др., 2000 г.). Раннее выявление и оценка могут способствовать устранению бреда, если причина обратима, но, в любом случае, оказание поддержки пациенту и членам семьи играет очень важную роль (Lawlor & Bruera, 2002 г., Coyne и др., 2002 г.). См. Конспект информации о раке Национального института по борьбе с раком PDQ®: «Поддерживающий уход: бред» по адресу: <http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/anxiety/healthprofessional>. и обзор Кокрана «Медикаментозная терапия бреда у неизлечимо больных пациентов» по адресу: <http://www.cochrane.org/reviews/en/ab004596.html>
- Возбуждение — распространенный симптом, сопровождающий бред (гиперактивный бред), также может наблюдаться поведение, характеризующееся отчуждением (гипоактивный бред).
- К смятению относятся дезориентация, неадекватное поведение или общение и/или галлюцинации.

○  
○  
○

## Причины

**Примеры :**

- **Инфекция**
- **Лекарственные препараты**
- **Гипоксемия**
- **Расширение мочевого пузыря**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Причины бреда, возбуждения и смятения могут быть различными (Lawlor и др., 2000 г.).
- К ним относятся:
  - инфекция;
  - лекарственные препараты;
  - метаболические нарушения;
  - гипоксемия;
  - почечная или печеночная недостаточность;
  - запор;
  - недостаток витаминов;
  - неутоленная боль;
  - запор или растяжение мочевого пузыря;
  - внезапное прекращение приема медикаментов (опиоидов, бензодиазепинов);
  - внезапное прекращение использования алкоголя.

○  
○  
○

## Оценка

- **Физикальное обследование**
- **История**
- **Душевные страдания**
- **Другие симптомы**

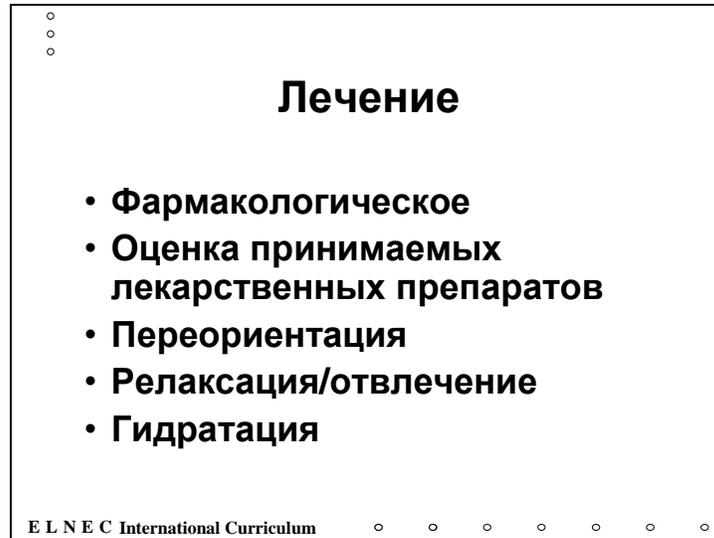
Kuebler et al., 2006

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Оценка бреда/возбуждения/смятения имеет много аспектов. Тщательная оценка необходима, чтобы различить многочисленные симптомы тревожности, депрессии, смятения, бреда, возбуждения.
- Физическая оценка
  - Общие признаки включают нарушение цикла сон/бодрствование, возбуждение, беспокойство, стон. Оцените возможные исходные причины, перечисленные выше.
- История болезни
  - Определить начало и отделить бред от связанных с ним симптомов, таких как тревожность или депрессия.
- Оцените душевные страдания.

**Предлагаемые дополнительные обучающие материалы:**

Таблица 13. Бред, возбуждение, смятение



○  
○  
○

## Лечение

- **Фармакологическое**
- **Оценка принимаемых лекарственных препаратов**
- **Переориентация**
- **Релаксация/отвлечение**
- **Гидратация**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Использование медикаментозного лечения и нефармакологической терапии оказывает благоприятное воздействие при бреде/возбуждении/смятении.
- Медикаментозные виды лечения:
  - нейролептики (галоперидол, хлорпромазин);
  - бензодиазепины при остром возбуждении.
- Контролируйте возможные побочные эффекты этих средств. Лечите нервно-мышечные симптомы (дрожь, судороги) с помощью мидазолама.
- Анализируйте медикаменты, применяемые в конкретный момент, чтобы исключить несущественные лекарства.
- Присутствие членов семьи или персонала для настроения, если необходимо.
- Применяйте нефармакологические виды лечения, такие как релаксация/отвлечение, массаж (Berenson, 2006 г.).
- Гидратация может быть назначена на основе оценки потенциальных преимуществ или тягот.

**Раны**

- **Внимание пациентам, подверженным соответствующему риску**
- **Залог успеха – предотвращение**



E L N E C International Curriculum

- **Определение/обзор**
  - Раны можно описать как дренирование кожи различной степени, вызывающее воспалительную боль и являющееся потенциальным очагом инфекции.
  - Пациенты, относящиеся к группе риска: рак молочной железы, легких, почек, желудка, женских репродуктивных органов, мочевого пузыря, головы и шеи, слабость, приобретенное слабоумие.
  
- **Причины**
  - **Факторы риска**
    - ◆ Внутренние — сенсорные нарушения, рост опухоли или заболевание сосудов.
    - ◆ Внешние — давление, трение/сдвиг, проникновение средств, применяемых в химиотерапии, лучевая терапия, недержание мочи или кала.
  - Факторы риска увеличиваются в связи с плохим функциональным состоянием, пониженной активностью, плохим питанием и/или пожилым возрастом.
  - Предотвращение — это ключ к решению проблемы, требующий
    - ◆ раннего вмешательства;
    - ◆ сохранения подвижности, насколько это возможно;
    - ◆ сокращения увлажнения;
    - ◆ соответствующего питания.

○  
○  
○

## Оценка ран

- **Характеристики**
- **Боль**
- **Психологическая**
- **Лица, ухаживающие за больными**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Проанализируйте свойства раны:
  - запах;
  - расположение – анатомическое;
  - размер – длина, ширина, глубина;
  - цвет – розовый, черный или желтый;
  - отток – объем, консистенция, источник;
  - состояние кожи вокруг раны – непораженная, воспаленная или размягченная;
  - стадии:
    - ◆ стадия 1: небланшированная эритема непораженной кожи.
    - ◆ стадия 2: частичная потеря твердости эпидермиса и/или дермы (небольшие изъязвления или волдыри).
    - ◆ стадия 3: потеря всей толщи кожи с повреждениями или некрозом подкожной ткани, которые могут простираться до фасции. Обычно глубокое изъязвление с разрушением смежных структур или без.
    - ◆ стадия 4: потеря всей толщи кожи с обширным разрушением, некрозом или повреждением мышц, костей или поддерживающих структур.
- Боль
- Психосоциальные вопросы
- Влияние на лиц, обеспечивающих уход при лечении ран, и на взаимоотношения.
- Диагностический анализ:
  - трансферрин и альбумин;
  - креатинин;
  - гемоглобин;
  - полный анализ крови;
  - культурные особенности, касающиеся отношения к крови и ранам.

○  
○  
○

## Лечение ран

- **Обработка раны**
- **Перевязка**
- **Обезболивание**
- **Консультирование**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Лечение пациентов, больных раком, включает химиотерапию, лучевую терапию, хирургию, лазерную терапию или гормональное замещение.
- Очистку ран с целью уменьшения объема экссудата необходимо проводить осторожно, чтобы предотвратить травмы, кровотечение и боль.
- Могут потребоваться соответствующие повязки для впитывания экссудата. Используйте соответствующие дезинфицирующие и перевязочные материалы, такие как влажные перевязочные материалы или коллагены, чтобы сократить риск кровотечения.
- Обеспечьте соответствующее болеутоляющее воздействие при всех манипуляциях по обработке раны (перед переворачиванием или перевязкой).
- Местное применение метронидазола может уменьшить инфекцию, устраняя запахи (Grocott & Dealey, 2004 г.).
- Хирургическая обработка раны выполняется по мере необходимости; эту процедуру должны выполнять медсестры, специализирующиеся в сфере энтеростомии, или бригады по уходу за ранами.
- Продолжайте анализировать влияние раны на самооценку пациента.

○  
○  
○

## Припадки

- **Определение**
- **Причины**
  - **Инфекции**
  - **Травма**
  - **ВИЧ**
  - **Опухоли**
  - **Лекарственные препараты**
  - **Нарушение обмена веществ**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- **Определение:** внезапные, ненормальные, сильные электрические импульсы в мозге, которые изменяют неврологические функции, такие как двигательные, автономные, поведенческие и когнитивные функции. Точный механизм неизвестен.
- Могут быть вызваны инфекциями, такими как травма, повреждениями мозга после инсульта и кровоизлиянием, ВИЧ, первичными и метастатическими опухолями мозга, паранеопластическими нарушениями, побочными эффектами лекарств, нарушением обмена веществ, лекарственной токсичностью и отменой лекарств (Paice, 2006 г.).

○  
○  
○

## Оценка припадков

- **Проявления**
  - Аура
  - Изменения психического состояния
  - Сенсорные изменения
- **Физикальное обследование**
- **Лабораторные исследования**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Проявлениями являются предвестники эпилептического припадка, резкое или постепенное начало, изменения психического состояния, двигательные изменения, сенсорные изменения.
- Обследование включает ориентацию, беглость речи, регистрацию, оценку краниального нерва, двигательную функцию, оценку сенсорной функции, обследование ротовой полости на наличие травмы рта или языка.
- Классификация:
  - Простые парциальные — затронута определенная кортикальная область. Нормальные уровни сознания, могут быть похожи на состояние, предшествующее эпилептическому припадку.
  - Сложные — нарушенное сознание
    - ◆ Кратковременная потеря сознания— характерна для младенчества, часто сопровождается морганием
    - ◆ Сложные парциальные — наиболее характерны для взрослых и при паллиативном лечении. Пациенты выглядят бодрствующими, но не реагируют. Могут иметь предвестники эпилептического припадка, потом припадки в течение 3 минут и послеприпадочный период.
  - Генерализованные — с участием двух полушарий. Тонико-клонические с внезапной потерей сознания и такими характерными признаками, как рассеянная мышечная ригидность, миоклонус и фасцикуляция.
- В зависимости от целей лечения можно провести полный анализ крови, определить химический состав крови, провести проверку на употребление наркотиков и алкоголя и проверку содержания наркотиков в организме.

○  
○  
○

## Лечение припадков

- **Ограничение возможности травмирования**
- **Лечение противосудорожными препаратами**
  - Фенитоин
  - Фенобарбитал
  - Лоразепам, диазепам

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Лечение направлено на предотвращение и ограничение травмирования как пациентов, испытывающих припадки, так и членов семьи, присутствующих во время них.
- Противосудорожная терапия с учетом внутривенной терапии:
  - Фенитоин — наиболее распространенное средство для лечения простых, сложных и тонико-клонических припадков. К побочным эффектам относятся атаксия, желудочно-кишечные нарушения, заболевания десен и анемия.
  - Фенобарбитал используется для лечения парциальных, генерализованных и тонико-клонических припадков.
  - Также можно использовать бензодиазепины, такие как лоразепам, диазепам или мидазепам, вводимые внутривенно.

**Жар**

- **Определение**
- **Причины**
  - **Инфекция**
  - **Повреждение тканей**
  - **Изменение терморегуляции**



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- **Определение:** жар в конце жизни — это температура выше 100 градусов по Фаренгейту (37.8 °C).
- **Причины:** последствия инфекции, повреждения тканей или изменения терморегуляции в связи с раком. Может быть соматическим в связи с: эндокардитом; туберкулезом; инфекциях в печени, поджелудочной железе, связанных с ВИЧ, эмпиемой, инфекциями мочевого тракта и некоторыми видами рака, такими как лимфома или лейкемия (Rhiner & Slatkin, 2006 г.).

○ ○ ○

## Оценка/лечение жара

- **Клиническая**
  - При высокой температуре
  - Недомогание/усталость
- **Озноб/дрожь**
- **Лечение**
  - Антибиотики
  - Жаропонижающие средства
  - Средства охлаждения



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- **Оценка**
  - Клинические проявления: высокая температура, недомогание, слабость, миалгия, герпетическая лихорадка, прогрессирование до дрожи или озноба с бактериемией. Может наблюдаться смятение, бред, оцепенение. Результатом может являться тахикардия.
  - Изучите показатели жизненных функций: тахикардия; обследование головы, глаз, шеи, горла на наличие покраснения; шумы в легких; обследование брюшной полости на болезненность; скелетно-мышечное обследование на наличие покраснения и опухания суставов.
  - Необходимо обсудить план действий, которые следует предпринять в свете прогноза и преимуществ и тягот для пациента:
    - ◆ полный анализ крови,
    - ◆ функция печени,
    - ◆ анализ мочи,
    - ◆ культурные особенности, касающиеся отношения к крови, стулу, моче или ранам,
    - ◆ рентгеновское обследование или томография грудной клетки.
- **Лечение**
  - Если принято решение о проведении лечения, проанализируйте факторы и процедуры, и как это повлияет на лечение в конце жизни. Лечение может включать:
    - ◆ антибиотики в связи с известной или предполагаемой причиной по желанию пациента или членов семьи, для обеспечения облегчения и комфорта во время жара;
    - ◆ жаропонижающие средства, которые могут включать суппозитории ацетаминофена, суппозитории индометацина или кеторолак, вводимый внутривенно;
    - ◆ физическое охлаждение — прохладные ванны (обтирание губкой), холодные повязки на голову (не используйте кубики льда, так как они могут вызвать дрожь, а это при этом вырабатывается дополнительное тепло).

○  
○  
○

## Лимфедема

- Хроническое, прогрессирующее опухание в связи с отсутствием оттока лимфы
- Внимание пациентам, подверженным соответствующему риску



E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Определение/обзор
  - Лимфедема — хронический и прогрессирующий отек в связи с недостаточным оттоком жидкости в лимфатической системе.
- В группу риска входят те пациенты, которые перенесли операцию, связанную с удалением лимфатических узлов (например, операцию на молочной железе), инфекцию лимфатической системы или лучевую терапию.

○  
○  
○

## Оценка лимфедемы

- История болезни/лечения
- Физикальное обследование

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Проанализируйте историю болезни и лечения, в которой может содержаться этиология лимфедемы, а также продолжительность, симптомы и осложнения этого заболевания.
  - Определите изменения деятельности, связанные с лимфедемой.
  - Оцените депрессию и пониженную самооценку.
- Физикальное обследование должно включать:
  - изучение размера, целостности кожи и присутствия инфекции;
  - пальпацию на наличие пульса;
  - определение двигательной и сенсорной функции;
  - измерение конечностей.

○  
○  
○

## Лечение лимфедемы

- Просвещение
- Сочувствие
- Другое

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Просвещение пациента и членов семьи о необходимости осуществлять контроль за целостностью кожи, избегать поднятия тяжестей и принятия горячих ванн.
- Нельзя брать кровь из пораженной конечности. Увеличьте физическую нагрузку до уровня, который нормально переносится.
- Лечение может включать компрессионную одежду и рукава; ручное сдавливание включает перевязку и ручное дренирование лимфы.
- Тщательно ухаживайте за кожей, чтобы предотвратить панникулит (рекомендуется использовать смягчающие средства и увлажнители на основе воды).
- Другие методы, имеющие сомнительную эффективность, включают: диуретики, стероиды, антибиотики и т.д.

○  
○  
○

## Ключевая роль медсестринского ухода

- **Поддержка пациента**
- **Оценка**
- **Фармакологическое лечение**
- **Нефармакологическое лечение**
- **Обучение пациента/членов семьи**

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Медсестрам предоставляется уникальная возможность снимать целый ряд симптомов, возникающих у неизлечимо больных пациентов.
- Основные функции медсестры в снятии симптомов включают в себя:
  - поддержку пациента;
  - оценку;
  - фармакологическое лечение;
  - нефармакологическое лечение;
  - обучение пациента/членов семьи.

○  
○  
○

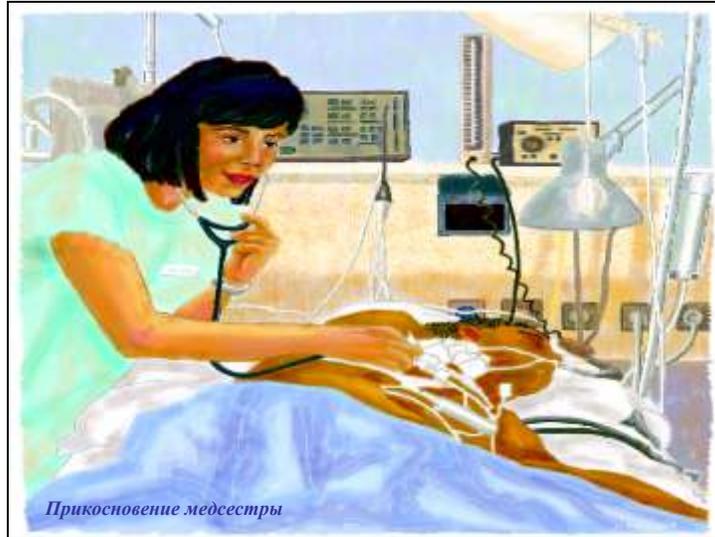
## Вывод

- Множественные общие симптомы
- Координация лечения с врачами и другими лицами
- Применение медикаментозного и немедикаментозного лечения
- Поддержка и обучение пациента/членов семьи

E L N E C International Curriculum ○ ○ ○ ○ ○ ○ ○

- Снятие симптомов является серьезной задачей для всех специалистов в области здравоохранения. Многие симптомы часто надлежат в конце жизни.
- Медсестры должны тесно сотрудничать с врачами и специалистами в других областях для оптимальной координации фармакологических и нефармакологических видов лечения.
- Пациентов и членов их семей необходимо просвещать и поддерживать в том, что касается снятия симптомов.

Slide 64



*Прикосновение медсестры*

## **Module 3: Symptom Management**

### **Case Studies**

#### **Module 3**

#### **Анализ конкретного случая №1**

#### **Г-жа Смит: Анорексия/Депрессия/Тревожность**

Г-жа Смит — 85-летняя пациентка с последней стадией заболевания сердца, участвующая в программе предоставления услуг хосписа на дому. Она чувствовала себя хорошо, не имея каких-либо других симптомов, и была вполне способна выполнять различные виды деятельности, но в течение последних двух недель она чувствует себя плохо. Члены ее семьи обращаются к медсестре хосписа, обслуживающей ее на дому, с жалобами на отсутствие аппетита, «постоянную грусть» и тревожность, которые, по их мнению, влияют на ее способность вести нормальную жизнедеятельность.

Во время регулярных посещений медсестры хосписа пациентка сообщает, что у нее нет аппетита и что ей достаточно время от времени «перекусить», когда она захочет. Однако члены ее семьи непреклонны в том, что ей необходимо более полноценное питание, и они требуют, чтобы ее питание осуществлялось внутривенно. Кроме того, родные полагают, что г-жа Смит страдает депрессией и «очень беспокойная», и это способствует отсутствию у нее аппетита. Г-жа Смит утверждает, что у нее проблемы с депрессией уже много лет, но в то же время она старается найти «положительные стороны жизни», чтобы побороть печаль. Она также признается, что испытывает тревогу, когда ее дети приходят ее навестить, так как они «не хотят признавать то, что я умираю», говорит она. Она сообщает, что не всегда спит хорошо по ночам, так она боится умереть и оставить свою семью. Она говорит: «Жаль, что я не смогла лучше воспитать своих детей. Если бы я это сделала, не было бы всех этих ссор, связанных с уходом за мной. Я хочу, чтобы они оставили меня в покое, чтобы я могла умереть так, как я хочу.»

#### Вопросы для обсуждения:

1. Каким образом медсестра хосписа может обеспечить многопрофильное лечение для этого пациента?
2. Какие дополнительные виды оценки необходимы?
3. Возможность каких мер вмешательства следует рассмотреть?

Г-н J. — 71-летний  
пациент, чья  
медсестра,  
обслуживающая его  
на дому, звонит вам,  
чтобы сообщить о его  
симптомах, которые  
включают повышение  
вялости, запор и,  
возможно, измененное  
умственное состояние.

Известно, что пациент страдает обширным метастатическим раком простаты, включая метастазы в костную ткань. Он очень гордый и замкнутый человек, говорит она, и не всегда слушает, что говорит ему врач.

Как медсестра медицинской онкологической клиники вы ухаживали за этим пациентом и его семьей в течение нескольких месяцев. Он принимал морфий продолжительного действия по 200 мг каждые 12 часов перорально и таблетки сульфата морфия с мгновенным высвобождением активного вещества по 10 мг каждые 2-3 часа перорально,

по мере необходимости для снятия боли. Благодаря этой схеме его боль хорошо снималась в течение последнего месяца. Его режим опорожнения кишечника был эффективным вплоть до последней недели. Вы, онкологическая медсестра, даете указания домашней медсестре обеспечить посещение пациентом клиники.

#### Вопросы для обсуждения: Часть 1:

1. Обсудите физическую оценку, которая будет проведена для г-на J.
2. Какие лабораторные или рентгенографические исследования могут быть назначены? Почему?
3. Обсудите различные диагнозы, которые могут быть поставлены в соответствии с данными жалобами, и как их нужно лечить?
4. Какую полезную информацию вы бы предоставили пациенту/семье?
5. Обсудите стратегии всеобъемлющего плана лечения этого пациента, которые бы вы разработали с медсестрой, работающей на дому.

#### Продолжение описания конкретного случая:

Жена г-на J обеспокоена его умственным состоянием. Она утверждает, что он стал очень замкнутым и отказывается видиться с членами семьи и друзьями. Он остается в кровати большую часть дня с закрытыми шторами. У него плохой аппетит. Иногда он становится обеспокоенным и возбужденным. Г-жа J. очень озабочена его умственным состоянием. «Брат моего мужа совершил самоубийство 3 года назад, и я боюсь, мой муж может сделать то же самое.»

#### Вопросы для обсуждения: Часть 2:

6. Как бы вы оценили депрессию у пациента, который находится в смятении?
7. Какие другие члены многопрофильного коллектива должны участвовать в уходе за г-ном J?
8. Какие общественные услуги вы бы предложили для г-жи J?

### **Module 3**

#### **Анализ конкретного случая №3**

##### **Г-жа Пол: Усталость/Потеря веса/Тошнота/Рвота/Семейные потребности**

Г-жа Пол — 48-летняя пациентка, умирающая от болезни печени терминальной стадии и хронической почечной недостаточности. Она испытывает усталость и существенную потерю веса, несмотря на значительный отек. Три года назад ей был поставлен диагноз рака толстой кишки.

Семья г-жи Пол очень расстроена и хочет, чтобы были проведены активные меры вмешательства для улучшения ее аппетита, сдерживания потери веса (она потеряла 18 фунтов за последние 4 недели) и предотвращения тошноты/рвоты. Ее врач полагает, что одним из усугубляющих ее усталость факторов является низкий уровень гемоглобина и гематокрита. Поэтому она получила 4 флакона уплотненных эритроцитов за последние 2 недели. Пациентка утверждает, что усталость сохраняется, несмотря на переливания крови. У нее стойкая тошнота/рвота, в результате она часто поступает в больницу. С вами как медсестрой медицинского учреждения консультируются по поводу этих частых госпитализаций. В

процессе оценки этих поступлений в больницу вы узнаете, что персонал очень расстраивается, когда обслуживает эту семью. Ни лечащий врач пациентки, ни онколог не принимали активной роли в обсуждении паллиативного лечения с пациенткой или членами семьи. Одна из штатных медсестер призналась вам, что «эта семья и пациентка заслуживают лучшего — кто-то должен честно рассказать им, что их близкий человек умирает».

Вопросы для обсуждения: Часть 1:

1. Обсудите процесс вашей оценки в этом случае (усталость, потеря веса, тошнота, рвота).
2. Основываясь на этих оценках, определите, какие стратегии снятия симптомов вы бы использовали. Какие вопросы вы бы хотели обсудить с многопрофильным коллективом?
3. Учитывая потребности г-жи Пол и ее семьи и беспокоящие их моменты, какие стратегии и меры вмешательства вы бы включили в план ее лечения?
4. Какой подход вы бы использовали при обращении к врачу по поводу возможности паллиативного лечения для этой пациентки и ее семьи?

Продолжение описания конкретного случая:

У г-жи Пол четверо детей (15, 17, 21, 25 лет). Вам удалось поговорить с двумя младшими детьми, когда они пришли в больницу после школы навестить свою мать. Их мать находится в рентгенологическом отделении, где проходит компьютерную томографию, и вы решаете, что это подходящий момент для разговора с детьми. Самая младшая признается вам, что она знает о том, что ее мама умирает. «Я видела, как ее рвало кровью, перед тем как мы отвезли ее в больницу.» «Раньше мы складывали головоломки вместе, а сейчас она слишком устает, чтобы делать это.» «Моя мама умрет?»

Вопросы для обсуждения: Часть 2:

5. Как вы ответите 15-летней дочери?
6. К каким другим членам многопрофильного коллектива вы бы хотели обратиться за помощью?

**Module 3**  
**Анализ конкретного случая №4**  
**Г-н Хайз: Кашель/Диарея/Возбуждение**

Г-н. Хайз— 53-летний пациент с обширным метастатическим раком толстой кишки, который распространился в брюшной полости. Он поступает в ваше отделение с основной жалобой на стойкую тошноту и рвоту в течение 24 часов и диарею (1000 куб. см рвоты и 400 куб. см поноса за последние 24 часа). Он сообщает, что едва может выполнять повседневные обязанности. У г-на Хайза обнаружена неоперабельная частичная непроходимость малой кишки. Пациент задает следующие вопросы: «Сколько мне осталось?» и «Можно ли это ускорить?» «Я не хочу, чтобы мои дети (11 и 13 лет) видели меня таким.» Пациент признается, что он подавлен, но отрицает какие-либо суицидальные наклонности. Он, очевидно, обеспокоен тем, что станет обузой для своей семьи, и тем, как воспримут его дети. Его 13-летняя дочь признается вам, что она «боится», что ее папа умрет. Он набожный католик и упоминает в разговоре с медсестрой ночной смены, что он уверен в том, что его симптомы и страдания — это наказание за его развод, произошедший десять лет назад. Он говорит медсестре, что просто хочет остаться один, чтобы никто не беспокоил его сегодня ночью.

Вопросы для обсуждения:

1. Какая дополнительная оценка должна быть проведена?
2. Следует ли проводить дополнительную оценку на предмет суицидальных наклонностей?
3. Какой вклад могут внести различные специалисты в его лечение?
4. Как бы вы ответили дочери, которая говорит, что она боится того, что ее «папа умрет»?
5. Какие общественные услуги доступны в помощь г-ну Хайзу и его детям?
6. Какую роль играет религия в его болезни?

**Module 3**  
**Анализ конкретного случая №5**  
**Г.-жа Кинг:**  
**Диспноэ/Тошнота/Рвота/Кашель/Тревожность/Возбуждение/Бред/Проблемы среди персонала**

Г-жа Кинг — 32-летняя пациентка, не замужем, которая активно умирает от СПИДа (страдает саркомой Капоши, а также лимфомой центральной нервной системы) в медицинском учреждении. Она живет в частной лечебнице в течение последних 18 месяцев, и у нее нет близких родственников. Когда два дня назад ее симптомы стали более резко выраженными, а пульсовый оксиметр показал уровень 76% при комнатной температуре, частная лечебница направила ее в больницу. У нее диспноэ и приглушенные дыхательные шумы с обеих сторон. В течение последних 3 дней у нее наблюдается кашель с мокротой и сильная одышка при кашле (рентгенологическое обследование грудной клетки показало пневмонию), а также рвота. Она находится в тревожном состоянии и легко возбуждается. В целом, у нее смятение и бред, в основном ночью. «Если я засну, я знаю, что никогда не проснусь», – сказала она медсестре прошлой ночью. Она не ориентируется во времени, месте и не узнает людей. Она не спала в течение трех дней/ночей. Также у нее тошнота и рвота (3-4 раза в день — общая рвота за последние 24 часа = 650 куб. см). Она отрицает наличие боли.

Персонал этого отделения, в основном, молодого возраста и имеет в среднем один год медсестринской практики. Большинство медсестер никогда не ухаживали за людьми, больными СПИДом. Некоторые испытывают страх, некоторые осуждают таких пациентов. Некоторые сотрудники имеют сильные реакции предчувствуемого горя и испытывают трудности, заботясь о г-же Кинг. Дано указание «не проводить реанимацию» (DNR), все указания сводятся к «обеспечению комфортного состояния».

Как медсестра этого отделения, вы решаете, что персоналу необходимо дополнительное просвещение. Вы предоставите общую информацию о СПИДе, а потом поможете разработать план паллиативного лечения диспноэ, тошноты/рвоты, кашля, тревожности, возбуждения и бреда.

Вопросы для обсуждения:

Как медсестра, разрабатывающая лекцию для персонала:

1. Какими видами медикаментозного лечения вы бы хотели поделиться с персоналом относительно указанных выше симптомов?
2. Какие виды немедикаментозного лечения вы бы рассмотрели?
3. Обсудите свой план устранения дискомфорта, испытываемого персоналом при осуществлении медицинского обслуживания г-жи Кинг.
4. Детально определите образовательные возможности персонала для улучшения медицинского обслуживания, предоставляемого г-же Кинг.

## АНАЛИЗ КОНКРЕТНОГО СЛУЧАЯ №6

*Г-н С: Диспноэ/Усталость*

Г-н С. — 75-летний пациент с терминальной стадией заболевания сердца и продолжительной застойной сердечной недостаточностью, включая отек легких. Он перенес первый инфаркт миокарда в возрасте 45 лет, ему была проведена процедура четырехкратного шунтирования в 58 и устранение аневризмы брюшной аорты— в 62. Он находится на пенсии в течение 15 лет, до этого он работал инженером. Он проживает дома с женой, которая перенесла рак. Он вел очень активный образ жизни, даже на пенсии, но на протяжении последних нескольких месяцев он испытывает сильную усталость, которая не позволяет ему участвовать или наслаждаться теми видами деятельности, которыми он занимался раньше. Он часто говорит: «Я чувствую себя так, как будто у меня нет устремлений» и «Я больше ничего не могу делать. Я бесполезен». В течение последних нескольких недель у г-на С. наблюдается одышка, на начальной стадии облегчаемая с помощью кислорода. К сожалению, за последнюю неделю диспноэ прогрессировало, и у него развился сухой кашель. Он не озвучил свои желания относительно лечения в конце жизни.

### Вопросы для обсуждения:

1. Возможность каких мер вмешательства следует рассмотреть?
2. Какое просвещение пациента/членов семьи является крайне необходимым?
3. Какие культурные вопросы следует оценить и решить?
4. Какое долговременное планирование следует учесть? Обсудите, какой подход следует применить к врачу пациента, который выступает против ухода в условиях хосписа.

### Модуль 3. Снятие симптомов

#### Дополнительные учебные материалы/содержание учебных мероприятий

Таблица 1	Снятие симптомов диспноэ	M3-83
Таблица 2	Фармакологическое лечение диспноэ	M3-84
Таблица 3	Фармакологические меры вмешательства при лечении кашля	M3-86
Таблица 4	Фармакологическое лечение запора	M3-87
Таблица 5	Алгоритм предотвращения и лечения запора, вызванного опиоидами	M3-88
Таблица 6	Фармакологическое лечение диареи	M3-89
Таблица 7	Фармакологическое лечение усталости	M3-90
Таблица 8	Фармакологическое лечение депрессии	M3-92
Таблица 9	Фармакологическое лечение тревожности и волнения	M3-94
Таблица 10	Противорвотные средства в паллиативном лечении	M3-95
Таблица 11	Нефармакологические меры вмешательства при тошноте и рвоте	M3-99
Таблица 12	Нефармакологический уход за собой при тошноте и рвоте	M3-101
Таблица 13	Бред, возбуждение, смятение	M3-102
Таблица 14	Оценка анорексии	M3-103
Таблица 15	Симптомы, характерные для конца жизни	M3-105
Рисунок 1	Упражнения по формированию мысленных образов	M3-106
Рисунок 2	Немедикаментозные методы облегчения	
	• Массаж	M3-108
	• Отвлечение	M3-111
	• Релаксация	M3-113
	• Холод	M3-114
	• Тепло	M3-121
Рисунок 3	Алгоритмы паллиативного лечения симптомов (Медицинское подразделение университета штата Виргиния, VCUHS)	M3-127



Модуль 3. Снятие симптомов

Дополнительные учебные материалы/учебные мероприятия

Модуль 3

Таблица 1. Снятие симптомов диспноэ

<b>В</b>	<b>Бронхоспазм</b> – при наличии следует принять альбутерол в форме аэрозоля для ингаляций или пероральные стероиды; при отсутствии следует снизить дозу теофиллина и адренергических средств, чтобы снизить тремор и тревожность, которые зачастую усугубляют диспноэ.
<b>Р</b>	<b>Хрипы</b> – при наличии избыточного объема жидкости следует сократить искусственное питание или прекратить внутривенные вливания. Рекомендуется периодический прием диуретиков. При подозрении на пневмонию необходимо решить, оправдано ли назначение антибиотика, или он лишь продлит процесс умирания. (Участие пациента и членов его семьи в принятии решения является обязательным условием.)
<b>Е</b>	<b>Выпоты</b> – может оказаться эффективной плевральная пункция, однако в случае рецидива выпотов у амбулаторного пациента следует провести плевродез с помощью плевральной дренажной трубки. Если пациент находится на грани смерти, следует проводить паллиативное лечение диспноэ с помощью опиоидов.
<b>А</b>	<b>Обструкция дыхательных путей</b> – обязательно регулярно очищайте трахеостомические трубки. Если существует опасность аспирации пищи, измельчайте твердую пищу до пюреобразного состояния, загущайте жидкую пищу с помощью кукурузного крахмала (или других имеющихся в продаже загустителей).
<b>Т</b>	<b>Густые выделения</b> – если кашель остается сильным, выделения можно разжижить физиологическим раствором в виде аэрозоля. Если кашель слабый, их следует высушивать с помощью оксибутинина в дозе 5-10 мг три раза в день, скополамина в виде пластыря один раз в три дня или скопаламина 0,8-3,2 мг в день подкожно или внутривенно. Эти препараты также ослабят выраженность «предсмертного хрипа».
<b>Н</b>	<b>Низкий уровень гемоглобина</b> – иногда, переливания крови способны помочь восстановить тонус и на несколько недель ослабить симптомы диспноэ. Более часто, процесс умирания будет сопровождаться кровоизлияниями или поражением костного мозга, пневмонией, при которых рекомендуется паллиативное лечение опиоидами.

Источник:

Storey, P. (1994). Symptom control in advanced cancer. *Seminars in Oncology*, 21(6), 748-753. Перездано с разрешения.

### Модуль 3

Таблица 2. Фармакологическое лечение диспноэ

Группа медикаментов	Примеры	Механизм действия	Дозировка/примечания
Опиоиды	Морфий (можно заменить другими опиоидами)	Точный механизм действия в отношении диспноэ до конца не изучен.	Внутривенно: -4 мг каждые 15 мин. – 4 часа Подкожно: 1-4 мг каждые 30 мин. – 4 часа Перорально: 5-15 мг, в таблетированной или жидкой форме каждые 1-4 часа Ректально: 5-15 мг каждые 1-4 часа
	Фентанил		Внутривенно: 25-40 мкг каждые 15 мин. по мере необходимости Сублингвально: 25-40 мкг каждые 15 мин. по мере необходимости
Бронхолитические средства (часто применяются при обструкции дыхательных путей, ХОЗЛ и астме)	Альбутерол®	Расслабляет гладкую мускулатуру дыхательного тракта, снимая бронхоспазм.  Стимулирует бета-адренергические рецепторы симпатической нервной системы, расслабляя гладкую мускулатуру бронхиального дерева.	Режим дозирования может быть различным в зависимости от общего состояния пациента, опыта курения в прошлом, возраста и наличия сопутствующих заболеваний.  Может вызвать нервозность, кашель и усугубление диспноэ. Препараты выпускаются в дозирующих ингаляторах, аэрозолях или в форме для перорального приема.
Мочегонные средства (применяются при сердечной недостаточности, сокращают избыточный объем жидкости)	Фуросемид	Подавляет реабсорбцию электролитов на протяжении восходящего отдела петли Генле, увеличивая экскрецию хлорида натрия, калия, кальция и других электролитов.	Перорально: 20-80 мг Внутривенно: 20-40 мг  Режим дозирования может быть различным и подбирается в соответствии с потребностями и реакцией пациента.
Бензодиазепины (применяются при состояниях тревожности)	Лоразепам (существуют противоречивые сведения относительно эффективности препарата при лечении диспноэ. Поэтому он не должен применяться в	По всей видимости, воздействует на таламическую/гипоталамическую зоны центральной нервной системы, обладает анксиолитическим, седативным, снотворным действием и расслабляет скелетную мускулатуру.	Внутривенно: 0,5-2 мг каждые 8-12 часов Перорально: 0,5-2 мг каждые 8-12 часов  Режим дозирования может быть различным и подбирается в соответствии с потребностями и реакцией пациента.

Группа медикаментов	Примеры	Механизм действия	Дозировка/примечания
	качестве основного препарата.)		
Небензодиазепиновые анксиолитики	Буспирона	Препарат не оказывает действия при проведении исследования функции легких или анализе газов артериальной крови, однако повышает выносливость при физических нагрузках и снижает одышку у пациентов с хроническим обструктивным заболеванием легких.	Необходимо следить за возникновением припадков, избегать одновременного применения с ИИОЗС; медленное действие – не подходит для быстрого снятия симптомов; применяется для кратковременного снятия ситуативной тревожности.
Стероиды (применяются при астме и хроническом обструктивном заболевании легких)	Дексаметазон	Механизм действия до конца не изучен. Воздействует на систему антител. Снижает воспаление (особенное связанное с синдромом поллой вены) и подавляет иммунную реакцию. Снимает бронхоспазм при астме и хроническом обструктивном заболевании легких.	Аэрозоль: 0,25 мг-20 мг Внутривенно: 0,25-20 мг Перорально: 0,25-20 мг
Антибиотики	Пенициллин	Различный в зависимости от действующего вещества.	Изменяется в зависимости от назначенного антибиотика.
Противогрибковые средства (применяются при легочных инфекциях)	Флуконазол  Кетконазол	Различный в зависимости от действующего вещества.	Режим дозирования может быть различным, стандартная доза – 200 мг перорально в первый день приема, затем по 100 мг ежедневно.  Противопоказано одновременное применение кетконазола с мидазоламом и триазоламом. С осторожностью следует применять с бензодиазепинами и другими препаратами, метаболизируемыми ферментом цитохрома Р 450.
Антикоагулянты	Варфарин	Предотвращают тромбообразование, что является профилактикой легочной эмболии.	Изменяется в зависимости от результатов лабораторных исследований.
	Гепарин	Способствует растворению сформировавшихся тромбов.	

Модуль 3

Таблица 3. Фармакологические меры вмешательства при лечении кашля

Группа медикаментов	Примеры	Механизм действия	Примечания
Бронхолитические средства	Тербуталин	Расслабляет гладкую мускулатуру и уменьшает кашель при заболеваниях дыхательных путей.	Дозировка может колебаться в значительных пределах.
Противокашлевые препараты: - опиаты  - местные обезболивающие средства	Морфина сульфат	Воздействует на центральную нервную систему, подавляет кашель.	
	Бензонатат в капсулах или таблетках	Останавливают кашель посредством анестезирующего действия на рецепторы растяжения, которые участвуют в кашлевом рефлексе.	100 мг перорально 3 раза в день; возможен прием каждые 4 часа до 600 мг в сутки.
	Лидокаин в аэрозольной форме		5 мл 2% лидокаина при помощи аэрозольного ингалятора каждые 4 часа по мере необходимости. Повышенный риск попадания в дыхательные пути. Не следует разжевывать или рассасывать.
Отхаркивающие/противокашлевые средства	Гуаифенезин	Увеличивает вязкость содержимого бронхов.	Слабое действие
	Декстрометорфан	Угнетают кашлевый центр продолговатого мозга.	Дозировка: 10-20 мг перорально каждые 4 часа.
Антибиотики	Пенициллин	Лечение пневмонии или инфекций дыхательных путей.	Редко применяется в паллиативном лечении, однако может быть эффективен при лечении некоторых инфекций.
Стероиды	Дексаметазон	Снижает воспаление дыхательных путей или сдавление дыхательных путей опухолью.	
Антихолинергические средства	-Атропин -Гиосциамин -Гидробромид	Снижает объем выделений; уменьшает кашель.	
Физиологический раствор в виде аэрозоля или увлажнитель		Применяется для разжижения выделений.	
Бета-2		Уменьшают бронхостеноз.	
Адренергические агонисты	Ипратропиум		Применяются при острых приступах астматического кашля. В форме аэрозоля или ингалятора.  Эффективны при хроническом бронхите.

Модуль 3

Таблица 4. Фармакологическое лечение запора

Группа медикаментов	Примеры	Механизм действия	Примечания
Стимулирующее средство	Сенна или сенна в сборах	Стимулирует перистальтику кишечника.	Следует применять с осторожностью при заболеваниях печени.
Слабительные Средства, увеличивающие объем кишечного содержимого	Подорожник	Увеличивает время прохождения через кишечник.	Не рекомендуется, если существует опасность кишечной непроходимости, или у пациента снижено потребление жидкости (менее 8 стаканов в день); редко применяется при паллиативном лечении.
Смазывающие средства	Минеральное масло	Смазывает кишечник и размягчает стул.	Снижает усвоение витаминов и минералов. Применение связано с аспирационной пневмонией у ослабленных пожилых пациентов.
Очищающие/размягчающие средства	Докузат	Размягчает стул, может стимулировать толстую кишку.	
Сочетание средств	Сенна и докузат	Сочетает стимулирующее и размягчающее действия.	
Осмотические средства	Сорбитол, лактулоза	Неабсорбируемые сахара, которые обеспечивают поступление жидкости в ЖКТ.	Как правило, применяется для лечения пациентов с хроническими запорами, особенно находящихся на лечении опиатами.
	Полиэтиленгликоль	Неабсорбируемые растворители, которые обеспечивают поступление жидкости в ЖКТ.	Не следует применять более 1-2 недель.
Соли магния	Гидроокись магния	Осмотическое действие	Длительное применение или большие дозы солевых слабительных средств могут привести к опасному для жизни дисбалансу электролитов.
Прокинетические препараты	Цизаприд	Помогают при нарушении перистальтики у пациентов с псевдонепроходимостью кишечника.	2,5 – 10 мг перорально четыре раза в день
	Метаклопрамид	Эффективны при замедленной или нарушенной перистальтике.	Необходимо следить за появлением экстрапирамидальных симптомов, например, акатизии, беспокойства (помните, что субъективное описание пациента не всегда можно подтвердить внешним наблюдением).
Примечание: Существует множество препаратов, отпускаемых без рецепта. См. указания по режиму дозирования.			

### Модуль 3

Таблица 5. Алгоритм предотвращения и лечения запора, вызванного опиоидами



Заемствовано из:

Levy, M.H. (1996). Фармакологическое лечение онкологической боли. *New England Journal of Medicine*, 335(15): 1124-1132.

### Модуль 3

**Таблица 6. Фармакологическое лечение диареи**

<b>Группа медикаментов</b>	<b>Примеры</b>	<b>Механизм действия</b>	<b>Примечания</b>
Опиоиды	Атропин/ Дифеноксилата гидрохлорид  Лоперамида гидрохлорид	Угнетают перистальтику, повышают тонус сфинктеров.	5 мг перорально четыре раза в день  Начинать с 4 мг перорально, затем по 2 мг после жидкого стула, но не более 16 мг в сутки.
Вещества, увеличивающие объем кишечного содержимого	Подорожник	Увеличивают всасывание жидкости и повышают плотность стула.	Принимать 1-3 раза в день, подходит много препаратов. Пациент должен иметь возможность выпивать не менее 8 стаканов воды в день.
Антибиотики	Метронидазол	Устраняет инфекцию.	Выбор антибиотика - в соответствии с этиологией.
Стероиды	Дексаметазон	Снимают воспаление пищеварительного тракта, в определенной степени помогают при частичной непроходимости кишечника и язвенном колите.	
Соматостатин	Октреотид	Уменьшает время прохождения, снижая объем выделений.	Устраняет диарею, возникающую на фоне карциноидных опухолей и СПИДа. Режим дозирования может быть различным.

### Модуль 3

Таблица 7. Фармакологическое лечение усталости

Группа медикаментов	Примеры	Механизм действия	Примечания
Кортикостероиды	Дексаметазон  (Другие: преднизон, метилпреднизолон)	Механизм действия не изучен.  Продолжительность и полезность действия ограничиваются неделями.	1 – 2 мг перорально два раза в день. (Возможно повышение аппетита и улучшение настроения и, следовательно, улучшение общего самочувствия, однако продолжительность действия ограничена.)
Стимулирующие средства	Метилфенидат	Стимулируют центральную нервную систему и дыхательные центры, повышают аппетит и тонус, улучшают настроение, ослабляют седативный эффект (Vucera и др., 2003 г.).	Начальная доза составляет 5-10 мг утром и в обед, дозу следует титровать до достижения желаемого эффекта. У очень ослабленных пациентов начальная доза составляет 2,5-5 мг ежедневно или два раза в день.
Антидепрессанты		Снимают симптомы депрессивного состояния, вызванного слабостью. Могут улучшать сон. Являются препаратами первичного выбора при лечении депрессии у онкологических пациентов.	При лечении ослабленных пожилых пациентов следует начинать с более низких доз.  Эти препараты применяются, однако не назначаются в качестве основного.
• Ингибиторы избирательного обратного захвата серотонина	Флюоксетин Пароксетин Сертралин Циталопрам	Блокируют обратный захват серотонина.	Ингибиторы избирательного обратного захвата серотонина (SSRI) являются основным препаратом. Имеются данные о том, что они снижают тревожность и боль. Некоторые препараты SSRI имеют длительный период полувыведения, поэтому неизлечимо больным пациентам их следует назначать с осторожностью.
	Бупроприон	Механизм действия: считается, что он блокирует обратный захват норэпинефрина (NE) и дофамина (DA).	100 мг перорально три раза в день: при более высоких дозах существует опасность возникновения припадков. Не следует превышать разовую дозу 150 мг (при немедленном высвобождении активного вещества) или 200 мг (при замедленном высвобождении активного вещества). Суточная доза не должна превышать 400

			мг.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Трициклические антидепрессанты</li> </ul>	Нортриптилин Деспрамин	Блокируют обратный захват нейротрансмиттеров норадренина и серотонина (NE и 5HT) в нейронной мембране. Могут улучшать сон и, таким образом, снижать усталость.	Начальная доза составляет 10-25 мг перед сном. Следует обращать внимание на седативный эффект. 1) В некоторых случаях, эффективен при нейропатической боли, однако показатели побочных эффектов могут быть высокими. 2) Некоторые специалисты рекомендуют выдавать пациенту запас препарата, достаточный не более, чем на 2 недели, поскольку его прием может привести к летальному исходу. 3) Необходимо контролировать уровень концентрации препарата в крови. 4) С осторожностью следует назначать пожилым пациентам: возможны гипотензия, седативный эффект, нарушения сердечной проводимости.
<ul style="list-style-type: none"> <li>Рекомбинантный человеческий эритропоэтин</li> </ul>	Эритропоэтин	Повышает уровень гемоглобина, положительно воздействует на тонус, двигательную активность и общее качество жизни, снижает потребность в переливаниях крови (Krammer и др., 1999 г.).	150 ед./кг подкожно три раза в неделю.

**Список литературы:**

- Bruera, E., Driver, E., Barnes, L., Wiley, J.L., Shen, J., Palmer, C. et al., (2003) Patient controlled methylphenidate for the management of fatigue in patients with advanced cancer: A preliminary report. *Journal of Clinical Oncology*, 21(23), 4439-4443.**
- Krammer, L., Meier, J., Gooding-Kellar, N., Williams, M., & von Gunten, C. (1999). Palliative care and oncology: Opportunities for oncology nursing. *Oncology Nursing Updates*, 6(3), 1-12.**
- Ly, K. L., Chidgey, J., Addington-Hall, J., & Hotopf, M. (2002). Depression in palliative care: A systematic review. Part 2: Treatment. *Palliative Medicine*, 16(4), 279-284.**

Модуль 3

Таблица 8. Фармакологическое лечение депрессии

❖ Эти лекарства можно использовать отдельно либо в сочетании с другими психотропными препаратами.

Группа медикаментов	Примеры	Механизм действия	Примечания
Антидепрессанты	Ингибиторы избирательного обратного захвата серотонина (SSRI): - Флюоксетин - Пароксетин - Сертралин - Циталопрам	Блокируют обратный захват серотонина (5HT).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) Несмотря на то что ингибиторы избирательного обратного захвата серотонина (SSRI) имеют одинаково эффективное действие, следует учитывать реакцию в прошлом, целевые симптомы и показатели побочных эффектов.</li> <li>2) Препараты SSRI наиболее эффективны для пациентов с прогнозируемой продолжительностью жизни более 2 месяцев.</li> <li>3) Некоторые препараты SSRI имеют длительный период полувыведения, поэтому они имеют ограничения при назначении неизлечимо больным пациентам с нарушениями функций органов.</li> <li>4) Взаимодействие с цитохромом P450 может привести к летальному исходу (Cozza и др., 2003 г.).</li> <li>5) При назначении ослабленным пациентам следует начинать с 1/3 дозы; затем постепенно довести до заданной дозы, увеличивая ее каждые 1-2 недели.</li> <li>6) Пожилым пациентам следует начинать с малых доз и увеличивать постепенно.</li> <li>7) Следует контролировать артериальное давление и вес.</li> <li>8) Конечной целью является снятие симптомов, ради которых проводится лечение.</li> </ol>
	<u>Трициклические антидепрессанты:</u> - Амитриптилин - Нортриптилин	Блокируют обратный захват различных нейротрансмиттеров в нейронной мембране. Улучшает сон.	Среди этих препаратов наиболее изученным является амитриптилин, однако он же имеет наиболее неблагоприятные показатели побочных эффектов; побочные эффекты включают сухость во рту, запор, повышенное внутриглазное давление с развитием узкоугольной глаукомы.
	<u>Другие:</u> - Венлафаксин	Блокируют обратный захват норадренина и серотонина (NE и 5HT).  Помогают при состояниях	Венлафаксин также применяется для лечения приливов; следует корректировать дозировку при заболеваниях печени и почек.
	- Миртазепин	тревожности и депрессии; в	При почечной недостаточности дозировку следует снизить, если показатель очищения креатинина

Группа медикаментов	Примеры	Механизм действия	Примечания
	<p>- Дулоксетин</p> <p><u>Другие:</u></p> <p>- Бупроприон</p>	<p>малых дозах действуют как препараты SSRI.</p> <p>Увеличивает высвобождение NE и 5HT в синапсах. Улучшает сон.</p> <p>Одобен при диабетической нейропатии.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) В более высоких дозах повышает опасность возникновения припадков.</li> <li>2) Противопоказан в сочетании с ингибитором моноаминоксидазы.</li> <li>3) Следует избегать применения с препаратами, которые снижают судорожный порог (у пациентов, зависимых от алкоголя или бензодиазепинов). (Schatzberg и др., 2003 г.)</li> </ol>	<p>составляет менее 30; не рекомендуется при печеночной недостаточности.</p> <p>Допускается одновременный прием нескольких препаратов. Например, бупроприон можно назначать одновременно с метилфенидатом, он дополняет дофамин и норэпинефрин; снимает симптомы апатической усталости и когнитивной заторможенности. (Schatzberg и др., 2003 г.)</p>
Стимулирующие средства	Метилфенидат	Стимулирует центральную нервную систему и дыхательные центры, повышает аппетит и тонус, улучшает настроение, ослабляет седативный эффект.	Начальная доза составляет 5-10 мг утром и 12 мг в обед, дозу следует титровать до достижения желаемого эффекта. Эффект достигается быстро, обычно в течение 2-3 суток.
Небензодиазепины	Буспирона гидрохлорид	Механизм действия сложный; воздействует на различные участки центральной нервной системы и вызывает анксиолитическую активность.	<p>Эффективен при лечении пациентов со смешанными симптомами тревожности и депрессии.</p> <p>Начальная доза составляет 10-15 мг, разделенных на приемы в течение суток, перорально; затем дозу титруют не более чем до 60 мг в сутки перорально.</p> <p>Медленное действие.</p> <p>Продолжительность действия может быть ограничена.</p>
Стероиды	Дексаметазон	Повышает аппетит и улучшает настроение, таким образом улучшая общее состояние.	Может вызвать ухудшение настроения, депрессию, лабильность, сонливость и галлюцинации.

**Список литературы:**

Cozza, K. L., Armstrong, S. C., & Oesterheld, J. R. (2003). *Drug interaction principles for medical practice* (2<sup>nd</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.

Schatzberg, A. F., Cole, J. O. & DeBattista, C. (2003). *Manual of clinical psychopharmacology* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.

Модуль 3

Таблица 9. Фармакологическое лечение тревожности и волнения

Группа медикаментов	Примеры	Механизм действия	Примечания
Антидепрессанты	<p>Ингибиторы избирательно го обратного захвата серотонина (SSRI):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Флюоксетин</li> <li>- Пароксетин</li> <li>- Сертралин</li> <li>- Циталопрам</li> </ul> <p><u>Другие:</u> Венлафазин</p>	<p>Блокируют обратный захват серотонина.</p> <p>Блокируют обратный захват норэпинефрина и серотонина.</p>	<p>Эффективны при лечении преходящей тревожности и приступов паники; с осторожностью следует назначать пациентам с неизлечимыми заболеваниями. Наиболее эффективны при лечении пациентов с прогнозируемой продолжительностью жизни более 2 месяцев.</p> <p>Может снижать тревожность</p>
Бензодиазепины/противосудорожные препараты	<p>Алпразолам Лоразепам Клоназепам Темазепам Мидазолам</p>	<p>Воздействуют на лимбическую/таламическую/гипоталамическую области центральной нервной системы, обладают анксиолитическим, седативным, снотворным действием и расслабляют скелетную мускулатуру.</p>	<p>Режим дозирования может быть различным. Лоразепам и темазепам наиболее эффективны при лечении пожилых пациентов. Могут иметь парадоксальный эффект у пожилых пациентов.</p> <p>Мидазолам и лоразепам применяются парентерально при беспокойстве/волнении неизлечимо больных пациентов.</p>
<p>Нейролептики</p> <p>Атипичные антипсихотические препараты</p>	<p>Галоперидол Рisperидон Оланзапин</p>	<p>Блокируют обратный захват дофамина.</p> <p>Атипичные препараты имеют менее выраженный антихолинергический эффект при применении в малых дозах.</p>	<p>Применяются при сильном возбуждении, когда бензодиазепины неэффективны; особенно эффективны при тяжелых бредовых состояниях и галлюцинациях.</p>

## Module 3

Table 10: Antiemetic Drugs in Palliative Care

Drug	Indication	Dosage, Route, and Schedule	Side Effects	Comments
<b>Butyrophenones</b> Haloperidol	Opioid-induced nausea, chemical and mechanical nausea	Oral: 0.5-5 mg every 4-6 hours Intravenous: 0.5-2 mg every 3-4 hours  Intravenous: 1.25-2.5 mg every 2-4 hours	Dystonias, dyskinesia, akathisia	Side effects are less at low doses. Butyrophenones may be as effective as phenothiazines, may have additive effects with other central nervous system depressants. Use when anxiety and anticipatory symptoms aggravate intensity of nausea and vomiting.
Droperidol				
<b>Prokinetic agents</b> Metoclopramide	Gastric stasis, ileus	Oral: 5-10 mg every 2-4 hours Intravenous: 1-3 mg/kg every 2-4 hours	Dystonias, akathisia, esophageal spasm, colic if gastrointestinal obstruction, headache, fatigue, abdominal cramps, diarrhea	Infuse over 30 minutes to prevent agitation and dystonic reactions; use diphenhydramine to decrease extrapyramidal symptoms.
Domperidone		Oral: 10-30 mg every 2-4 hours Per rectum: 30-90 mg every 2-4 hours		
<b>Cannabinoids</b> Dronabinol	Second-line antiemetic	Oral: 2-10 mg every 4-6 hours	Central nervous system sedation, dizziness, disorientation, impaired concentration, dysphoria, hypotension, dry mouth, tachycardia	More effective in younger adults.
<b>Phenothiazines</b> Prochlorperazine	General nausea and vomiting. Not as highly recommended for routine use in palliative care	Oral: 5-25 mg every 3-4 hours Per rectum: 25 mg every 6-8 hours Intravenous: 20-40 mg every 3-4 hours	Drowsiness, irritation, dry mouth, hypotension, extra-pyramidal side effects	May cause excessive drowsiness in elderly.

**Module 3**  
**Table 10: Antiemetic Drugs in Palliative Care**

<b>Drug</b>	<b>Indication</b>	<b>Dosage, Route, and Schedule</b>	<b>Side Effects</b>	<b>Comments</b>
Thiethylperazine		Oral: 10 mg every 3-4 hours Per rectum: 10 mg every 6-8 hours		
Trimethobenzamide		Oral: 100-250 mg every 3-4 hours Per rectum: 200 mg every 3-4 hours		
<b>Antihistamines</b> Diphenhydramine	Intestinal obstruction, peritoneal irritation, vestibular causes, increased ICP	Oral: 25-50 mg every 6-8 hours Intravenous: 25-50 mg every 6-8 hours	Dry mouth, blurred vision, sedation	Cyclizine is the least sedative, so it is a better choice.
Cyclizine		Oral: 25-50 mg every 8 hours Per rectum: 25-50 mg every 8 hours Subcutaneous: 25-50 mg every 8 hours		
<b>Anticholinergics</b> Scopolamine	Intestinal obstruction, peritoneal irritation, increased ICP, excess secretions	Sublingual: 200-400 mcg every 4-8 hours Subcutaneous: 200-400 mcg every 4-8 hours Transdermal: 500-1500 mcg every 72 hours	Dry mouth, ileus, urinary retention, blurred vision, possible agitation	Useful if nausea and vomiting co-exist with colic.

**Module 3**  
**Table 10: Antiemetic Drugs in Palliative Care**

<b>Drug</b>	<b>Indication</b>	<b>Dosage, Route, and Schedule</b>	<b>Side Effects</b>	<b>Comments</b>
<b>Steroids</b> Dexamethasone	Given alone or with other agents for nausea and vomiting	Oral: 2-4 mg every 6 hours Intravenous: 2-4 mg every 6 hours	Insomnia, anxiety, euphoria, perirectal burning	Compatible with 5-HT <sub>3</sub> receptor antagonists or metoclopramide. Taper dose to prevent side effects.
<b>Benzodiazepine</b> Lorazepam	Effective for nausea and vomiting as well as anxiety	Oral: 1-2 mg every 2-3 hours Intravenous: 2-4 mg every 4-8 hours	Sedation, amnesia, pleasant hallucinations	Use with caution with hepatic or renal dysfunction or debilitated patients.
<b>5-HT<sub>3</sub> receptor antagonists</b> Ondansetron	Chemotherapy, abdominal radiotherapy, postoperative nausea and vomiting	Oral, intravenous: 0.15-0.18 mg/kg every 12 hours	Headache, constipation, diarrhea, minimal sedation	Indicated for moderate to highly emetogenic chemotherapy. Ideal for elderly and pediatric patients. Effectiveness is increased if used with dexamethasone
Granisetron		Oral: 1 mg every 12 hours Intravenous: 10 mcg/kg every 12 hours		
<b>Miscellaneous</b> Octreotide acetate	Nausea and vomiting associated with intestinal obstruction	Subcutaneous (recommended), Intravenous bolus (emergencies), 100-600 mcg SQ in 2-4 doses/day	Diarrhea, loose stools, anorexia, headache, dizziness, seizures, anaphylactic shock	May interfere as others with insulin and $\beta$ -adrenergic blocking agents; watch liver enzymes.
Dimenhydrinate	Oral: 50-100 mg q 4 hours not greater than 400 mg/day Intravenous: 50 mg as needed		Dry mouth, blurred vision, sedation	Geriatric clients may be more sensitive to dose.

**Reference:**

King, C.R. (2006). Nausea and vomiting. In B.R. Ferrell & N. Coyle (Eds), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> edition) (p. 184). New York, NY: Oxford University Press. Reprinted with permission.

**Sources:**

- Baines, M.J. (1997). ABC of palliative care: Nausea, vomiting and intestinal obstruction. *British Medical Journal*, 315 (7116), 1148-1150.
- Enck, R.E. (1994). *The medical care of terminally ill patients*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.
- Fallon, B.G. (1998). Nausea and vomiting unrelated to cancer treatment. In A. Berger, R.K. Portenoy, & D.E. Weissman (Eds), *Principles and practice of supportive oncology* (pp. 179-189). Philadelphia, PA: Lippincott Williams-Wilkins.
- Goodman, M. (1997). Risk factors and antiemetic management of chemotherapy-induced nausea and vomiting. *Oncology Nursing Forum*, 24 (7 Suppl), 20-32.
- Gralla, R., Osoba, D., Kris, M. et al. (1999). Recommendations for the use of antiemetics: Evidence-based, clinical practice guidelines. *Journal of Clinical Oncology* 17(9), 2971-2994.
- Mannix, K. A. (2004). Palliation of nausea and vomiting. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of palliative medicine* (3<sup>rd</sup> edition) (pp. 459-468). New York, NY: Oxford University Press.
- Rhodes, V. & McDaniel, R. (2001). Nausea, vomiting, and retching: Complex problems in critical care. *CA: Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 232-248.

### Module 3

**Table 11. Nonpharmacological Interventions for Nausea and Vomiting**

<b>Techniques</b>	<b>Description</b>	<b>Comments</b>
<b>Behavioral interventions</b> Self-hypnosis	Evocation of physiological state of altered consciousness and total body relaxation. This technique involves a state of intensified attention receptiveness and increased receptiveness to an idea.	Used to control anticipatory nausea and vomiting Limited studies, mostly children and adolescents No side effects Decreases intensity and duration of nausea Decreases frequency, severity, amount, and duration of vomiting
Relaxation	Progressive contraction and relaxation of various muscle groups.	Often used with imagery Can use for other stressful situations Easily learned No side effects Decreases nausea during and after chemotherapy Decreases duration and severity of vomiting Not as effective with anticipatory nausea and vomiting
Biofeedback	Control of specific physiological responses by receiving information about changes in response to induced state of relaxation.	Two types: electromyographic and skin temperature Used alone or with relaxation Easily learned No side effects Decreases nausea during and after chemotherapy More effective with progressive muscle relaxation
Imagery	Mentally takes self away by focusing mind on images of a relaxing place	Most effective when combined with another technique Increases self-control Decreases duration of nausea Decreases perceptions of degree of vomiting Feel more in control, relaxed, and powerful

### Module 3

**Table 11. Nonpharmacological Interventions for Nausea and Vomiting**

<b>Techniques</b>	<b>Description</b>	<b>Comments</b>
Distraction	Learn to divert attention from a threatening situation and to relaxing sensations.	Can use videos, games, and puzzles No side effects Decreases anticipatory nausea and vomiting Decreases postchemotherapy distress
Desensitization	Three-step process involving relaxation and visualization to decrease sensitization to aversive situations.	Inexpensive Easily learned No side effects Decreases anticipatory nausea and vomiting
<b>Other interventions</b>		
Acupressure	Form of massage using meridians to increase energy flow and affect emotions	Inconclusive literature support Acupressure wrist bands may be helpful to decrease nausea and vomiting
Music therapy	Use of music to influence physiological, psychological, and emotional functioning during threatening situations	Often used with other techniques No side effects Decreases nausea during and after chemotherapy Decreases perceptions of degree of vomiting

**Reference:**

King, C.R. (2006). Nausea and vomiting. In B.R. Ferrell & N. Coyle (Eds), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> edition) (p. 188). New York, NY: Oxford University Press. Reprinted with permission.

## Модуль 3

---

### Таблица 12. Нефармакологический уход за собой при тошноте и рвоте

---

- Уход за полостью рта после каждого случая рвоты
- Приложить прохладную влажную ткань ко лбу, на шею и запястья
- Устранить раздражающие факторы, такие как неприятный запах и боль
- Ограничить потребление жидкости во время еды
- Питаться часто и дробно
- Есть легкую пищу, которая должна быть прохладной или комнатной температуры
- После еды 2 часа полежать в горизонтальном положении
- Носить одежду свободного покроя
- Обеспечить приток свежего воздуха с помощью вентилятора или открытого окна
- Избегать сладкой, соленой, жирной и острой пищи
- Ограничить звуки, зрительные образы, запахи, которые провоцируют тошноту и рвоту

Источник:

King, C. (2006). Nausea and vomiting. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative care nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 177-194). New York, NY: Oxford University Press. Переиздано с разрешения.

Список литературы:

Enck, R.E. (1994). *The medical care of terminally ill patients*. Baltimore, MD: John Hopkins University Press.

Ladd, L.A. (1999). Nausea in palliative care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing* 1, 67-70.

### Модуль 3

#### Таблица 13. Бред, возбуждение, смятение

Оценка исходной причины:

<b>D</b>	Препараты (особенно психотропные)
<b>E</b>	Дисбаланс электролитов или глюкозы
<b>L</b>	Печеночная недостаточность
<b>I</b>	Ишемия или гипоксия
<b>R</b>	Почечная недостаточность
<b>I</b>	Непроходимость кишечника
<b>U</b>	Инфекция мочевого (или другого) тракта
<b>M</b>	Метаастазы в головной мозг

Источник:

Storey, P. (1994). Symptom control in advanced cancer. *Seminars in Oncology*, 21(6), 748-753. С разрешения Elsevier/WB Saunders via Copyright Clearance Center.

<b>Группа медикаментов</b>	<b>Примеры</b>	<b>Механизм действия</b>	<b>Дозировка/примечания</b>
Нейролептики	Галоперидол	Блокируют захват дофамина; выводятся печенью	1) Эффективны при сильном возбуждении, особенно при лечении параноидного бреда и галлюцинаций. 2) Назначаются значительно более низкие дозы, чем для физически здоровых психиатрических пациентов молодого возраста.
Фенотиазин Нейролептики	Метотримепразин		
Атипичные антипсихотические препараты	Рisperидон	Блокирует избирательный захват дофамина, однако с более слабыми антихолинергическим и эффектами	Пожилые пациенты лучше переносят препарат при назначении малых доз.
Анксиолитики	Лоразепам Темазепам		Эффективны при лечении пожилых пациентов, однако могут усугубить бредовое состояние. Не назначают при наличии приобретенного слабоумия, может возникнуть парадоксальная реакция; можно чередовать с нейролептиками.
Другие	Мидазолам Фенобарбитол Пропофол		Назначают в случае, если другие препараты не эффективны в качестве седативных средств. При назначении следует помнить о клинических рекомендациях (Cheng и др., 2002 г.; Breitbart и др., 1995 г.)

Список литературы:

- Breitbart, W., Bruera, E., Chochinov, H., & Lynch, M. (1995). Neuropsychiatric syndromes and psychological symptoms in patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 10(2), 131-141.
- Cheng, C., Roemer-Becuwe, C., & Pereira, J. (2002). When midazolam fails. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23(3), 256-265.

Модуль 3

Таблица 14. Оценка анорексии

<b>A</b>	Боли
<b>N</b>	Тошнота
<b>O</b>	Кандидоз ротовой полости
<b>R</b>	Реактивная (или органическая) депрессия
<b>E</b>	Нарушение опорожнения кишечника (запор, задержка стула)
<b>X</b>	Ксеростомия (сухость во рту)
<b>I</b>	Ятрогенные факторы (лучевая или химиотерапия)
<b>A</b>	Гастрит, связанный с повышенной кислотностью или язвенная болезнь

Источник:

Storey, P. (1994). Symptom control in advanced cancer. *Seminars in Oncology*, 21(6), 748-753. Переиздано с разрешения.

<b>Группа медикаментов</b>	<b>Примеры</b>	<b>Механизм действия</b>	<b>Дозировка/примечания</b>
Препараты, содержащие прогестерон	Мегестрола ацетат	Орексигенное действие, возбуждают аппетит, увеличивают вес	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Режим дозировки может быть различным; начальная доза составляет от 160-320 мг в сутки</li> <li>• Препарат в форме раствора является менее затратным</li> <li>• Типичные побочные эффекты; периферическая эдема, диарея, импотенция (Lipman и др., 2000 г.)</li> </ul>
Кортикостероиды	Дексаметазон  Преднизон	Возбуждают аппетит, улучшают настроение	<p>4 – 8 мг в сутки</p> <p>5 мг три раза в день; дозировка может изменяться; менее дорогой препарат, чем дексаметазон (Twycross &amp; Gurru, 1985 г.)</p>
Каннабиноиды	Дронабинол	Возбуждают аппетит	2,5 мг три раза в день (Nelson и др.,

			1994 г.) По поводу препарата ведутся споры, может быть эффективен для определенных групп людей (Berger и др., 2000 г.)
--	--	--	---

Список литературы:

Berger, A., Portenoy, R., & Weissman, D. (2002). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Lippincott, Williams and Wilkins.

Lipman, A., Jackson, K., & Tyler, L. (2000). *Evidence based symptom control in palliative care*. Binghamton, NY: Pharmaceutical Products.

Nelson, K., Walsh, D., Deeter, P., & Sheehan, F. (1994). A phase II study of delta-9-tetrahydrolinol cannabinoil for appetite stimulation in cancer associated with anorexia. *Journal of Palliative Care*, 10(1), 14-18.

Twycross, R., & Guppy, D. (1985). Prednisolone in terminal breast and bronchogenic cancer. *Practitioner*, 229(1399), 57-59.

Модуль 3

**Таблица 15. Симптомы, характерные для конца жизни**

<b><u>Работа ЖКТ</u></b> Анорексия Тошнота/рвота Дисфагия Потеря веса Неприятный привкус Асцит	<b><u>Стул</u></b> Запор Диарея Невозможность дефекации или потеря контроля	<b><u>Состояние</u></b> Депрессия Беспокойство
<b><u>Работа мочевого пузыря</u></b> Недержание Изменение функционирования или потеря контроля Спазмы мочевого пузыря	<b><u>Восприятие</u></b> Бессонница Бред/возбуждение/смятение Изменения памяти	<b><u>Целостность кожных покровов</u></b> Пролежни Мукозит Кандидоз Кожный зуд Отек Асцит Кровотечение/ кровопотеря Опоясывающий лишай Лимфедема
<b><u>Дыхание</u></b> Диспноэ Кашель/застойные явления/хрипы Икота Измененный характер дыхания	<b><u>Функциональные способности</u></b> Усталость Неподвижность Патологические переломы/ Сдавление спинного мозга Слабость	<b><u>Другое</u></b> Жар Потоотделение

**Источник:**

**Funded by the National Cancer Institute. B. R. Ferrell, Principal Investigator. (1998). HOPE: Home Care Outreach**

**for Palliative Care Education Project. Переиздано с разрешения.**



## Модуль 3

### Рисунок 1. Упражнения по формированию мысленных образов

Займите удобное положение (лежа или сидя; руки вдоль туловища или, в положении сидя, расслабленно лежат на коленях; ноги не скрещены). Дайте нижней челюсти опуститься, чтобы расслабить лицевые мышцы. Давайте начнем с глубокого, медленного, очищающего дыхания. Вдох... Выдох... Вдох... Выдох... Сосредоточим внимание на руках. Почувствуйте, как к рукам приливает тепло, они тяжелеют, расслабляются... делаем медленный и глубокий вдох, а затем медленный выдох. Вдох... Выдох... Вдох... Выдох... Почувствуйте, как расслабленность и тепло перетекают от ладоней к предплечьям и плечам; мышцы разогреваются, тяжелеют, расслабляются... делаем медленный и глубокий вдох. Вдох... Выдох... Вдох... Выдох... Ладони и руки теплеют, тяжелеют, расслабляются.

Почувствуйте, как напряжение уходит, а тепло приливает от рук к шее, голове; мышцы разогреваются, тяжелеют, расслабляются... делаем медленный и глубокий вдох, а затем медленный выдох. Вдох... Выдох... Вы вдыхаете тепло и расслабляетесь; выдыхаете напряжение и боль; мышцы головы, шеи, плеч теплеют, тяжелеют, расслабляются. Почувствуйте, как расслабленность и тепло перетекают от мышц рук, плеч, головы и шеи к мышцам верхней части спины и груди. Почувствуйте, как к мышцам приливает тепло, они тяжелеют, расслабляются... делаем медленный и глубокий вдох, а затем медленный выдох. Вдох... Выдох... Мышцы груди и верхней части спины теплеют, тяжелеют, расслабляются.

Теперь почувствуйте, как расслабленность и тепло перетекают от груди и верхней части спины к мышцам живота и пояснице. Почувствуйте, как к мышцам приливает тепло, они тяжелеют, расслабляются... делаем медленный и глубокий вдох, а затем медленный выдох. Вдох... Выдох... Мышцы живота теплеют, тяжелеют, расслабляются.

А теперь почувствуйте, как расслабленность и тепло перетекают в мышцы таза и ягодицы. Почувствуйте, как к мышцам приливает тепло, они тяжелеют, расслабляются... делаем медленный и глубокий вдох, а затем медленный выдох. Вдох... Выдох... Мышцы таза и ягодиц теплеют, тяжелеют, расслабляются. А теперь расслабленность и тепло перетекают к мышцам ног и ступней. Почувствуйте, как к мышцам приливает тепло, они тяжелеют, расслабляются... делаем медленный и глубокий вдох, а затем медленный выдох. Вдох... Выдох... Мышцы ног и ступней теплеют, тяжелеют, расслабляются.

Теперь почувствуйте, как ваше тело полностью расслаблено. Напряжение ушло, вам тепло и комфортно. Продолжаем дышать медленно и глубоко. А теперь, когда вы расслаблены, представьте, что ваши веки – это киноэкран. Представьте себя в том особенном месте, где вам обычно спокойно и уютно. Это может быть в помещении или на улице; вы можете быть в одиночестве или в окружении людей. Используйте все свои чувства, чтобы ощутить как вы попадаете в это место покоя, уюта и отдыха. Осознайте все, что вы видите. Подумайте, что вы чувствуете: вам тепло или прохладно? Сосредоточьтесь на запахах: с какими ароматами ассоциируется это особенное место? Подумайте о том, что вы слышите: прислушайтесь к этим звукам. Теперь вы находитесь в этом особенном месте, вам уютно... вы расслаблены... Задержитесь там, насладитесь этим пребыванием... (сделайте паузу на 1 или несколько минут, затем продолжайте)

На счет три сделайте глубокий вдох, затем медленный выдох и откройте глаза. Когда вы откроете глаза, вы почувствуете себя бодрыми, отдохнувшими, вам будет комфортно. (Это последнее указание можно изменить и перейти к следующему занятию или поставить специальную кассету и предложить пациенту оставаться в расслабленном состоянии с закрытыми глазами, но сообщить, что ваше занятие окончено.)

Источник:

Spross, J. A., & Burke, M. W. (1995). Nonpharmacological management of cancer pain. In D.B. McGuire, C. H. Yarbro, & B. R. Ferrell. (Eds.), *Cancer pain management* (2<sup>nd</sup> ed., p. 181). Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers. Переиздано с разрешения.

## **Модуль 3**

### **Рисунок 2. Немедикаментозные методы облегчения**

#### **МАССАЖ**

##### **Метод: массаж при помощи рук**

##### **Описание**

Массаж при помощи рук – это поглаживание или растирание кожи рук для снятия боли или расслабления.

##### **Чем помогает массаж при помощи рук**

С помощью массажа можно уменьшить боль – он успокаивает кожу и расслабляет напряженные мускулы.

##### **Особое внимание и меры предосторожности:**

- Не массируйте области, которые подвергались воздействию лучевой терапии, так как кожа в этих местах очень чувствительная.
- Не массируйте открытые раны, язвы или заживающие раны.
- Не массируйте области, слишком чувствительные к касанию, а также же, если массаж усиливает боль.
- Не массируйте участки тела, расположенные непосредственно над опухолью, а также участки с костным метастазом.

##### **Оборудование**

1. Массажное масло или тальк
2. Большое полотенце или простыня

##### **Указания**

1. Чаще всего массируют спину и плечи, но если такой массаж неудобен, то практически с тем же расслабляющим эффектом можно растереть ступни или кисти рук. Выберите участок, массаж которого для пациента является оптимальным.
2. Снимите одежду с участка, который собираетесь массировать.
3. И пациент, и тот, кто будет делать массаж, должны находиться в удобном положении.
4. Чтобы сохранить тепло и не смущать пациента, прикройте части тела, которые не будут массироваться.
5. Возьмите тальк или лосьон (в зависимости от предпочтений пациента), чтобы руки скользили. Трение, которое возникает при растирании кожи без лосьона, может вызвать раздражение и неприятные ощущения. Если используется лосьон, сначала погрейте его несколько секунд в микроволновой печи или поставьте баночку в кастрюлю с теплой водой. Перед нанесением лосьона проверьте его температуру.
6. Выберите удобное для пациента время. Лучше всего проводить массаж прежде, чем боль станет сильной. Признаком оптимального времени для проведения массажа являются моменты, когда пациент устал или становится беспокойным. Выделите время на ежедневный массаж пациента.
7. Длительность сеанса массажа определяется индивидуально. Результаты массажа могут стать заметными уже через несколько минут.

8. Поглаживайте массируемую область длинными, уверенными движениями. Если массируются кисти рук или ступни, растирайте каждый палец в отдельности.
  9. Какие поглаживания приятны пациенту? Какие движения лучше его расслабляют: мягкие или уверенные? Необходимо, чтобы пациент сообщал человеку, который делает ему массаж, какие движения для него наиболее комфортны?
  10. Массаж – это время расслабиться. Сосредоточьтесь на том, что ощущает пациент во время массажа, старайтесь не разговаривать и не шуметь.
  11. Некоторым легче расслабиться, если во время массажа играет их любимая музыка.
  12. Обязательно сделайте запись о массаже и его результативности в журнале самопомощи.
  13. Массаж при помощи рук не заменяет прием обезболивающих препаратов, но способствует тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
- 

## **Метод: вибрация**

### **Описание**

Вибрация – это разновидность электрического массажа, которая успокаивает кожу и мышцы.

### **Как работает вибрация**

- Вибрация способна снимать самые разные болевые ощущения, вызванные онемением болезненного участка.
- Кроме того, вибрация может расслаблять напряженные мышцы, в результате чего боль может ослабнуть.

### **Особое внимание и меры предосторожности:**

- Не массируйте области, которые подвергались воздействию лучевой терапии, так как кожа в этих местах очень чувствительная.
- Не массируйте открытые раны, язвы или заживающие раны.
- Не массируйте области, слишком чувствительные к касанию, а также же, если массаж усиливает боль.
- Во избежание поражения электрическим током перед использованием электрического массажера выполните все инструкции производителя.
- Не применяйте и не заряжайте электрический массажер в комнате, где используется кислород.
- Не массируйте участки тела, расположенные непосредственно над опухолью, а также участки с костным метастазом.

### **Оборудование**

- Электрический массажер

### **Указания**

1. Выберите участок на теле, наиболее подходящий для использования массажера. Если участок слишком болезненно реагирует на прикосновение массажером, используйте массажер выше или ниже такого участка. Вибрацию также можно применить и на

противоположной стороне тела. Например, если правое бедро болит, но слишком чувствительно к прикосновениям, применяйте вибромассаж на левом бедре.

2. Массирование триггерных областей рядом с болезненным участком помогает расслабить мышцы. Триггерные точки – это особо чувствительные области нервов, сухожилий или мышц. Больше всего триггерных точек находится на шее, плечах и спине.
3. Лучше всего перед началом вибромассажа снять одежду с массируемого участка.
4. И пациент, и тот, кто будет работать с массажером, должны находиться в удобном положении.
5. Чтобы сохранить тепло и не смущать пациента, прикройте части тела, которые не будут массироваться.
6. Выберите удобное для пациента время. Лучше всего проводить массаж прежде, чем боль станет сильной, когда пациент устал или становится беспокойным. Выделите время на ежедневный массаж пациента.
7. Массажер лучше всего применять непосредственно на болезненном участке. Продолжительность сеанса может быть разной, но чем дольше время вибрации, тем более длительным будет эффект ослабления боли. Обычно, 25–45 минут массажа два раза в день позволяют снять боль на несколько часов. Наибольший эффект дает прерывистое воздействие (включение и выключение), т. е. приложение и прекращение вибрации каждые несколько секунд.
8. Массаж предназначен для расслабления, пациенту не требуется разговаривать. Сосредоточьтесь на том, что ощущает пациент во время массажа.
9. Обязательно сделайте запись о массаже и его результативности в журнале самопомощи.
10. Вибромассаж не заменяет прием обезболивающих препаратов, но способствует тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.

## **ОТВЛЕЧЕНИЕ**

### **Описание**

Отвлечение – это способ через чувства (слух, зрение, прикосновения и движения) сосредоточить внимание на чем-либо, кроме боли. Методы отвлечения – это музыка и юмор.

Они полезны тем, что отвлечение делает боль более переносимой и улучшает настроение пациента, поскольку боль перестает быть в центре его внимания. Пациент обретает контроль над ощущением боли.

### **Метод: музыка**

#### **Оборудование**

1. Магнитофон с наушниками (для аудиозаписей)
2. Аудиозаписи с любимой музыкой (кантри, классическая, старые песни и т. д.)
3. Стереосистема
4. Пластинки или компакт-диски
5. Радио

#### **Указания**

1. Определите, какая музыка нравится пациенту больше всего.
  2. Найдите комнату, где пациент будет чувствовать себя комфортно, и удобное положение тела.
  3. Если возможно, используйте отвлечение при наступлении боли, пока она не стала слишком сильной. Дайте пациенту обезболивающий препарат и предложите ему послушать музыку, пока препарат не подействует.
  4. Постарайтесь добиться того, чтобы пациент подпевал либо постукивал пальцами или притопывал ногой в такт музыке.
  5. Чем больше задействовано чувств (осязание, слух), тем больше пациент будет думать о том, что делает, и тогда он сможет отвлечься от боли.
  6. Это не значит, что боль слабая или воображаемая. Исследования показали, что методики отвлечения позволяют сделать более переносимой даже очень сильную боль.
  7. Чтобы достичь максимальных результатов, постарайтесь использовать данный метод отвлечения несколько раз в день. Если возможно, вешайте на дверь табличку «НЕ БЕСПОКОИТЬ», чтобы все внимание пациента было сосредоточено на музыке.
  8. Обязательно сделайте запись о сеансе отвлечения и его результативности в журнале самопомощи.
  9. Отвлечение не заменяет прием обезболивающих препаратов, но способствует тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
- 

### **Метод: юмор**

#### **Оборудование**

1. Магнитофон с наушниками (для аудиозаписей)
2. Аудиозаписи с комедийными программами
3. Видеомагнитофон

4. Телевизор
5. Радио

#### **Указания**

1. Определите, какие разновидности комедийного жанра нравятся пациенту больше всего. Может быть это любимое телешоу, кинокомедия или любимая книга.
2. Найдите комнату, где пациент будет чувствовать себя комфортно, и удобное положение тела.
3. Если возможно, используйте отвлечение при наступлении боли, пока она не стала слишком сильной. Дайте пациенту обезболивающий препарат и предложите ему послушать или посмотреть юмористическую передачу, пока препарат не подействует.
4. Постарайтесь не отвлекать пациента от прослушивания или просмотра любимой комедии.
5. Чем больше задействовано чувств (осозание, слух), тем больше пациент будет думать о том, что делает, и тогда он сможет отвлечься от боли.
6. Это не значит, что боль слабая или воображаемая. Исследования показали, что методики отвлечения позволяют сделать более переносимой даже очень сильную боль.
7. Старайтесь использовать данный метод отвлечения несколько раз в день.
8. Обязательно сделайте запись о сеансе отвлечения и его результативности в журнале самопомощи.
9. Отвлечение не заменяет прием обезболивающих препаратов, но способствует тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.

## **РЕЛАКСАЦИЯ**

### **Описание**

Релаксация – это отдых, позволяющий ослабить напряжение. Она применяется для того, чтобы уменьшить стресс, вызванный напряжением мышц, который, в свою очередь, способен усиливать боли. Сама по себе, релаксация не ослабляет боль, но способствует расслаблению напряженных мышц, которые могут усиливать болевые ощущения, и помогает пациенту справиться с происходящим. К методам релаксации можно отнести использование мысленных образов, дыхательные упражнения и применение пленок с записью музыки или звуков природы.

### **Метод: мысленные образы**

#### **Особое внимание и меры предосторожности:**

- Мысленные образы – это использование воображения с целью ослабления боли. Мысленные образы – это своего рода визуальное представление мыслей или образов, которое отвлекает пациента от боли.
- Не используйте дыхательные техники или методику мысленных образов, если у пациента затруднено дыхание, или имеются другие проблемы с легкими.

#### **Оборудование**

- Отдельная комфортная комната.

#### **Указания**

1. Найдите тихую комнату, где пациент сможет принять удобное положение и расслабиться. Попросите пациента закрыть глаза.
2. Следите за тем, чтобы пациент не скрещивал руки или ноги – это может мешать кровообращению и вызвать онемение и покалывание.
3. Глубоко вдохните. Сделайте медленный выдох, как если бы вы свистели. Повторите три раза. Это поможет пациенту расслабиться.
4. Попросите пациента нарисовать в своем воображении что-нибудь умиротворяющее или представить место, где он любит бывать.
5. Представьте себе образ, который будет приятен для пациента и который будет символизировать то, как пациент представляет себе ослабление боли. Например, если пациент думает о боли как об огромном камне, лежащем на той или иной части тела, придавливающим его к земле и вызывающим боль, пациент может представить, что к камню прикрепили большие наполненные гелием воздушные шары, которые уносят его, облегчая боль. Пациент может представить боль как грозу с громом и молниями, которая бушует в его организме. В этом случае, он может представить себе, что обезболивающий препарат – это легкий бриз, который уносит дождь и грозовые тучи. На место дождя и грома приходит солнечный свет и тепло. Воздух пахнет свежестью и чистотой, дождь смочил все прекрасные цветы, а трава зеленая и густая. В пруду плавают лебеди и утки. Только рябь от слабого движения уток нарушает покой водной глади.
6. Работайте с мысленными образами не менее 20 минут в день. Лучше всего начинать, пока боль не стала слишком сильной, или пока обезболивающий препарат не подействовал.

7. Обязательно сделайте запись об использовании релаксации/мысленных образов и его результативности в журнале самопомощи.
  8. Мысленные образы не заменяют прием обезболивающих препаратов, но способствуют тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
- 

### **Метод: дыхательные упражнения**

#### **Особое внимание и меры предосторожности:**

- Не используйте дыхательные упражнения, если у пациента затруднено дыхание, или имеются другие проблемы с легкими.

#### **Оборудование**

1. Магнитофон с наушниками
2. Аудиозаписи для релаксации
3. Отдельная комфортная комната.

#### **Указания**

1. Найдите тихую комнату, где пациент сможет принять удобное положение и расслабиться. Попросите пациента закрыть глаза.
2. Следите за тем, чтобы пациент не скреживал руки или ноги – это может мешать кровообращению и вызвать онемение и покалывание.
3. Глубоко вдохните. Сделайте медленный выдох, как если бы вы свистели. Повторите три раза. Это поможет пациенту расслабиться.
4. Попросите пациента представить себе тихую, спокойную обстановку или место, где ему нравится бывать. Это поможет пациенту расслабиться.
5. Попросите пациента представить, что его тело очень легкое, невесомо парит, очень расслаблено или наполнено приятной теплотой. Используйте любой мыслительный образ, который поможет пациенту расслабиться, а затем начинайте дыхательные упражнения.
6. Глубоко вдохните. В то же время попросите пациента напрячь мышцы или любую группу мышц, например, сжать кулак, стиснуть зубы, зажмуриться или максимально вытянуть руки или ноги.
7. Попросите пациента задержать дыхание и сохранить напряжение в мышцах на одну или две секунды.
8. Затем нужно расслабить мышцы. Пусть пациент выдохнет, а его тело расслабится.
9. Начните с мышц голени, сосредотачиваясь сначала на одной ноге, а потом на другой, напрягая и расслабляя мышцы, и продолжайте работу с мышечными группами до головы.
10. Чтобы сделать упражнение короче, пациент может комбинировать группы мышц. Например, можно напрягать и расслаблять мышцы обеих ног сразу, а не по отдельности.
11. Существуют аудиозаписи, слушая которые, пациент сможет выполнить серию дыхательных упражнений и расслабиться. Если используется этот метод, постарайтесь сосредоточить внимание на пленке и на том, что говорит диктор.
12. Работайте с релаксацией не менее 20 минут в день. Лучше всего начинать, пока боль не стала слишком сильной, или пока обезболивающий препарат не подействовал.

13. Обязательно сделайте запись о сеансе дыхательных упражнениях и их результативности в журнале самопомощи.
  14. Дыхательные упражнения не заменяют прием обезболивающих препаратов, но способствуют тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
- 

### **Метод: аудиозаписи (музыка или звуки)**

#### **Особое внимание и меры предосторожности:**

- Не используйте этот метод, если звуки записи для релаксации повышают тревожность. Например, прослушивание пленки со звуками океана не будет оказывать расслабляющее воздействие на тех, кто боится воды.

#### **Оборудование**

1. Магнитофон с наушниками
2. Аудиозаписи для релаксации
3. Отдельная комфортная комната.

#### **Указания**

1. Найдите тихую комнату, где пациент сможет принять удобное положение и расслабиться. Попросите пациента закрыть глаза.
2. Следите за тем, чтобы пациент не скрещивал руки или ноги – это может мешать кровообращению и вызвать онемение и покалывание.
3. Глубоко вдохните. Сделайте медленный выдох, как если бы вы свистели. Повторите три раза, чтобы расслабиться.
4. Попросите пациента представить себе тихую, спокойную обстановку или место, где ему нравится бывать. Это поможет пациенту расслабиться.
5. Пусть пациент думает только о том, что он слышит на пленке. Если возможно, используйте наушники. Это поможет лучше сосредоточиться.
6. Работайте с данным методом релаксации не менее 20 минут в день. Лучше всего начинать, пока боль не стала слишком сильной, или пока обезболивающий препарат не подействовал.
7. Обязательно сделайте запись о сеансе релаксации и его результативности в журнале самопомощи.
8. Музыка и звуки не заменяют прием обезболивающих препаратов, но способствуют тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.

## ХОЛОД

### **Описание**

Боль можно уменьшить приложением холода к болезненному участку. При контакте с кожей холод уменьшает ее чувствительность, поскольку нервные окончания немеют. Кроме того, холод способствует уменьшению мышечных спазмов и воспаления, ослабляет зуд.

### **Метод: пакеты со льдом**

### **Особое внимание и меры предосторожности:**

- Не прикладывайте пакет со льдом к следующим участкам тела:
  - кожа, которая подверглась воздействию лучевой терапии;
  - места с тяжелыми повреждениями;
  - раны на стадии заживления;
  - области с плохой циркуляцией крови.
- Не используйте холод, если в результате боли усиливаются.

### **Оборудование**

1. Пакет со льдом (можно использовать любой из перечисленных ниже вариантов):
  - фабричный пакет со льдом
  - небольшой самозапечатывающийся герметичный пластиковый пакет со льдом
2. Лед
3. Другие источники холода:
  - пакет замороженной кукурузы
  - пакет замороженного гороха
4. Полотенце или наволочка
5. Специальные кремы или гели с содержанием ментола

### **Указания**

1. Наполните пакет льдом. Чем меньше кубики льда, тем лучше. Битый или колотый лед лучше повторяет форму участка, чем крупные кубики. Выдавите из пакета весь воздух.
2. Если используется пакет замороженных овощей, ударьте его пару раз о поверхность стола, чтобы замороженные овощи разделились, и пакет более плотно лег на кожу. Пластиковый пакет следует класть прямо на кожу.
3. Если используется небольшой пластиковый пакет, убедитесь в том, что он не протекает. Сначала проверьте целостность пакета, наполнив его водой. Положите в пакет лед. Следуйте указаниям, приведенным в п. 1.
4. Заверните пакет со льдом в наволочку или в полотенце. Чтобы усилить холод, смочите полотенце водой, что уменьшить – возьмите сухое полотенце.
5. Убедитесь в том, что крышка пакета со льдом закручена плотно и не протекает. Переверните пакет снизу вверх, это покажет, плотно ли затянута крышка пакета.
6. Положите пакет со льдом на болезненный участок. Если прикладывание пакета со льдом непосредственно к этому участку слишком болезненно, пакет со льдом можно положить выше или ниже болезненного участка либо на другую сторону, противоположную больному месту. Например, если правое бедро болит, но прикладывать к нему пакет со льдом слишком болезненно, лед можно приложить к левому бедру.

7. Усадите или уложите пациента в удобное положение.
  8. Прикладывайте пакет со льдом на 10–15 минут три – четыре раза в день. Чем дольше время воздействия (до 1 часа), тем более длительным будет ослабление боли.
  9. Можно чередовать холод с теплом. Приложите тепло или холод несколько раз, чтобы подобрать участок и температуру, которые позволят добиться максимального ослабления боли.
  10. Средства с содержанием ментола можно наносить на болезненный участок, если применяется холод, но не тепло (в противном случае возможны ожоги). Тщательно мойте руки после нанесения любого препарата с содержанием ментола, избегайте его попадания в глаза. Нанесите небольшое количество препарата с ментолом на внутреннюю поверхность руки. Если через несколько минут не появится покраснение или раздражение, препарат можно использовать.
  11. Пакет с овощами можно замораживать и использовать повторно. (Не используйте в пищу овощи, которые применяли в качестве пакета со льдом.)
  12. Обязательно сделайте запись о применении холода и его результативности в журнале самопомощи.
  13. Пакеты со льдом не заменяют прием обезболивающих препаратов, но способствуют тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
- 

## **Метод: холодные компрессы**

### **Особое внимание и меры предосторожности:**

- Не прикладывайте холодную ткань к следующим участкам:
  - кожа, которая подверглась воздействию лучевой терапии;
  - места с тяжелыми повреждениями;
  - раны на стадии заживления;
  - области с плохой циркуляцией крови.
- Не используйте холод, если в результате боли усиливаются.

### **Оборудование**

1. Полотенца (для рук или банные, одно полотенце для льда и одно для обтирания)
2. Лед
3. Полотенце или наволочка
4. Тазик
5. Специальные кремы или гели с содержанием ментола

### **Указания**

1. Наполните тазик водой на 2 дюйма (5 см).
2. Добавьте в воду лед.
3. Смочите полотенце в ледяной воде, так чтобы оно полностью пропиталось водой.
4. Усадите или уложите пациента в удобное положение.
5. Отожмите полотенце и приложите его непосредственно к болезненному участку.
6. Когда полотенце нагреется, снимите его и снова смочите в ледяной воде.
7. Продолжайте прикладывать холод, пока боль не отпустит.
8. Если прикладывание холодного компресса непосредственно к этому участку слишком болезненно, холодное полотенце можно положить выше или ниже болезненного

участка либо на другую сторону, противоположную больному месту. Например, если правое бедро болит, но прикладывать к нему холодное полотенце слишком болезненно, холод можно приложить к левому бедру.

9. Меняйте полотенца каждые 10–15 минут. Процедуру можно повторять три – четыре раза в день.
  10. Чередуйте холод с теплом. Приложите тепло или холод несколько раз, чтобы подобрать участок и температуру, которые позволят добиться максимального ослабления боли.
  11. Средства с содержанием ментола можно наносить на болезненный участок, если применяется холод, но не тепло (в противном случае возможны ожоги). Тщательно мойте руки после нанесения любого препарата с содержанием ментола во избежание его попадания в глаза. Нанесите небольшое количество препарата с ментолом на внутреннюю поверхность руки. Если через несколько минут не появится покраснение или раздражение, препарат можно использовать.
  12. Обязательно сделайте запись о применении холода и его результативности в журнале самопомощи.
  13. Холодные компрессы не заменяют прием обезболивающих препаратов, но способствуют тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
- 

#### ***Метод: пакеты с замороженным гелем***

##### ***Особое внимание и меры предосторожности:***

- Не прикладывайте пакеты с замороженным гелем к следующим участкам:
  - кожа, которая подверглась воздействию лучевой терапии;
  - места с тяжелыми повреждениями;
  - раны на стадии заживления;
  - области с плохой циркуляцией крови.
- Не используйте холод, если в результате боли усиливаются.

##### ***Оборудование***

1. Пакет с гелем  
или
2. самодельный пакет:
  - Смешайте 1/3 чашки спирта для растираний и 2/3 чашки воды и залейте состав в самозапечатающийся пластиковый пакет. Положите пластиковый пакет с составом в морозилку и дождитесь, пока смесь не загустеет.
3. Полотенце или наволочка
4. Эластичный бинт шириной 6 дюймов (15 см)
5. Специальные кремы или гели с содержанием ментола

##### ***Указания***

1. Достаньте пакет с гелем из морозилки.
2. Заверните пакет в наволочку или в полотенце. Если пакет с гелем уже завернут в собственный эластичный бинт, этого будет достаточно.
3. Если используется самодельный пакет с гелем, убедитесь в том, что пластиковый пакет не протекает. Заверните пластиковый пакет в полотенце или наволочку. Приложите пакет с гелем на болезненный участок.
4. Усадите или уложите пациента в удобное положение.
5. Приложите пакет с гелем на болезненный участок.

6. Оберните пакет с гелем вокруг участка, в котором нужно ослабить боль. Эластичный бинт, прикрепленный к пакету с гелием, можно зафиксировать с помощью ленты бинта. Если используется самодельный пакет с гелем, его можно зафиксировать с помощью эластичного бинта шириной 15 см.
7. Если прикладывание пакета с гелем непосредственно к этому участку слишком болезненно, пакет можно положить выше или ниже болезненного участка либо на другую сторону, противоположную больному месту. Например, если правое бедро болит, но прикладывать к нему пакет с гелием слишком болезненно, его можно приложить к левому бедру.
8. Прикладывайте пакет с гелем на 10–15 минут три – четыре раза в день. Чем дольше время воздействия (до 1 часа), тем более длительным будет ослабление боли.
9. Чередуйте холод с теплом. Приложите тепло или холод несколько раз, чтобы подобрать участок и температуру, которые позволят добиться максимального ослабления боли.
10. Средства с содержанием ментола можно наносить на болезненный участок, если применяется холод, но не тепло (в противном случае возможны ожоги). Тщательно мойте руки после нанесения любого препарата с содержанием ментола, избегайте его попадания в глаза. Нанесите небольшое количество препарата с ментолом на внутреннюю поверхность руки. Если через несколько минут не появится покраснение или раздражение, препарат можно использовать.
11. Положите пакет с гелем обратно в морозилку.
12. Обязательно сделайте запись о применении холода и его результативности в журнале самопомощи.
13. Пакеты с гелем не заменяют прием обезболивающих препаратов, но способствуют тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.

---

### ***Метод: ледяной массаж***

#### ***Особое внимание и меры предосторожности:***

- Не применяйте ледяной массаж на следующих участках:
  - кожа, которая подверглась воздействию лучевой терапии;
  - места с тяжелыми повреждениями;
  - раны на стадии заживления;
  - области с плохой циркуляцией крови.
- Не используйте холод, если в результате боли усиливаются.

#### ***Оборудование***

1. Лед
2. Полотенце или банное полотенце, махровая салфетка
3. Пластиковый пакет или пакет для мусора

#### ***Указания***

1. Наполните бумажный стаканчик водой наполовину. Поставьте стаканчик в морозилку и дождитесь, пока вода не превратится в лед.
2. Оторвите часть бумаги от стакана, чтобы обнажить лед.
3. Поместите стакан со льдом под холодную проточную воду, чтобы сгладить поверхность льда.
4. Снимите одежду с болезненного участка.

5. Подложите пластиковый пакет, накрыв его банным полотенцем, под массируемый участок. Полотенце будет впитывать стекающую воду и позволит просушивать кожу по мере таяния льда.
6. Усадите или уложите пациента в удобное положение.
7. Оберните вокруг стакана со льдом махровую салфетку, чтобы рука не мерзла.
8. Проводите льдом по болезненному участку круговыми движениями. По мере таяния льда вытирайте кожу полотенцем.
9. Массируйте участок четыре минуты. Кожа покраснеет. Это является нормальным. Повторяйте ледяной массаж три – четыре раза в день. Чередуйте холод с теплом. Приложите тепло или холод несколько раз, чтобы подобрать участок и температуру, которые позволят добиться максимального ослабления боли.
10. Держите в морозилке запас бумажных стаканов со льдом, чтобы они всегда были под рукой.
11. Обязательно сделайте запись о сеансе холодного (ледяного) массажа и его результативности в журнале самопомощи.
12. Ледяной массаж не заменяет прием обезболивающих препаратов, но способствует тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.

## **НАГРЕВ**

### ***Описание***

Нагрев – это согревание кожи с целью облегчения боли. Нагрев помогает облегчить боль, улучшая циркуляцию крови в мышцах. В результате уменьшаются спазмы, воспаление и болезненность. Кроме того, нагрев снижает чувствительность к боли, снимает ригидность суставов и улучшает приток крови к коже. И наконец, нагрев помогает расслабиться.

### ***Метод: грелка***

#### ***Особое внимание и меры предосторожности:***

- При неправильном использовании нагрев может вызвать ожоги. Перед использованием грелки внимательно прочтите инструкции производителя. Во избежание поражения электрическим током соблюдайте все меры предосторожности.
- Не нагревайте следующие участки:
  - кожа, которая подверглась воздействию лучевой терапии;
  - места, где имеется кровотечение;
  - участки с пониженной чувствительностью;
  - травмированные участки (в течение первых суток).
- Не наносите на нагреваемый участок кремы и гели с содержанием ментола.
- Не используйте, если применяется кислород.

### ***Оборудование***

1. Грелка
2. Фабричный чехол для грелки

### ***Указания***

1. Включите электрическую грелку в розетку и установите низкую температуру. При необходимости увеличьте нагрев.
  2. Когда грелка нагреется, положите ее на участок, боль в котором нужно ослабить.
  3. Если прикладывание грелки непосредственно к этому участку слишком болезненно, ее можно положить на другую сторону, противоположную больному месту. Например, если правое бедро болит, но прикладывать к нему грелку слишком болезненно, ее можно приложить к левому бедру.
  4. Во избежание ожогов следите за тем, чтобы на грелку был надет чехол.
  5. Нельзя засыпать, лежа на включенной грелке. Под давлением тепло увеличивается, что может вызвать ожоги.
  6. Чтобы снять боль, грелку нужно оставить на болезненном участке на максимально возможное время, обычно оно составляет 20–30 минут.
  7. Чтобы пациент испытывал более комфортные ощущения, чередуйте тепло и холод (см. указания по применению холода). Приложите тепло или холод несколько раз, чтобы подобрать участок и температуру, которые позволят добиться максимального ослабления боли.
  8. Если грелка слишком горячая, уменьшите температуру до минимальной. Отрегулируйте грелку так, чтобы ее температура была комфортной.
  9. Используйте грелку всякий раз, когда нужно снять боль. Постарайтесь использовать грелку, пока боль не станет невыносимой.
  10. Обязательно сделайте запись о применении метода нагрева и его результативности в журнале самопомощи.
  11. Грелка не заменяет прием обезболивающих препаратов, но способствует тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
-

### **Метод: горячие ванны**

#### **Особое внимание и меры предосторожности:**

- Используйте нагрев с осторожностью, если чувствительность участка понижена, либо если на коже есть раздражения.
- Не применяйте горячие ванны, если:
  - болезненный участок подвергается лечению лучевой терапией;
  - болезненный участок кровоточит;
  - болезненный участок травмирован.

#### **Оборудование**

1. Ванна
2. Термометр для бассейнов
3. Полотенца

#### **Указания**

1. Наполните ванну теплой водой, так чтобы она покрывала болезненный участок.
  2. Перед перемещением в ванну проверьте температуру воды с помощью термометра.
  3. Температура воды должна составлять от 98 до 102 градусов по Фаренгейту (36,6 – 38,8 градусов Цельсия).
  4. Пациент должен находиться в ванне, пока не почувствует дискомфорта.
  5. Если ванна остынет, добавьте горячей воды. Добавляя горячую воду, обязательно проверяйте температуру воды в ванной с помощью термометра.
  6. Повторяйте горячие ванны всякий раз, когда нужно снять боль. Старайтесь, чтобы пациент принимал ванны до того, как боль станет невыносимой.
  7. Если боль усиливается, пациент начинает дрожать, или на коже появляется раздражение, прием ванн необходимо прекратить.
  8. Обязательно сделайте запись о применении метода нагрева и его результативности в журнале самопомощи.
  9. Горячие ванны не заменяют прием обезболивающих препаратов, но способствуют тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
- 

### **Метод: резиновая грелка с горячей водой**

#### **Особое внимание и меры предосторожности:**

- Используйте нагрев с осторожностью, если чувствительность участка понижена, либо если на коже есть раздражения.
- Не используйте резиновую грелку с горячей водой, если:
  - болезненный участок подвергается лечению лучевой терапией;
  - болезненный участок кровоточит;
  - болезненный участок травмирован.

#### **Оборудование**

1. Резиновая грелка с горячей водой
2. Полотенце
3. Термометр для бассейнов

#### **Указания**

1. Наполните резиновую грелку горячей водой из под крана. Не наливайте в резиновую грелку кипящую воду.
2. С помощью термометра для бассейнов измерьте температуру воды, пока она набирается в резиновую грелку.

3. Температура воды должна составлять от 104 до 113 градусов по Фаренгейту (40 – 45 градусов Цельсия).
  4. Выпустите воздух из резиновой грелки и плотно закрутите крышку. Убедитесь в том, что грелка не протекает, перевернув ее вниз горловиной.
  5. Заверните резиновую грелку с горячей водой в полотенце или наволочку.
  6. Приложите резиновую грелку к участку, боль в котором нужно ослабить. Если прикладывание резиновой грелки с горячей водой непосредственно к этому участку слишком болезненно, приложите ее выше или ниже болезненного участка. Резиновую грелку с горячей водой можно также приложить к противоположной стороне тела, соответствующей болезненному участку. Например, если правое бедро болит, но прикладывать к нему резиновую грелку с горячей водой слишком болезненно, ее можно приложить к левому бедру.
  7. Нельзя засыпать, лежа на резиновой грелке с горячей водой. Под давлением тепло увеличивается, что может вызвать ожоги кожи.
  8. Чтобы снять боль, резиновую грелку с горячей водой нужно оставить на болезненном участке на максимально возможное время, обычно оно составляет 20–30 минут. Когда грелка остынет, снова наполните ее горячей водой. Заново измерьте температуру.
  9. Чтобы пациенту было удобнее, чередуйте применение грелки с горячей водой и холода (см. указания по применению холода). Приложите тепло или холод несколько раз, чтобы подобрать участок и температуру, которые позволят вам добиться максимального ослабления боли.
  10. Обязательно сделайте запись о применении метода нагрева и его результативности в журнале самопомощи.
  11. Резиновая грелка с горячей водой не заменяет прием обезболивающих препаратов, но способствует тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
- 

### ***Метод: влажное тепло***

#### ***Особое внимание и меры предосторожности:***

- Сочетание влаги с нагревом позволяет теплу глубже проникать через поверхность кожи.
- Используйте нагрев с осторожностью, если чувствительность участка понижена, либо если на коже есть раздражения.
- Не нагревайте следующие участки:
  - кожа, которая подверглась воздействию лучевой терапии;
  - места, где имеется кровотечение;
  - травмированные болезненные участки.
- Не используйте, если применяется кислород.

#### ***Оборудование***

1. Специальная электрическая грелка
2. Фабричный лист пористой резины
3. Фабричный защитный чехол для грелки

#### ***Указания***

1. Включите электрическую грелку в розетку и установите низкую температуру. При необходимости увеличьте нагрев.
2. Когда грелка нагреется, приложите ее к болезненному участку.
3. Если прикладывание влажного тепла или грелки непосредственно к этому участку слишком болезненно, можно воздействовать на другую сторону, противоположную

- больному месту. Например, если правое бедро болит, но прикладывать к нему влажное тепло или грелку слишком болезненно, можно воздействовать на левое бедро.
4. Чтобы снять боль, влажное тепло или грелку нужно оставить на болезненном участке на максимально возможное время, обычно оно составляет 20–30 минут.
  5. Чтобы пациент испытывал более комфортные ощущения, чередуйте тепло и холод (см. указания по применению холода). Приложите тепло или холод несколько раз, чтобы подобрать участок и температуру, которые позволят добиться максимального ослабления боли.
  6. Если грелка слишком горячая, уменьшите температуру. Отрегулируйте грелку так, чтобы ее температура была комфортной.
  7. Влажное тепло или грелку можно использовать три – четыре раза в день. Постарайтесь использовать влажное тепло или грелку, пока боль не станет невыносимой.
  8. Обязательно сделайте запись о применении метода нагрева и его результативности в журнале самопомощи.
  9. Влажное тепло и грелки не заменяют прием обезболивающих препаратов, но способствуют тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.
- 

### ***Метод: горячие компрессы***

#### ***Особое внимание и меры предосторожности:***

- Соблюдайте все инструкции производителя по использованию. Во избежание ожогов кожи при нагреве горячих компрессов не оставляйте их надолго в микроволновой печи или кипящей воде. Во избежание ожогов используйте только бинт, прилагаемый к горячим компрессам.
- Не используйте горячий компресс, если:
  - болезненный участок подвергается лечению лучевой терапией;
  - с момента травмы этого участка прошло менее суток;
  - болезненный участок имеет пониженную чувствительность;
  - на болезненном участке имеются открытые раны или язвы.

#### ***Оборудование***

1. Горячий компресс
2. Микроволновая печь или кипящая вода

#### ***Указания***

1. Горячие компрессы можно нагревать в микроволновой печи или в кипящей воде.
  - Указания по нагреву в микроволновой печи. Разверните горячий компресс и положите его в микроволновую печь. Нагревайте на полной мощности в течение 60 секунд. Примечание: после извлечения из печи пакет еще немного нагреется. Проверьте перед использованием. Если компресс слишком горячий, подождите, пока он остынет. Если требуется дополнительный нагрев, нагревайте компресс пятисекундными интервалами.
  - Указания по нагреву в кипящей воде. Наполните кастрюлю водой на три четверти объема и вскипятите воду. Выньте горячий компресс из чехла. Снимите кастрюлю с огня и поместите компресс в кипящую воду не более, чем на семь минут. Чтобы не обжечься, выньте горячий пакет с помощью кулинарных щипцов.
2. Когда горячий компресс будет готов, поместите его в фабричный чехол.
3. Приложите горячий компресс к участку, боль в котором нужно ослабить. Если прикладывание компресса непосредственно к этому участку слишком болезненно, его

можно положить на другую сторону, противоположную больному месту. Например, если правое бедро болит, но прикладывать к нему компресс слишком болезненно, его можно приложить к левому бедру.

4. Если можно, зафиксируйте горячий компресс на болезненном участке, чтобы он не съехал.
5. Нельзя засыпать, лежа на горячем компрессе. Под давлением тепло увеличивается, что может вызвать ожоги.
6. Если горячий компресс остыл, а вам нужно повторить процедуру, следуйте инструкциям производителя. Не превышайте рекомендуемое время нагрева. В противном случае возможны ожоги. Не выбрасывайте горячий компресс.
7. Продолжайте прикладывать горячие компрессы, пока пациент не начинает испытывать дискомфорт, а кожа под компрессом не покраснела, и на ней нет раздражения.
8. Периодически проверяйте кожу на наличие покраснения и раздражения. Если они появились, снимите горячий компресс. Если покраснение или раздражение не исчезнут в течение часа, вызовите врача.
9. Чтобы пациент испытывал более комфортные ощущения, чередуйте тепло и холод (см. указания по применению холода) или убирайте горячий компресс на несколько минут. Когда компресс убирают, кожа быстро охлаждается, что создает контраст между теплом и холодом.
10. Обязательно сделайте запись о применении метода нагрева и его результативности в журнале самопомощи.
11. Горячие компрессы не заменяют прием обезболивающих препаратов, но способствуют тому, чтобы лекарства лучше снимали боль.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

- Berenson, S. (2006). Complementary and alternative therapies in palliative care. Из книги В. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (изд. 2-е, стр. 491-509).
- Decker G. M. (Ed.). (1999). *An introduction to complementary and alternative therapies*. Pittsburgh, PA: Oncology Nursing Press, Inc.
- Dossey B. M., Keegan, L., & Guzzetta C. E. (1999). *Holistic nursing: A handbook for practice* (изд. 3-е). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Ferrell, B. A., & Ferrell, B. R. (1991). Pain management at home. *Clinics in Geriatric Medicine*, 7(4), 765-776.
- Ferrell, B. R., Cohen, M., Rhiner, M., & Rozak, A. (1992). Pain as a metaphor for illness. Part II: Family caregivers' management of pain. *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1315-1321.
- Ferrell, B. R., Ferrell, B. A., Rhiner, M., & Grant, M. (1991). Family factors influencing cancer pain. *Post-Graduate Medical Journal*, 67(Suppl. 2), S64-S69.
- Ferrell, B. R., Grant M., Padilla, G., & Rhiner, M. (1991). Patient perceptions of pain and quality of life. *The Hospice Journal*, 7(3), 9-24.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Padilla, M., & Rhiner, M. (1992). Home care: Quality of life for patient and family. *Oncology Nursing Forum*, 6(2), 136-140.
- Ferrell, B. R., & Rhiner, M. (1993). Development of the family pain questionnaire. *Psychosocial Oncology*, 10(4), 21-35.

- Ferrell, B. R., Rhiner, M., Cohen, M., & Grant, M. (1991). Pain as a metaphor for illness. Part I: Impact of cancer pain on family caregivers. *Oncology Nursing Forum*, 18(8), 1303-1309.
- Ferrell, B. R., Rhiner, M., & Ferrell, B. A. (1993). Development and implementation of a pain education program. *Cancer*, 72(11), 3426-3432.
- Ferrell, B. R., & Schneider, C. (1988). Experience and management of cancer pain at home. *Cancer Nursing*, 11(2), 84-90.
- Ferrell, B. R., Wisdom, C., Wenzl, C., & Schneider, C. (1989). Quality of life as an outcome variable in pain research. *Cancer*, 63(11 Suppl.), 2321-2327.
- McCaffery, M. (1990). Nursing approaches to nonpharmacological pain control. *International Journal of Nursing Studies*, 27(1), 1-5.
- National Hospice and Palliative Care Organization. (2001). *Complementary therapies in end-of-life care*. Alexandria, VA: Author.
- Padilla, G., Ferrell, B. R., Grant, M., & Rhiner, M. (1990). Defining the content domain of quality of life for cancer patients with pain. *Cancer Nursing*, 13(2), 108-115.
- Rhiner, M., Ferrell, B. R., Ferrell, B. A., & Grant, M. (1993). A structured non-drug intervention program for cancer pain. *Cancer Practice*, 1(2), 137-143.

**Модуль 3.**

**Рисунок 3. Алгоритмы паллиативного лечения симптомов (Медицинское подразделение университета штата Виргиния, VCUHS)**

# Palliative Care Algorithms

## VCUHS Palliative Care Services

**Source:**

**Virginia Commonwealth University Health System, Massey Cancer Center. (2006). Authored by P. Coyne, L. Lyckholm, L. Hansen, T.J. Smith, & J. Laird. Permission granted to ELNEC to use for educational purposes.**

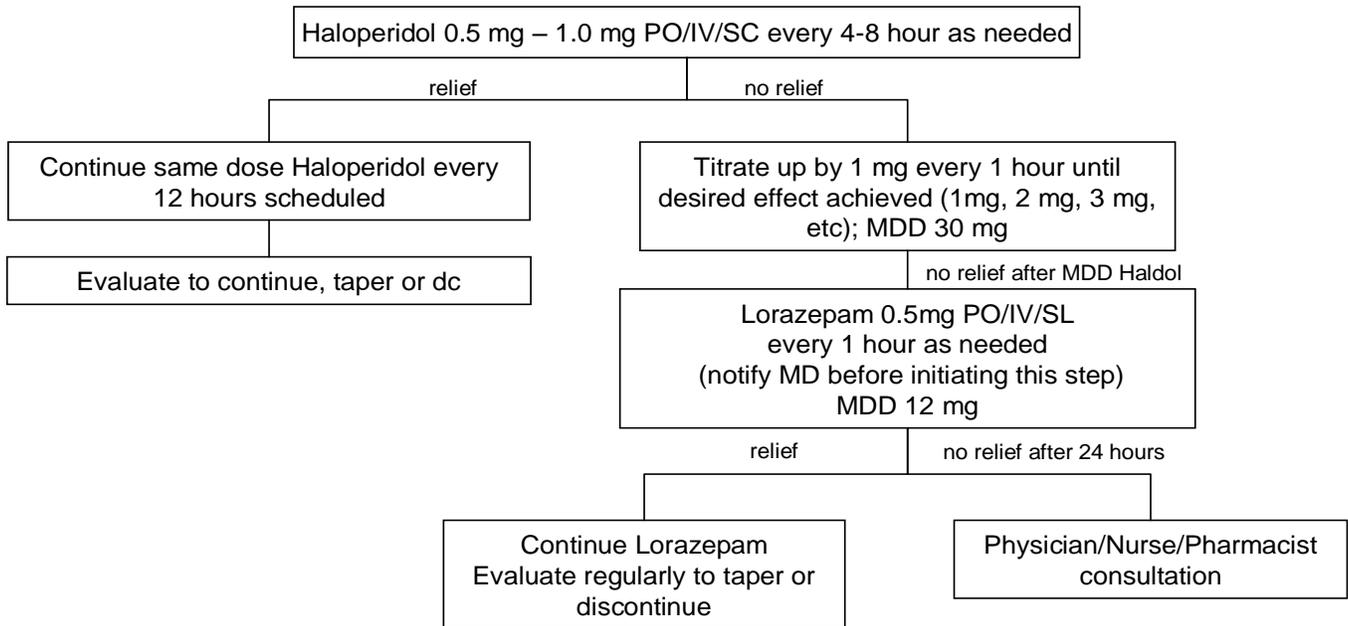
# Алгоритмы снятия симптомов

*ПРИМЕЧАНИЕ. Алгоритм паллиативного лечения приводится только в качестве общей рекомендации. Он не заменяет собой традиционные отношения медсестра – врач – пациент. Прочтите внимательно перед использованием.*

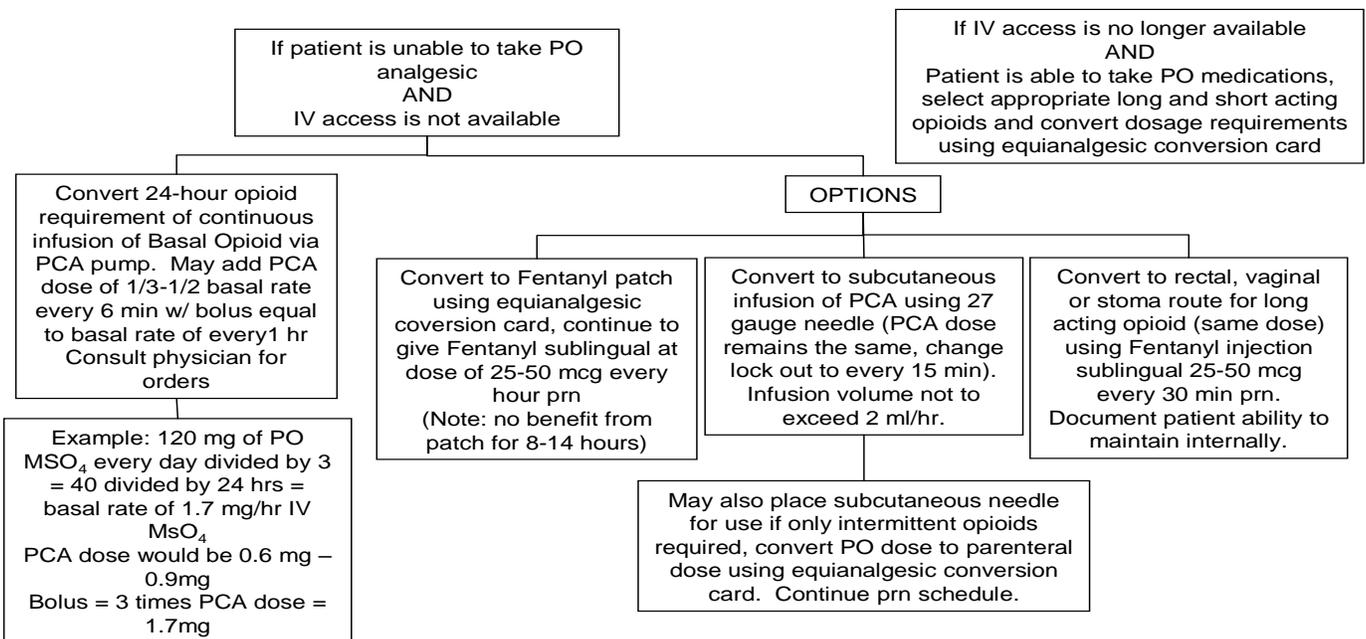
<b>Возбуждение</b>	<b>M3-129</b>
<b>Альтернативный способ введения опиоидов</b>	<b>M3-129</b>
<b>Анорексия</b>	<b>M3-130</b>
<b>Анурия</b>	<b>M3-130</b>
<b>Лечение спазмов мочевого пузыря</b>	<b>M3-131</b>
<b>Лечение кишечника – программа пошагового ухода</b>	<b>M3-131</b>
<b>Кандидоз оральный</b>	<b>M3-132</b>
<b>Кандидоз промежностный</b>	<b>M3-132</b>
<b>Диспноэ</b>	<b>M3-133</b>
<b>Жар</b>	<b>M3-133</b>
<b>Икота</b>	<b>M3-134</b>
<b>Мукозит</b>	<b>M3-134</b>
<b>Зуд</b>	<b>M3-135</b>
<b>Выделения</b>	<b>M3-135</b>
<b>Припадки – неотложная помощь</b>	<b>M3-136</b>
<b>Нарушение сна</b>	<b>M3-136</b>
<b>Запах от ран</b>	<b>M3-137</b>

# Agitation

*Excessive physical or mental restlessness. Increased activity that is generally not purposeful and associated with anxiety.*



## Alternative Route for Opioid Administration

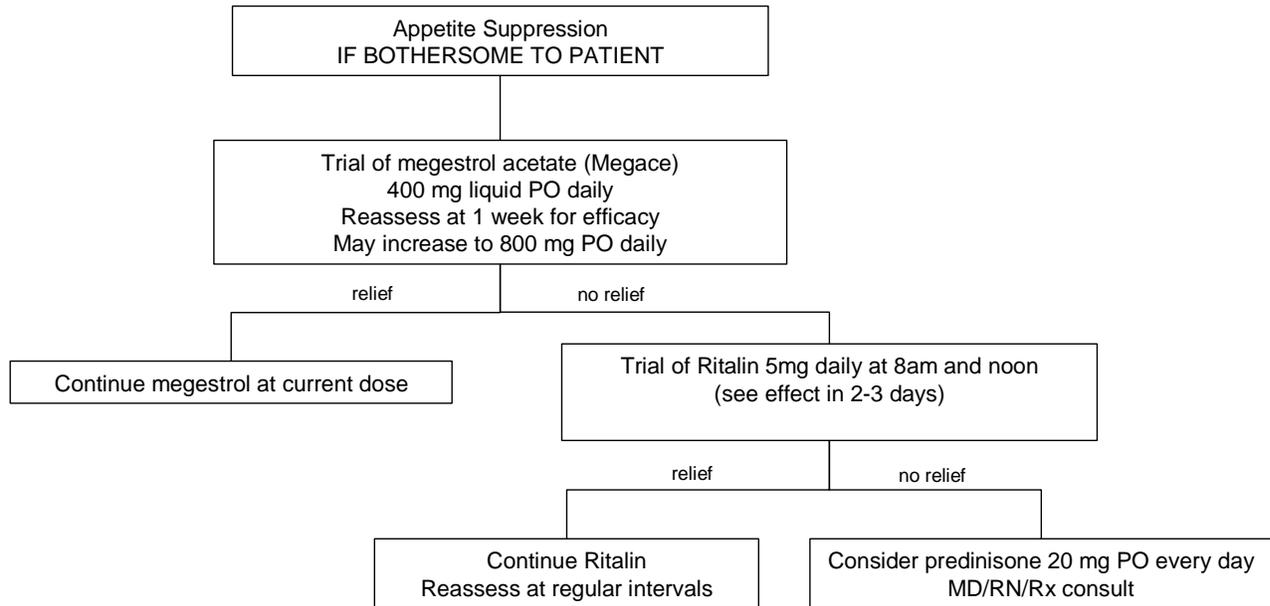


**\*\* Physicians NOTE: Please consider incomplete cross tolerance in your conversions.**

Example: 120 mg of PO  $MSO_4$  every day divided by 3 = 40 divided by 24 hrs = basal rate of 1.7 mg/hr IV  $MSO_4$   
 PCA dose would be 0.6 mg – 0.9mg  
 Bolus = 3 times PCA dose = 1.7mg

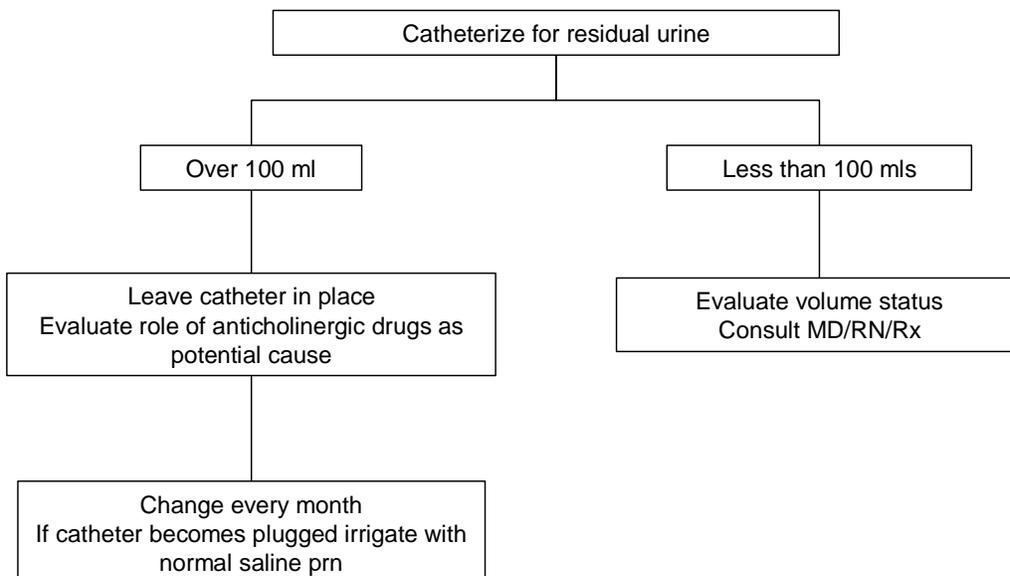
# Anorexia

*A loss of appetite with noted weight loss which is bothersome to the patient.*



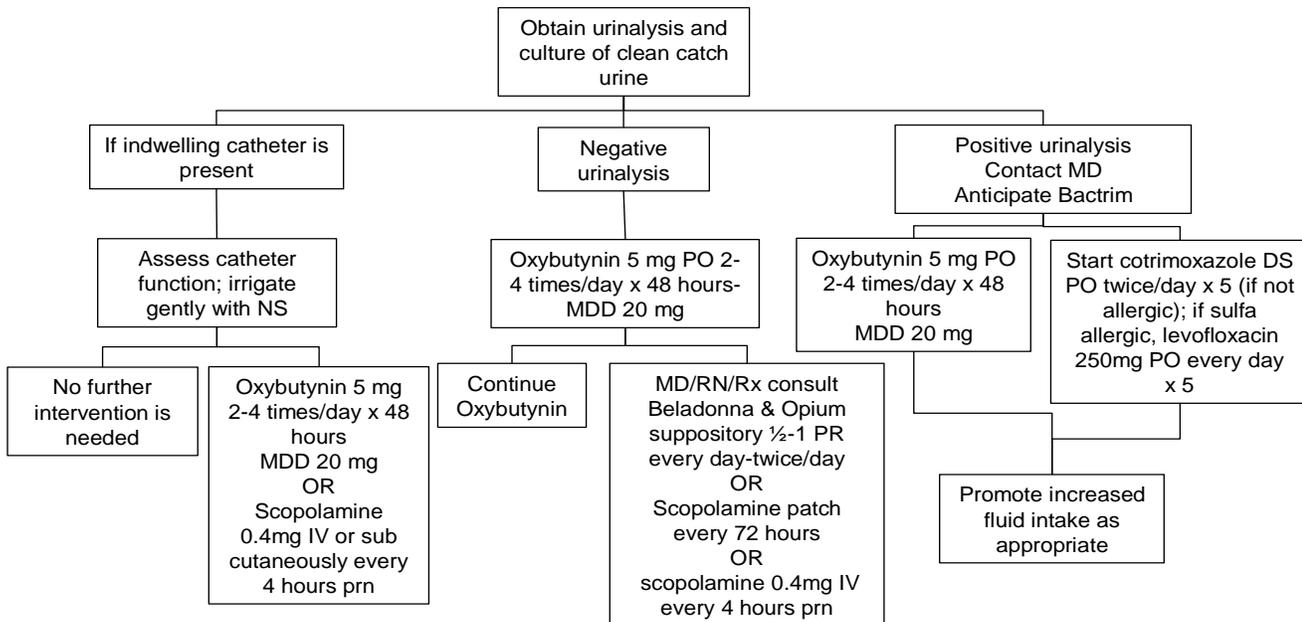
# Anuria

*Minimal to no urine output.*



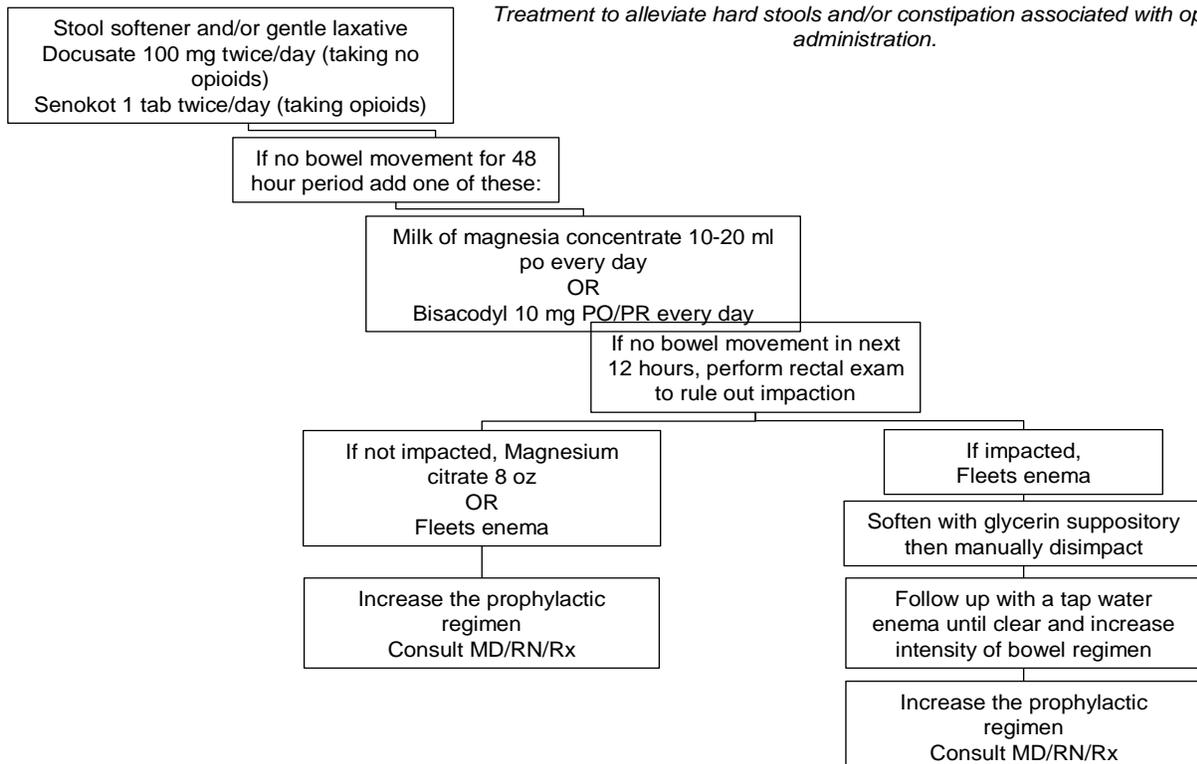
# Bladder Spasms Treatment

*An intermittent cramping sensation of the bladder resulting in discomfort and/or pain.*



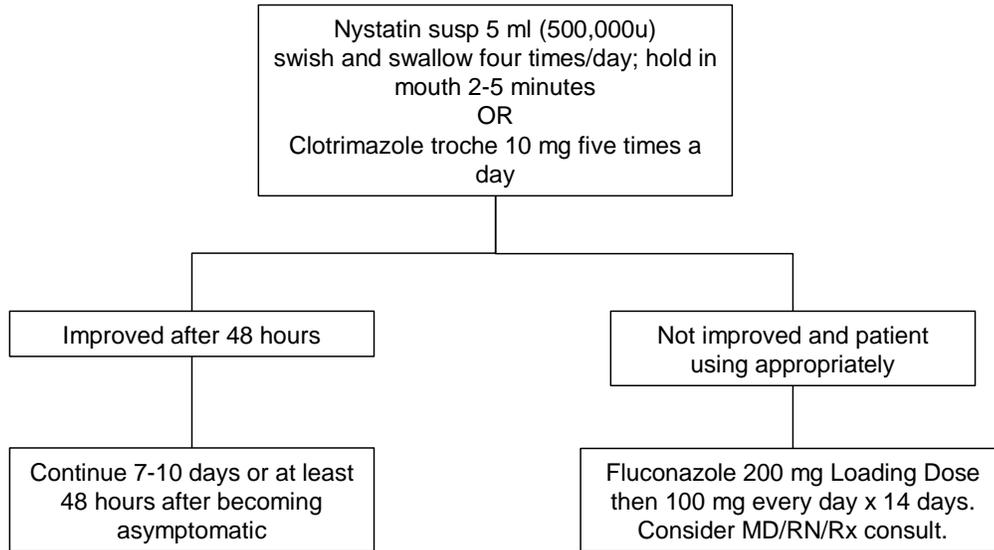
# Bowel treatment – stepped care program

*Treatment to alleviate hard stools and/or constipation associated with opioid administration.*



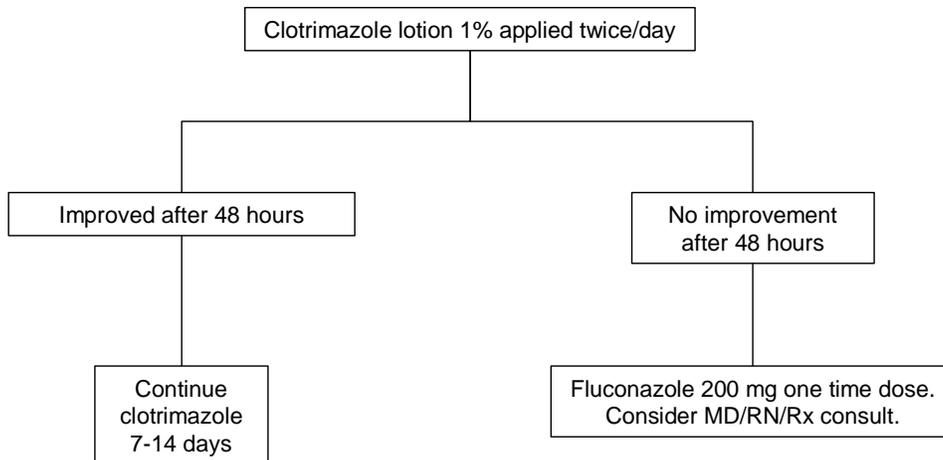
# Candidiasis – Oral

*Whitish patches on the inner oral cavity, tongue or throat, which may or may not cause discomfort.*



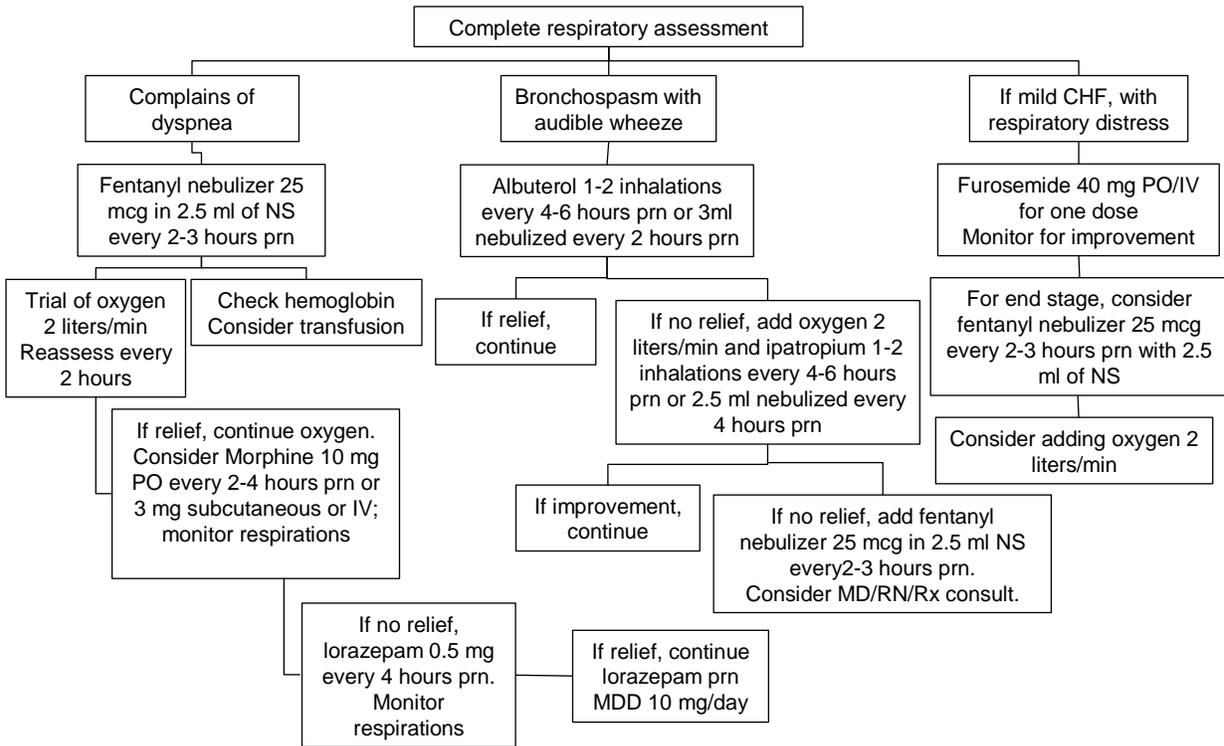
# Candidiasis – Perineal

*Reddened areas between skin folds in the genital area, which may or may not cause discomfort.*



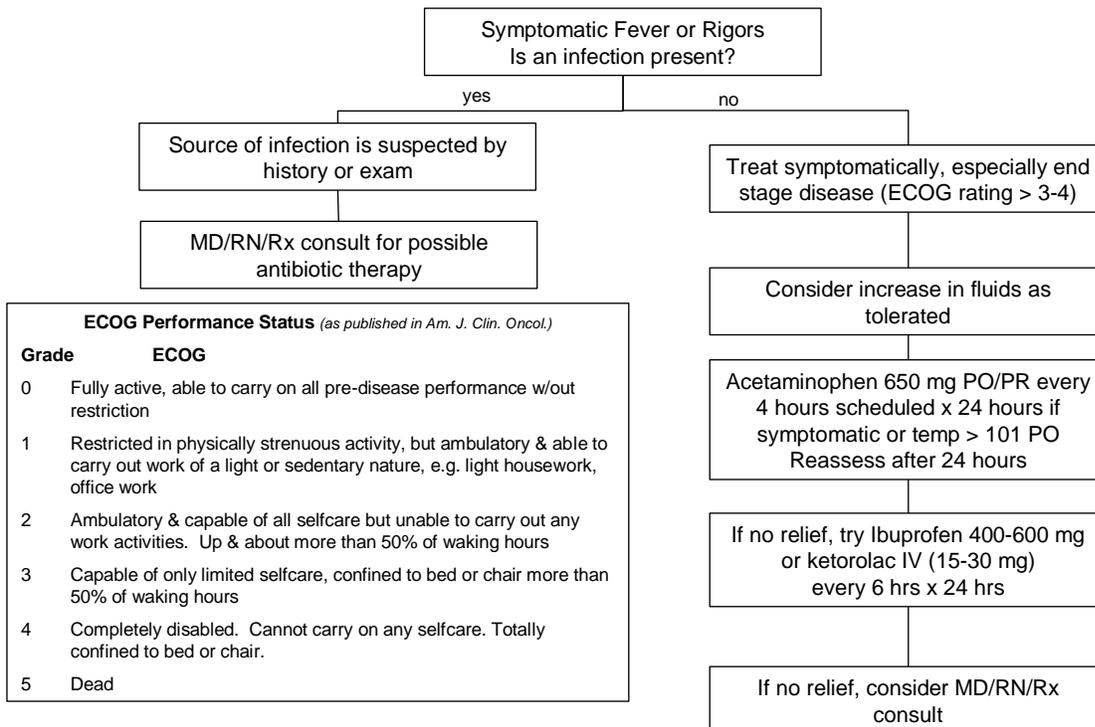
# Dyspnea

The sensation of air hunger. May be exhibited by gasping, accessory muscle involvement in breathing, tachypnea, discomfort.



# Fever

A temperature of over 101.5 (orally), 100.5 (axillary), or 100.5 (for patients with known neutropenia).

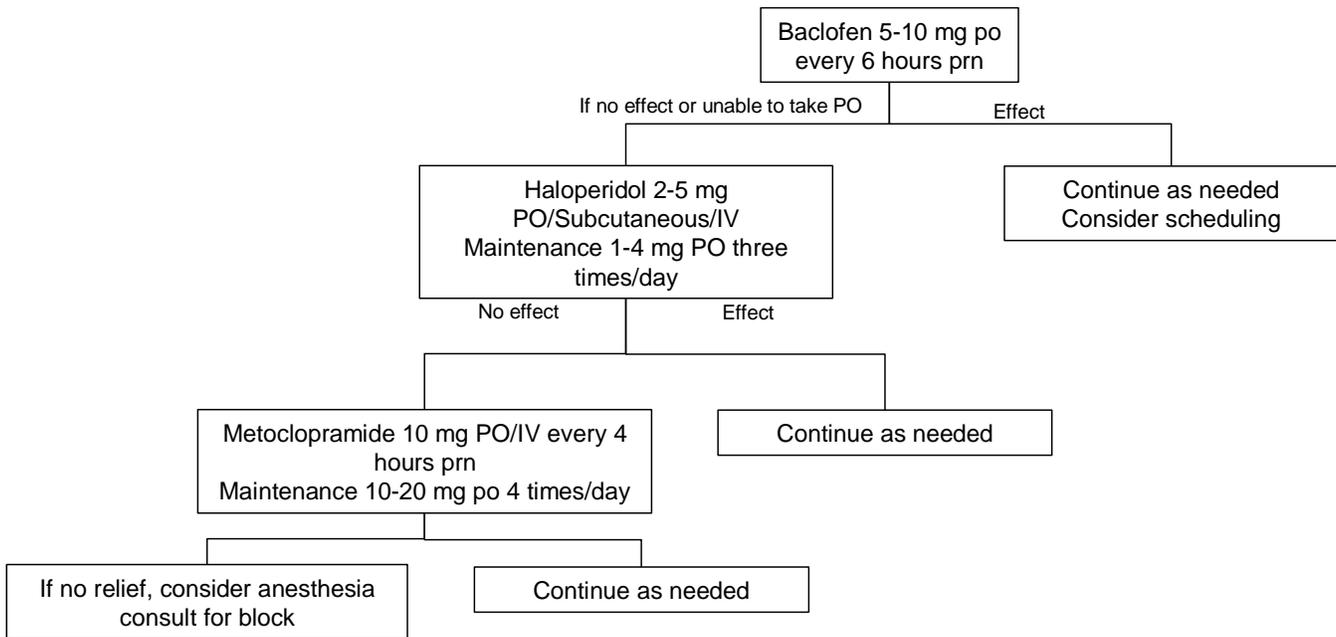


**ECOG Performance Status** (as published in Am. J. Clin. Oncol.)

Grade	ECOG
0	Fully active, able to carry on all pre-disease performance w/out restriction
1	Restricted in physically strenuous activity, but ambulatory & able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g. light housework, office work
2	Ambulatory & capable of all selfcare but unable to carry out any work activities. Up & about more than 50% of waking hours
3	Capable of only limited selfcare, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
4	Completely disabled. Cannot carry on any selfcare. Totally confined to bed or chair.
5	Dead

# Hiccough

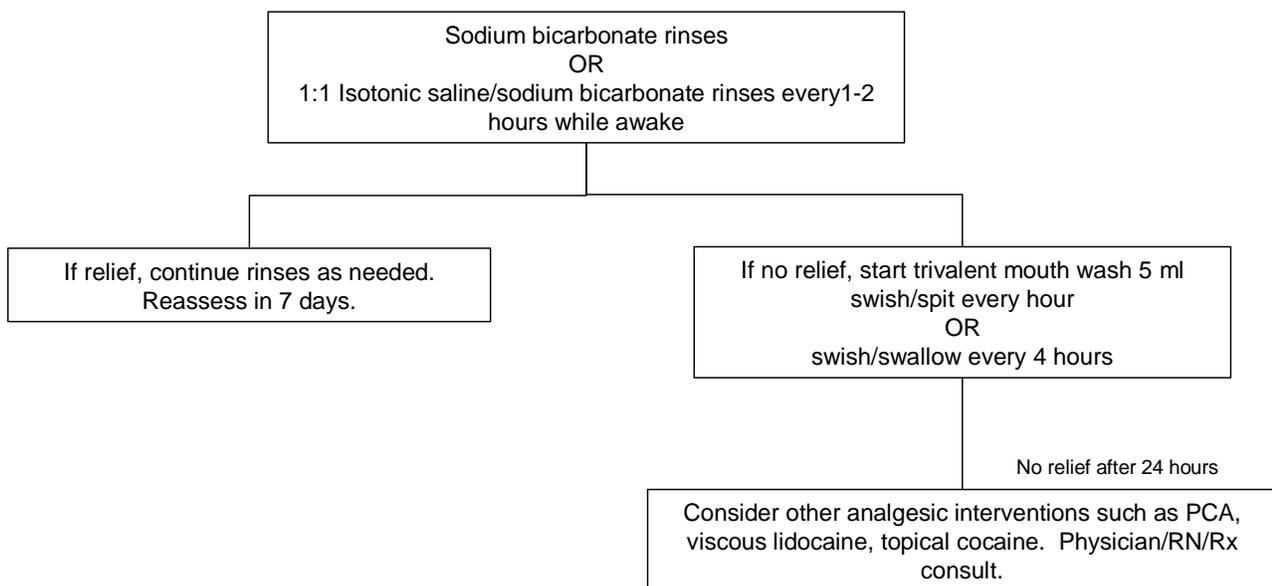
*A spasmodic intermittent closure of the glottis following lowering of the diaphragm causing a short, sharp, inspiratory cough.*



# Mucositis

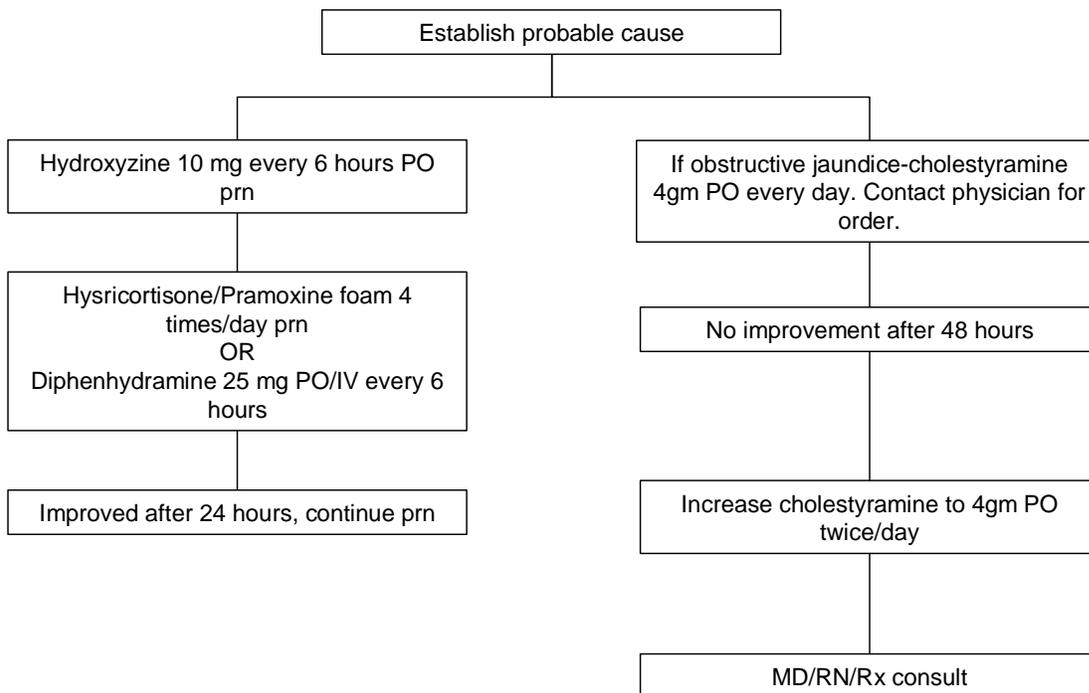
(without obvious infection)

*Inflammation of the mucus membranes. Generally causes pain in the oral cavity and throat and exhibited by excessive drooling, spitting and mucus production.*



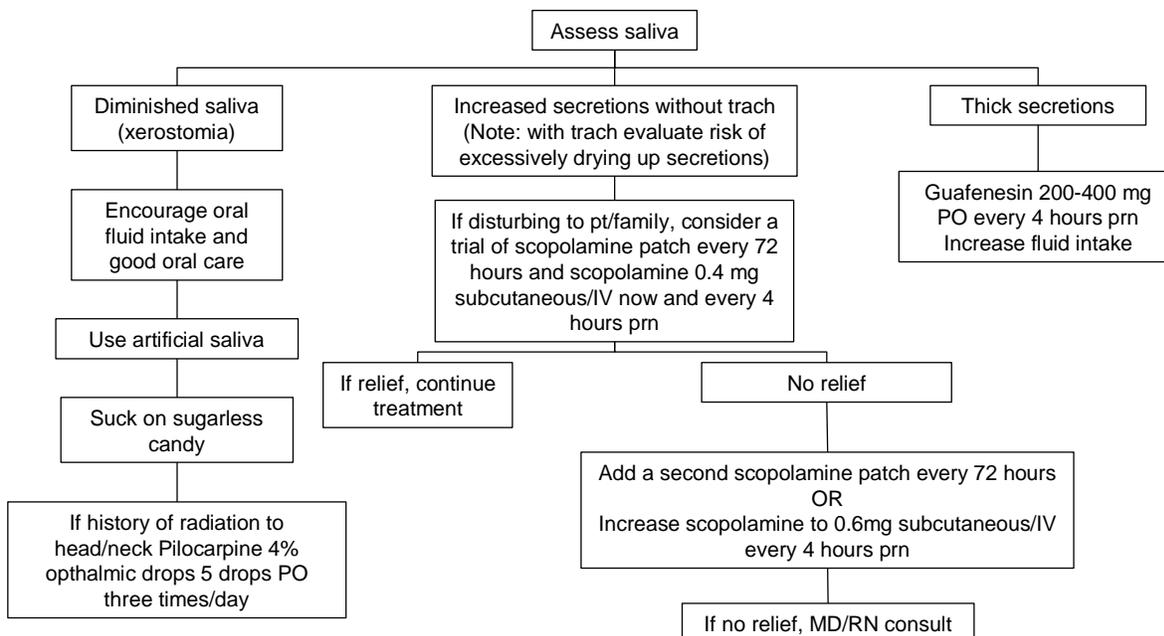
# Pruritus

*Severe itching.*



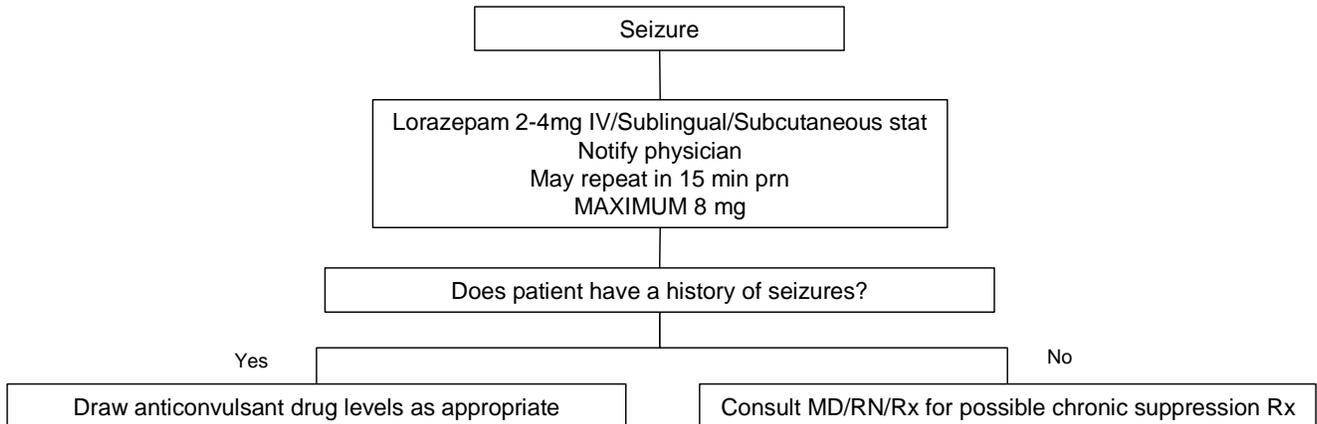
# Secretions

*Oral or airway lubrication. May be noted by excessive, noisy respirations*



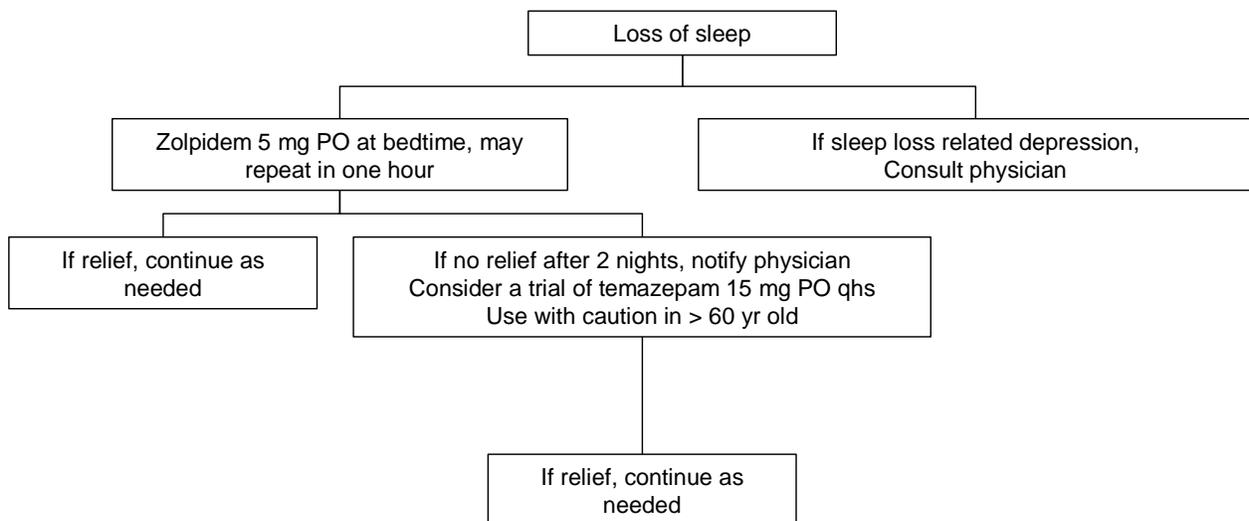
# Seizures – Acute Management

*Sudden, non-purposeful, rhythmic movement of any part of the body or facial muscles lasting from less to a minute to more that several minutes.*



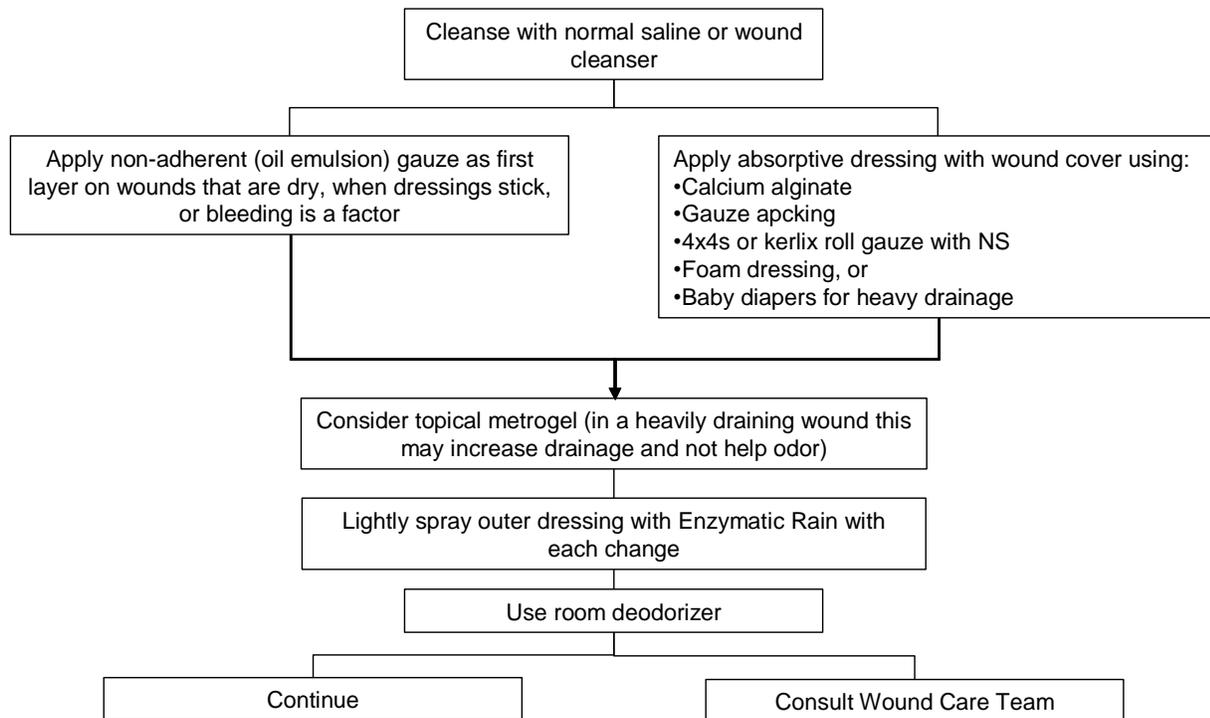
# Sleep Disturbance (consider etiology, treat cause)

*An inability to fall asleep and or stay asleep causing discomfort or fatigue.*



# Wound Odor

*A strong, noticeable, offensive smell emanating from a wound.*



## Список литературы:

### Возбуждение:

- Jackson, K.C., Lipman, A.G. (2004). Drug therapy for delirium in terminally ill patients. Из книги: The Cochrane Library, Issue 2, Chichester, UK: John Wiley Sons.
- Breitbart, W., Marotta, R., Platt, M.M., Weisman, H., Derevenco, M., Grau, C., Corbera, K., Raymond, S., Lund, S., Jacobson, P. (1996). A double-blind trial of haloperidol, chlorpromazine, and lorazepam in the treatment of delirium in hospitalized AIDS patients. *American Journal of Psychiatry*, 153(2), 231-237.
- Stahl, S. (2000). *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications* 2nd ed. New York, NY: Cambridge University Press.
- Pasacreta, J., Minarik, P., & Nield-Anderson, L. (2006). Anxiety and depression. Из книги В. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (изд. 2-е, стр. 375-400). New York, NY: Oxford University Press

### Альтернативный способ введения опиоидов:

- American Pain Society. (2003). Principles of analgesic use in the treatment of acute pain and cancer pain. Издание 5-е. Взято с веб-сайта [www.ampainsoc.org](http://www.ampainsoc.org)
- Bruera, E., Brenneis, C., Michaud, M., Backovsky, R., Chadwick, S., Emeno, A., & MacDonald, N. (1988). Use of the subcutaneous route for the administration of narcotics in patients with cancer pain. *Cancer*, 62(2), 407-411.
- Pereira, J., Lawlor, P., Vigano, A., Dorgan, M., & Bruera, E. (2001). Equianalgesic dose ratios for opioids: a critical review and proposals for long-term dosing. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22(2), 672-687.
- Gourlay, G.K. (2001). Treatment of cancer pain with transdermal fentanyl. *The Lancet Oncology*, 2(3), 165-172.

### Анорексия:

- Jatoi, A., Windschitl, H.E., Loprinzi, C.L., Sloan, J.A., Dakhil, S.R., Maillaird, J.A., et al. (2002). Dronabinol versus megestrol acetate versus combination therapy for cancer-associated anorexia: A North Central Cancer Treatment Group Study. *Journal of Clinical Oncology*, 20(2), 567-573.
- Inui, A., (2002). Cancer anorexia-cachexia syndrome: Current issues in research and management, *CA Cancer Journal Clinics*, 52(2), 72-91.
- Jatoi, A., Kumar, S., Sloan, J.A., & Nguyen, P.L. (2003). On appetite and its loss. *Journal of Clinical Oncology*, 21(9Suppl), 79s-81s.
- Bistran, B. (1999). Clinical trials for the treatment of secondary wasting and cachexia. *Journal of Nutrition*, 129(1S Suppl), 290 S-294 S.
- Fainsinger, R. L., & Periera, J. (2004). Clinical assessment and decision-making in cachexia and anorexia. Из книги: D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. Cherney, & K. Calman. *Oxford textbook of palliative medicine* (изд. 3-е, стр. 533-560). Oxford, UK: Oxford University Press

### Анурия:

- Cravens, D.D., & Zweig, S. (2000). Urinary catheter management. *American Family Physician*, 61(2), 369-376.
- Walsh, P.C. (1998). *Campbell's urology*. St. Louis, MO: Saunders, p. 159-162.

### Лечение спазмов мочевого пузыря:

- Herbison, P., Hay-Smith, J., Ellis, G., & Moore, K. (2003). Effectiveness of anticholinergic drugs compared with placebo in the treatment of overactive bladder: Systematic review. *British Medical Journal*, 326(7394), 841-844.
- Nicolle, L.E., Bradley, S., Colgan, R., Rice, J.C., Schaeffer, A., Hooton, T.M., et al. (2005). Infectious Diseases Society of America guidelines for the diagnosis and treatment of asymptomatic bacteriuria in adults. *Clinical Infectious Diseases*, 40(5), 643-654.
- Howe, R.A., & Spencer, R.C. (1996). Cotrimoxazole. Rationale for re-examining its indications for use. *Drug Safety*, 14(4), 213-218.

Лечение кишечника – программа пошагового ухода:

- Klaschik, E., Nauck, F., & Ostgathe, C. (2003). Constipation--modern laxative therapy. *Supportive Care in Cancer*, 11(11), 679-685.
- Mancini, I., & Bruera, E. (1998). Constipation in advanced cancer patients. *Supportive Care in Cancer*, 6(4), 356-364.
- Locke, G.R. III, Pemberton, J.H., & Phillips, S.F. AGA technical review on constipation. *Gastroenterology*, 119(6), 1766-1778.

Кандидоз оральный:

- Pappas, P.G., Rex, J.H., Sobel, J.D., Filler, S.G., Dismukes, W.E., Walsh, T.J., et al. (2004). Guidelines for treatment of candidiasis. *Clinical Infectious Diseases*, 38(2), 161-189.
- Sweeney, M.P., & Bagg, J. (2000). The mouth and palliative care. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 17(2), 118-124.

Кандидоз промежностный:

- Association of Genitourinary Medicine and the Medical Society for the Study of Venereal Diseases. (1999). National guideline for the management of vulvovaginal candidiasis. *Sexual Transmitted Infections*, 75(Suppl 1), S19-S20.
- Rex, J.H., Walsh, T.J., Sobel, J.D., Filler, S.G., Pappas, P.G., Dismukes, W.E., et al. (2000). Practice guidelines for treatment of candidiasis. *Clinical Infectious Diseases*, 30(4), 662-678.

Диспноэ:

- Bruera, E., Sweeney, C., & Ripamonti, C. (2002). Dyspnea in patients with advanced cancer. Из книги: A. Berger, R. Portenoy, & D.E. Weissman (Eds). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology*. Издание 2-е. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven.
- Chan, K.S., Sham, M.M.K., Tse, D.M.W., & Thorsen, A.B. (2004). Palliative medicine in malignant respiratory diseases. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney, & K. Calman. (Eds) *Oxford textbook of palliative medicine*. Издание 3-е. Oxford, UK: Oxford University Press.
- Fohr, S.A. (1998). The double effect of pain medication: separating myth from reality. *Journal of Palliative Medicine*, 1(4), 315-328.
- Coyne, P.J., Lyne, M.E., & Watson, A. C. (2002). Symptom management in people with AIDS. *American Journal of Nursing*, 102(9), 48-56.
- Coyne, P.J., Viswanathan, R., & Smith, T. (2002). Nebulized fentanyl citrate improves patients perception of breathing, respiratory rate, and oxygen saturation in dyspnea." *Journal of Pain and Symptom Management*. 23 (2), 157-160.

Жар:

- Boulant, J.A. (1991). Thermoregulation. Из книги: P.A. Machowiak (Ed): *Fever: basic mechanisms and management*. New York, NY: Raven Press, стр. 1-22.
- Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., & Carbone, P.P. (1982). Toxicity and response criteria of the The Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Clinical Oncology*, 5(6), 649-655.
- Young, L.S. (1988). Fever and septicemia. Из книги: R.H. Rubin, L.S. Young (Eds). *Clinical approach to infection in the compromised host*, Издание 2-е. New York, NY: Plenum Medical, стр. 75-114.
- Zhukovsky, D.S. (2002). Fever and sweats in the patient with advanced cancer. *Hematology/Oncology Clinics of North America*, 16 (3), 579-88.

Икота:

- Kolodzik, P.W., & Eilers, M.A. (1991). Hiccups (singultus): Review and approach to management. *Annals of Emergency Medicine*, 20(5), 565-573.
- Rousseau, P. (1995). Hiccups. *Southern Medical Journal*, 88(2), 175-181.
- Lewis, J.H. (1985). Hiccups: Causes and cures. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 7(6), 539-552.

Мукозит:

Berger, A.M., & Kilroy, T.J. (2001). Oral complications. Из книги: V. DeVita V, S. Hellman, & S.A. Rosenberg (Eds): *Cancer: Principles and practices of oncology*, Издание 6-е. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.

Rubenstein, E.B., Peterson, D.E., Schubert, M., Keefe, D., McGuire, D., Epstein, J., et al. (2004). Clinical practice guidelines for the prevention and treatment of cancer therapy-induced oral and gastrointestinal mucositis. *Cancer*, 100(9Suppl), 2026-2046.

Epstein, J.B., & Schubert, M.M. (2003). Oropharyngeal mucositis in cancer therapy. Review of pathogenesis, diagnosis, and management. *Oncology (Williston Park)* 17(12), 1779-1782.

#### Зуд:

Fleisher, A.B., & Michaels, J.R. (1998). Pruritus. Из книги: A. Berger, C. Russell K. Portenoy, D.E. Weissman (Eds), *Principles & practice of supportive oncology*. Philadelphia, PA: Lippincott-Raven, стр. 245-250.

Krajnik, M., & Zylitz. (2001). Understanding pruritus in systemic disease. *Journal of Pain & Symptom Management*, 21(2), 151-168.

#### Выделения:

Wilders, H., & Menten J. (2002). Death rattle: prevalence, prevention and treatment. *Journal of Pain & Symptom Management*, 23(4), 310-317.

Cooke, C., Ahmedzai, S., & Mayberry, J. (1996). Xerostomia--a review. *Palliative Medicine*, 10(4), 284-292.

Richardson, P.S., & Phipps, R.J. (1978). The anatomy, physiology, pharmacology and pathology of tracheobronchial mucus secretion and the use of expectorant drugs in human disease. *Pharmacology & therapeutics. Part B: General & systematic pharmacology*, 3(4), 441-479.

#### Припадки – неотложная помощь:

Treiman, D.M. (1989). Pharmacokinetics and clinical use of benzodiazepines in the management of status epilepticus. *Epilepsia*, 30(suppl 2), S4-S10.

Chapman, M.G., Smith, M., & Hirsch, N.P. (2001). Status epilepticus. *Anaesthesia*, 56(7), 648-659.

#### Нарушения сна:

Schenck, C.H., & Mahowald, M.W. & Sack, R.L. (2003). Assessment and management of insomnia. *Journal of the American Medical Association*, 289(19), 2475-2479.

#### Запах от ран:

Bates-Jensen, B.M. (2006). Skin disorders: Pressure ulcers – assessment and management. Из книги B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (изд. 2-е, стр. 301-328.). New York, NY: Oxford University Press.

Bates-Jensen B.M., Seaman, S. & Early, L. (2006). Skin disorders: Tumor necrosis, fistules, and stoma. Из книги B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (изд. 2-е, стр. 329-344.). New York, NY: Oxford University Press.

Grocott, P. (2000). The palliative management of fungating malignant wounds. *Journal of Wound Care*, 9(1), 4-9.

Grocott, P., & Dealey, C. (2004). Symptom management: Nursing aspects. Из книги: D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney, & K. Calman (Eds.) *Oxford textbook of palliative medicine* (изд. 3-е, стр. 628-640). Oxford, UK: Oxford University Press.

Newman, V., Allwood, M., & Oakes, R.A. (1989). The use of metronidazole gel to control the smell of malodorous lesions. *Palliative Medicine*, 3(4), 303-305.

Walker, P. (1998). The pathophysiology and management of pressure ulcers. Из книги: R.K. Portenoy & E. Bruera (Eds). *Topics in palliative care*, Volume 3. New York, NY: Oxford University Press стр. 253-270.

## Module 3: Symptom Management

### Key References

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4<sup>th</sup> ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association..
- American Society of Clinical Oncologists (ASCO). (2001). *Optimizing cancer care – The importance of symptom management* [ASCO curriculum]. Alexandria, VA: Author.
- Anderson, P. & Dean, G. (2006). Fatigue. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 155-168). New York, NY: Oxford University Press.
- Bates-Jensen, B.M. (2006). Skin disorders: Pressure ulcers – assessment and management. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 301-328). New York, NY: Oxford University Press.
- Bates-Jensen B.M., Seaman, S. & Early, L. (2006). Skin disorders: Tumor necrosis, fistules, and stoma. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 329-344). New York, NY: Oxford University Press.
- Benson, A. B. 3<sup>rd</sup>, Ajani, J. A., Catalano, R. B., Engelking, C., Kornblau, S. M., Martenson, J. A., Jr., et al. (2004) Recommended guidelines for the treatment of cancer treatment-induced diarrhea. *Journal of Clinical Oncology*, 22(14), 2918-2926.
- Berenson, S. (2006). Complementary and alternative therapies in palliative care. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 491-509.). New York, NY: Oxford University Press.
- Berger, A., Shuster, J.L., & VonRoenn, J.H. (2007). *Principles and practice of palliative care and supportive oncology* (3<sup>rd</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott, Williams and Wilkins.
- Bistran, B. (1999). Clinical trials for the treatment of secondary wasting and cachexia. *Journal of Nutrition*, 129(1S Suppl), 290 S-294 S.
- Burgess, K., & Whitelaw, W. (1988). Effects of nasal cold receptors on patterns of breathing. *Journal of Applied Physiology*, 64(1), 371-376.
- Coyne, P. (2003). The use of nebulized fentanyl for the management of dyspnea. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 334.
- Coyne, P. J., Lyne, M.E., & Watson, A. C. (2002). Symptom management in people with AIDS. *American Journal of Nursing*, 102(9), 48-56.
- Dahlin, C. (2006). It takes my breath away: End-stage COPD. Part 2: Pharmacologic and nonpharmacologic management of dyspnea and other symptoms. *Home Healthcare Nurse*, 24(4), 218-224.
- DeLeo, D., & Spathonis, K. (2003). Suicide and euthanasia in late life. *Ageing-Clinical &*

*Experimental Research, 15(2), 99-110.*

- Dudgeon, D. (2006). Dyspnea, death rattle, and cough. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 249-264). New York, NY: Oxford University Press.
- Earthman, C. P., Reid, P. M, Harper, I. T., Ravussin, E., & Howell, W. H. (2002). Body cell mass repletion and improved quality of life in HIV-infected individuals receiving oxandrolone. *Journal of Parenteral & Enteral Nutrition, 26(6), 357-356.*
- Estfan, B., & LeGrand, S. (2004). Management of cough in advanced cancer. *The Journal of Supportive Oncology, 2(6), 523-27.*
- Fainsinger, R. L., & Periera, J. (2004). Clinical assessment and decision-making in cachexia and anorexia. In D. Doyle, G.W.C. Hanks, N. Cherney, & K. Calman. *Oxford textbook of palliative medicine* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 533-560). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Ferrell, B. R., Grant, M., Dean, G. E., Funk, B., & Ly, J. (1996). Bone tired: The experience of fatigue and impact on quality of life. *Oncology Nursing Forum, 23(10), 1539-1547.*
- Gallagher, R. & Roberts, D. (2004). Asystemic review of oxygen and airflow effect on relief of dyspnea at rest in patient with advanced disease of any cause. *Journal of Pain & Palliative Care Pharmacotherapy, 18(4), 3-15.*
- Glare, P., Periera, G., Kristjanson, L. J., Stockler, M., & Tattersall, M. (2004). Systematic review of the efficacy of antiemetics in the treatment of nausea in patients with far-advanced cancer. *Supportive Care in Cancer, 12(6), 432-440.*
- Grocott, P., & Dealey, C. (2004). Symptom management: Nursing aspects. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney, & K. Calman (Eds.) *Oxford textbook of palliative medicine* (3<sup>rd</sup> ed., pp. 628-640). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Jacobs, L. G. (2003). Managing respiratory symptoms at the end of life. *Clinics in Geriatric Medicine, 19(1), 225-239.*
- Kemp, C. (2006). Anorexia and cachexia. In B. R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 169-176). New York, NY: Oxford University Press.
- Kuebler, K. K., Heidrich, D.E., Vena, C. & English, N. (2006). Delirium, confusion, agitation, and restlessness. In B. R. Ferrell & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 401-420). New York, NY: Oxford University Press.
- Lawlor, P. G., & Bruera, E. D. (2002). Delirium in patients with advanced cancer. *Hematology Oncology Clinics of North America, 16(3), 701-714.*
- Lawlor, P. G., Gagnon, B., Mancini, I. L., Pereira, J., L., Hanson, J., Suarez-Almazor, M. E., & Bruera, E. D. (2000). Occurrence, causes, and outcomes of delirium in patients with advanced cancer. *Archives of Internal Medicine, 160(6), 786-794.*

Lipman, A., Jackson, K., & Tyler, L. (2000). *Evidence based symptom control in palliative care*. Binghamton, NY: Pharmaceutical Products.

Luce, J. M., & Luce, J. A. (2001). Perspectives on care at the close of life. Management of dyspnea in patients with far-advanced lung disease: "Once I lose it, it's kind of hard to catch it..." *Journal of the American Medical Association*, 285(10), 1331-1337.

MacDonald, N. (2003). Is there evidence for earlier intervention for cancer-associated weight loss? *Journal of Supportive Oncology*, 1(4), 279-286.

Mannix, K. A. (2004). Palliation of nausea and vomiting. In D. Doyle, G. Hanks, & N. Cherney & K. Calman. (Eds.) *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3<sup>rd</sup> edition (pp. 459-468). Oxford, UK: Oxford University Press.

Meyer, H.A., Sinnot, C., Seed, P.T. (2003). Depressive symptoms in advanced cancer. Part 2: Depression over time; the role of the palliative care professional. *Palliative Medicine*, 17(7), 604-607.

National Cancer Institute (NCI). (2004). Anxiety disorder. Retrieved on August 15, 2007 from  
<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/anxiety/healthprofessional>

National Cancer Institute (NCI). (2004). Delirium. Retrieved August 15, 2007 from:  
<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/delirium/healthprofessional>

National Cancer Institute (NCI). (2005). Depression. Retrieved August 15, 2007 from:  
<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/depression/healthprofessional>

National Cancer Institute (NCI). (2004). Fatigue. Retrieved August 15, 2007 from:  
<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/fatigue/healthprofessional>

National Cancer Institute (NCI). (2005). Gastrointestinal complications. Retrieved on August 15, 2007 from  
<http://www.nci.nih.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/gastrointestinalcomplications/healthprofessional>

- National Consensus Project for Quality Palliative Care (2004). National consensus project for quality palliative care: Clinical practice guidelines for quality palliative care, executive summary (Policy Document). *Journal of Palliative Medicine*, 7(5), 611-627.
- Nelson, J. E. Meier, D. E., Oei, E. J., Nierman, D. M., Senzel, R. S., Manfredi, P. L., et al. (2001). Self-reported symptom experience of critically ill cancer patients receiving intensive care. *Critical Care Medicine*, 29(2), 277-282.
- Neudert, C., Oliver, D., Wasner, M., & Borasio, G. D. (2001). The course of the terminal phase in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Journal of Neurology*, 248(7), 612-616.
- Pasacreta, J., Minarik, P., & Nield-Anderson, L. (2006). Anxiety and depression. In B. R. Ferrell, & N. Coyle. (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 375-400). New York, NY: Oxford University Press.
- Paice, J.A. (2006). Neurological disturbances. In B.R. Ferrell, & N. Coyle (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 365-374). New York: Oxford University Press.
- Potter, J., Hami, F., Bryan, T., & Quigley, C. (2003). Symptoms in 400 patients referred to palliative care services: Prevalance and patterns. *Palliative Medicine*, 17(4), 310-314.
- Preece, J. (2002). Introducing abdominal massage in palliative care for the relief of constipation. *Complementary Therapies in Nursing & Midwifery*, 8(2), 101-105.
- Rhiner, M., & Slatkin, N.E. (2006). Pruritus, fever, and sweats. In B. R. Ferrell, & N. Coyle. (Eds.), *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 345-363). New York, NY: Oxford University Press.
- Schwartzstein, R., Lahive, K., Pope, A., Weinberger, S., & Weiss, J. (1987). Cold facial stimulation reduces breathlessness in normal subjects. *American Review of Respiratory Disease*, 136(1), 58-61.
- Sykes, N. (2004). Constipation and diarrhea. In D. Doyle, G. Hanks, N. Cherney & K. Calman (Eds.), *Oxford textbook of Palliative Medicine* (3<sup>rd</sup> ed., Chap 8.3.3, pp. 483-496). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Thomas, J. R., & von Gunten, C. F. (2002). Treatment of dyspnea in cancer patients. *Oncology (Huntington)*, 16(6), 745-750.
- Wilson, K. G., Chochinov, H. M., de Faye, B. J., & Breitbart, W. (2000). Diagnosis and management of depression in palliative care. In H. Chochinov and W. Breitbart (Eds.), *Handbook of psychiatry in palliative medicine* (pp. 25-49). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Zambroski, C.H., Moser, D.K., Roser, L.P., Heo, S., & Chung, M.L. (2005). Patients with heart failure who die in hospice. *American Heart Journal*, 149(3), 558-564.

**Cross Reference with ELNEC Course Texts for Module 3:**

rell, B. R., & Coyle, N. (Eds.). (2006). *Textbook of palliative nursing* (2<sup>nd</sup> ed.). New York, NY: Oxford University Press.

<u>Chapter</u>	<u>Author</u>	<u>Title</u>
7	Anderson & Dean	Fatigue
8	Kemp	Anorexia and Cachexia
9	King	Nausea and Vomiting
10	Dahlin & Goldsmith	Dysphagia, Xerostomia, and Hiccups
11	Economou	Bowel Management: Constipation, Diarrhea, Obstruction, and Ascites
12	Kedziera & Coyle	Hydration, Thirst and Nutrition
13	Dudgeon	Dyspnea, Death Rattle and Cough
14	Gray & Campbell	Urinary Tract Disorders
15	Smith	Lymphedema Management
16A	Bates-Jensen	Skin Disorders: Pressure Ulcers—Assessment and Management
16B	Bates-Jensen, Seaman & Early	Skin Disorders: Tumor Necrosis, Fistulas & Stomas
17	Rhiner & Slatkin	Pruritus, Fever, and Sweats
18	Paice	Neurological Disturbances
19	Pasacreta, Minarik, & Nield-Anderson	Anxiety and Depression
20	Kuebler, Heidrich, Vena, & English	Delirium, Confusion, and Agitation
21	Lamb	Sexuality
23	Watson	Urgent Syndromes at the End of Life
24	Knight, Espinosa, & Bruera	Sedation for Refractory Symptoms and Terminal Weaning
25	Berenson	Complementary and Alternative Therapies in Palliative Care
37	Sherman	Patients with Acquired Immunodeficiency Syndrome
49	Hellsten & Kane	Symptom Management in Pediatric Palliative Care

