Паллиативная помощь

Ответы на экзаменационные билеты 1–25

Учебный курс · 2026

Оглавление

Билет 1. Паллиативная помощь по ВОЗ. Паллиативная помощь при ОНМК. Выгорание сотрудников хосписов 3

Билет 2. Этика принятия решений. СПИД. Помощь в конце жизни 6

Билет 3. Уровни помощи. Дети. Биологическая смерть 9

Билет 4. Эвтаназия. Симптомы. Седация 12

Билет 5. Детская паллиативная помощь: этика, госпитализация, работа с семьёй 15

Билет 6. Неукоснительные принципы, духовные вопросы, нарушения пищеварения 18

Билет 7. Немедикаментозная помощь, духовное страдание, тошнота и запор . . 20

Билет 8. Организация паллиативной помощи, нарушения пищеварения, сообщение плохих новостей 23

Билет 9. Модели горя, принципы обезболивания, асцит и желтуха 26

Билет 10. Общие принципы симптоматической терапии, кахексия и непроходимость, дееспособность 29

Билет 11. Тяжёлая утрата. Одышка и кашель. Лекарства у детей 32

Билет 12. Права пациента. Комфорт в конце жизни. Дети 35

Билет 13. Психические нарушения. Прекращение интенсивной терапии у детей. Прочие симптомы 38

Билет 14. Лечение боли, психические нарушения, духовные нужды 41

Билет 15. Делирий и деменция, симптомы умирания, неотложные состояния . . . 44

Билет 16. Кожные симптомы, судороги, помощь в конце жизни 47

Билет 17. Грибовидные раны, пролежни и утомляемость; альтернативные методы обезболивания; отказ от реанимации 50

Билет 18. Правовая база паллиативной помощи в РК; неотложные состояния и уход при ОНМК; диабет в конце жизни 53

Билет 19. Неотложные состояния; нарушения дыхания; урологические симптомы 56

Билет 20. Нарушения дыхания, лекарства у детей, урогенитальные симптомы . . 59

Билет 21. Принципы лечения боли, предсмертный храп, вопросы персонала . . . 62

Билет 22. Психологические аспекты, неотложные состояния, переход во взрослую службу 65

Билет 23. Нарушения дыхания, лекарства у детей, урогенитальные симптомы . . 69

Билет 24. Принципы лечения боли, предсмертный храп, вопросы персонала . . . 72

Билет 25. Психологические аспекты, неотложные состояния, переход во взрослую службу 75

БИЛЕТ 1. Паллиативная помощь по ВОЗ. Паллиативная помощь при ОНМК. Выгорание сотрудников хосписов

Вопрос 1. Паллиативная помощь по ВОЗ: определение и принципы

Определение. По определению ВОЗ (2002), паллиативная помощь — это подход, который направлен на улучшение качества жизни пациента и его семьи, столкнувшихся с жизнеугрожающим заболеванием, путём предупреждения и облегчения страданий. Достигается это через раннее выявление, правильную оценку и лечение боли и других проблем — физических, психосоциальных и духовных.

Что из этого следует. Цель помощи — максимально возможное качество оставшейся жизни. Бесполезное продление умирания и ускорение смерти помощь не предусматривает. Помощь оказывается больному и его близким, во время болезни и после утраты. Она не привязана к последним дням: начинать её можно одновременно с лечением, направленным на саму болезнь.

Принципы по ВОЗ:

Вопрос 2. Паллиативная помощь при ОНМК

Место паллиативного подхода. При остром нарушении мозгового кровообращения паллиативный компонент подключается после стабилизации состояния — в палате интенсивной терапии, неврологическом отделении или центре инсульта. Его задачи: облегчение страданий, профилактика осложнений обездвиженности, поддержка пациента и семьи. Часть больных восстанавливается, поэтому объём помощи пересматривают по мере динамики.

Боль в плечевом поясе. При гемианестезии и плечевом синдроме применяют парацетамол 500–1000 мг до 4 г в сутки, ибупрофен 400 мг три раза в сутки с учётом риска кровотечения из желудочно-кишечного тракта, трамадол 50–100 мг при недостаточном эффекте. Обязательны укладка паретичной руки на подушку, поддержка плеча при пересаживании и пассивные движения в пределах безболезненности два раза в день.

Спастичность. Развивается со второй-третьей недели. Применяют баклофен по 5–10 мг два-три раза в сутки внутрь с постепенным повышением дозы, тизанидин по 2–4 мг, при локальной спастичности — инъекции ботулинического токсина в поражённые мышцы. Эффект закрепляют укладкой конечности в физиологическое положение, лечебной гимнастикой и вертикализацией.

Пролежни и контрактуры. Риск оценивают по шкалам Ватерлоу или Брейден. Нужны противопролежневый матрас, смена положения каждые два часа, ежедневный осмотр кожи, полноценное питание с достаточным количеством белка, пассивная гимнастика и шины для кисти и стопы.

Дисфагия и питание. Проводят скрининг глотания (тест с глотком воды). При нарушении дают протёртую пищу и загущённые жидкости, кормят в положении полусидя под углом 30–45 градусов, медленно, малыми порциями. При стойкой дисфагии устанавливают назогастральный зонд, при длительной — гастростому.

Дыхательная поддержка. При нарушении кашля и риске аспирационной пневмонии нужны санация полости рта, возвышенное положение головного конца кровати и дыхательная гимнастика. По показаниям дают кислород через маску, при гиповентиляции применяют неинвазивную вентиляцию; вопрос о трахеостоме решают с учётом прогноза и воли пациента.

Мочевой пузырь. При недержании используют постоянный катетер или впитывающие средства, при задержке мочи — катетеризацию. Необходимы уход за промежностью и профилактика инфекции мочевых путей.

Речь и коммуникация. При афазии применяют карточки и таблички с картинками, короткие закрытые вопросы, жесты; полезна работа логопеда с родственниками, которых обучают простым приёмам общения.

Профилактика тромбоза. Компрессионный трикотаж, перемежающаяся пневмокомпрессия, по назначению врача — эноксапарин 40 мг подкожно один раз в сутки.

Психологическая поддержка. Пациента выводят из изоляции, объясняют план ухода, семью обучают кормлению, позиционированию и уходу, обсуждают с ней пределы возможного и признаки ухудшения.

Вопрос 3. Признаки синдрома профессионального выгорания сотрудников хосписов

Определение. Профессиональное выгорание — это синдром эмоционального и физического истощения, возникающий при длительной нагрузке, связанной с интенсивным общением и постоянным соприкосновением с чужой болью. По модели Маслач выделяют три компонента. Выгорание отличают от обычной усталости: утомление проходит после отдыха, а выгорание нарастает месяцами и меняет отношение к работе и людям.

Эмоциональное истощение. Сотрудник чувствует опустошённость, к началу смены уже устал, сон не приносит восстановления, появляется плаксивость. Прежние обязанности требуют всё больше усилий.

Деперсонализация и цинизм. Пациент начинает восприниматься как «диагноз» или «койка», речь становится формальной, появляются чёрный юмор, дистанцирование, раздражение при просьбах, конфликты с родственниками и коллегами.

Снижение личных достижений. Работа кажется бессмысленной, собственные усилия обесцениваются, возникает чувство бесполезности и неуверенность в компетентности.

Физические признаки. Постоянная утомляемость, головные боли, нарушения сна, колебания артериального давления, боли в спине и шее, снижение аппетита, частые простудные заболевания из-за снижения иммунитета.

Психологические признаки. Раздражительность, тревога, подавленность, чувство вины перед пациентами и семьёй, безразличие к тому, что раньше волновало, ощущение беспомощности.

Поведенческие признаки. Опоздания и прогулы, ошибки в документации и манипуляциях, избегание тяжёлых пациентов, отказ от общения с коллективом, злоупотребление алкоголем или курением, мысли об уходе из профессии.

Факторы риска. Постоянный контакт со смертью и высокая смертность пациентов, сильная эмоциональная вовлечённость, установка «спасателя», молодой возраст и малый опыт, сверхурочная работа, нехватка персонала, низкая оплата, конфликты в коллективе, отсутствие супервизии, недавняя личная утрата.

Стадии и последствия. Состояние проходит стадии от начального напряжения и экономии эмоций до выраженного истощения. Последствия — рост ошибок и снижение качества ухода, конфликты, текучесть кадров, ухудшение здоровья самого сотрудника.

Как выявить. Используют опросник Маслач и самонаблюдение, полезны регулярные анонимные опросы сотрудников и разбор состояния команды на пятиминутках.

Профилактика. Нужны супервизия и балинтовские группы, дебрифинг после смерти пациента, ротация участков, регламент дежурств, полноценные перерывы и отпуск, обучение навыкам общения и совладания со стрессом, поддержка руководителя, чёткие границы профессиональной роли, физическая активность и доступ к психологу для сотрудников. На личном уровне помогают планирование рабочего дня, режим сна, хобби и умение отделять профессиональную роль от личной жизни.

БИЛЕТ 2. Этика принятия решений. СПИД. Помощь в конце жизни

Вопрос 1. Этический аспект принятия решений: надлежащее решение, отказ от сердечно-лёгочной реанимации

В чём суть проблемы. В паллиативной помощи решение почти всегда принимается в условиях неопределённости прогноза и при дефиците времени. Надлежащее, то есть обоснованное и этически корректное решение — это решение, которое опирается одновременно на клиническую ситуацию, на ценности и цели самого пациента и на профессиональные стандарты. Оно не тождественно ни «желанию врача во что бы то ни стало спасать», ни пассивному согласию с любым требованием родственников.

Кто и как участвует. Если пациент в сознании и способен понимать информацию, решение принимается с ним: ему сообщают диагноз и прогноз в доступной форме, выясняют, что для него важнее — продление жизни или комфорт и сохранение достоинства, обсуждают пользу и вред каждого варианта. При утрате способности к волеизъявлению ориентируются на заранее высказанное мнение, на назначенного доверенного представителя и на знание семьёй ценностей больного. Врач не перекладывает выбор на родных вопросом «что делать?» — он предлагает план, объясняет его основания и границы.

Модель совместного решения. Последовательность такова: оценка способности пациента принимать решение, сообщение информации, выяснение целей помощи, обсуждение реальных вариантов с их пользой и бременем, фиксация выбора в документах. Полезны семейная конференция и, при стойких разногласиях, консилиум или этический комитет.

Принципы, на которые опираются. Уважение автономии, благодеяние, непричинение вреда и справедливость. Отдельно работает принцип пропорциональности: вмешательство должно давать больше пользы, чем страдания. При назначении опиоидов в терминальной фазе ссылаются на принцип двойного эффекта — цель — облегчение боли; ускорение смерти недопустимо.

Отказ от сердечно-лёгочной реанимации. Решение об отказе (DNR) обсуждается заранее — при поступлении с жизнеугрожающим заболеванием или при явном ухудшении, а не в момент остановки сердца. Врач разъясняет, что при необратимом состоянии реанимация даёт крайне низкую выживаемость и может продлить агонию. Решение оформляется врачом записью в медицинской карте с датой, временем, обоснованием и подписью, доводится до дежурной смены и отмечается в сестринском листе; при возможности подписывается информированное согласие пациента или его представителя.

Чего отказ от СЛР не означает. Он не отменяет обезболивание, кислород, антибиотики по показаниям, уход, питание и питьё по желанию больного, психологическую и духовную поддержку. DNR означает отказ только от компрессий грудной клетки, дефибрилляции и интубации при остановке кровообращения. Решение пересматривают при изменении состояния.

Вопрос 2. Основные задачи паллиативной помощи больным СПИДом

Общий принцип. Паллиативная помощь при ВИЧ-инфекции и СПИДе идёт параллельно с основным лечением. Антиретровирусная терапия при паллиативном статусе не отменяется: она снижает вирусную нагрузку, уменьшает число оппортунистических инфекций и улучшает качество жизни. Поэтому первая задача — удержать приверженность лечению: напоминания, помощь в приёме препаратов, работа с побочными эффектами, поддержка при депрессии и употреблении психоактивных веществ.

Контроль оппортунистических инфекций. Лечение и профилактика пневмоцистной пневмонии (ко-тримоксазол 960 мг в сутки при снижении CD4 ниже 200 клеток), кандидоза полости рта и пищевода (флуконазол 100–200 мг в сутки курсом 7–14 дней), туберкулёза по схеме противотуберкулёзной службы, токсоплазмоза, криптококкоза, цитомегаловирусной инфекции. Профилактику продолжают, пока паллиативная помощь не переходит в фазу умирания.

Симптомы и боль. Боли при нейропатии, саркоме Капоши, поражениях костей купируют по трёхступенчатой схеме: парацетамол, затем трамадол 50–100 мг, при выраженной боли — морфин внутрь или подкожно с титрацией. Нейропатическую боль лечат амитриптилином 10–25 мг на ночь или габапентином. Диарею — лоперамидом 2 мг после каждого жидкого стула, при упорной — октреотид. Потерю веса — высокобелковым питанием, дробным кормлением, при невозможности глотания — нутритивной поддержкой.

Кожные проявления и зуд. Уход за кожей при саркоме Капоши, опрелостях, кандидозных поражениях, обработка пролежней, антигистаминные при зуде.

Стигма и конфиденциальность. Соблюдение врачебной тайны, аккуратное раскрытие диагноза только с согласия пациента, защита от дискриминации в семье и в учреждении, обучение родственников безопасному уходу.

Дыхательные симптомы. При пневмоцистной пневмонии и других поражениях лёгких одышку уменьшают кислородом, возвышенным положением, малыми дозами морфина, при необходимости — кортикостероидами. Кашель облегчают увлажнением воздуха и простыми муколитиками, при мучительном сухом кашле — кодеином.

Питание и потеря веса. Истощение при СПИДе связано с инфекциями, диареей и анорексией. Помогают дробное высококалорийное питание, белковые смеси, лечение кандидоза полости рта, при стойкой анорексии — короткий курс кортикостероидов или прогестинов по решению врача. Нутритивную поддержку прекращают, когда наступает фаза умирания.

Психосоциальная и духовная поддержка. Работа с тревогой, депрессией и чувством вины, помощь в решении бытовых и юридических вопросов, поддержка детей и партнёра, подготовка семьи к утрате. Отдельная задача — профилактика выгорания персонала и соблюдение мер инфекционной безопасности, включая постконтактную профилактику у сотрудников.

Вопрос 3. Помощь в конце жизни

Распознавание терминальной фазы. Умирание обычно занимает дни и часы. Его признаки: пациент прикован к постели, большую часть времени дремлет, почти не ест и не пьёт, речь становится односложной, появляются мраморность и похолодание кистей и стоп, снижение диуреза, шумное дыхание, паузы в дыхании (дыхание Чейна–Стокса), иногда терминальное возбуждение. Эти признаки

обсуждают с семьёй, чтобы родные понимали происходящее.

Пересмотр лечения. Отменяют препараты, не влияющие на комфорт: статины, витамины, гипотензивные, сахароснижающие, слабительные. Оставляют обезболивание, противосудорожные, кортикостероиды, средства от тошноты, седативные при необходимости. Путь введения переводят на подкожный или внутривенный, если больной не глотает.

Заранее выписанные препараты. На случай ухудшения в карте должны быть назначены морфин для боли и одышки, мидазолам при возбуждении, галоперидол при делирии, гиосцин бутилбромид 20–40 мг подкожно при застойных хрипах, метоклопрамид при тошноте. Это позволяет медсестре действовать без задержки.

Уход в последние дни. Обязательны уход за полостью рта каждые 1–2 часа (влажные салфетки, вазелин на губы), протирание кожи, смена положения с учётом боли, уход за глазами, катетеризация при задержке мочи. Кормление и инфузионную терапию не навязывают: при умирании они не улучшают прогноз и могут усилить отёк и хрипы. Питьё предлагают по желанию малыми порциями.

Симптомы умирания. Боль купируют морфином с титрацией дозы; одышку — морфином и кислородом при гипоксемии, возвышенным положением, потоком воздуха от вентилятора; хрипы — гиосцином бутилбромидом, поворотом на бок; возбуждение — исключением боли, задержки мочи, переполнения кишечника, затем мидазоламом 2,5–5 мг подкожно. Никогда не назначают «водную нагрузку» и не оставляют пациента одного.

Терминальное возбуждение. Беспокойство в последние часы часто объясняется болью, переполненным мочевым пузырём, кашлем, страхом смерти. Сначала устраняют эти причины, обеспечивают тишину, приглушённый свет, присутствие близкого человека, говорят спокойным голосом. Если возбуждение сохраняется, применяют галоперидол 2,5–5 мг или мидазолам 2,5–5 мг подкожно; физическое ограничение применяют только как крайнюю меру и на минимальное время.

Последние часы. Дыхание становится редким и поверхностным с паузами, пульс нитевидным, кожа прохладной и мраморной, сознание угасает. В этот период прекращают измерение давления и ненужные процедуры, оставляют только уход и обезболивание, приглушают свет, не будят пациента ради приёма пищи.

Поддержка семьи и завершение. Родным объясняют каждый шаг, разрешают быть рядом, помогают проститься, дают возможность участия в уходе. После смерти обеспечивают достойное обращение с телом, оформление документов и соболезнование, а затем — сопровождение в горе. Фиксируют в карте время и обстоятельства смерти, проведённые мероприятия. Отдельно учитывают культурные и религиозные традиции семьи.

БИЛЕТ 3. Уровни помощи. Дети. Биологическая смерть

Вопрос 1. Кто и где оказывает паллиативную помощь

Определение и принцип организации. Паллиативная помощь — вид медицинской помощи, который оказывается по медицинским показаниям бесплатно в рамках гарантированного объёма, согласно Кодексу РК о здоровье народа и системе здравоохранения. Она строится по уровням: от кабинета в поликлинике до специализированного центра и хосписа, и может оказываться на дому, в стационаре и в дневном стационаре.

Первый уровень — первичная медико-санитарная помощь. В поликлинике работает кабинет паллиативной помощи, а участковый врач и медсестра ведут пациента на дому. Они выявляют нуждающихся, назначают обезболивание, обучают родственников уходу, оформляют направление на следующий уровень. Направление выдаёт врачебно-консультативная комиссия по заключению врача.

Второй уровень — отделение паллиативной помощи. Это койки в многопрофильной больнице или самостоятельное отделение для купирования тяжёлых симптомов, подбора обезболивания, ухода при невозможности обеспечить его дома.

Третий уровень — хоспис и центры паллиативной помощи. Хоспис — учреждение для пациентов с ограниченным прогнозом, где помощь направлена на качество жизни. Там есть круглосуточное наблюдение, процедурный кабинет, возможность перевода на инъекционные формы опиоидов.

Выездная служба и дневной стационар. Патронажная бригада приезжает на дом для осмотра, перевязок, коррекции схемы обезболивания, обучения родных; дневной стационар позволяет получать процедуры и наблюдение без круглосуточного пребывания.

Кто входит в команду. Врач паллиативной помощи, медицинская сестра, фельдшер, психолог, социальный работник, специалист по уходу, при необходимости — духовный служитель и волонтёры. Работает мультидисциплинарная модель: задачи распределены, план обсуждается на общем обходе, ведётся единая запись.

Особые группы. Дети получают помощь в педиатрических отделениях паллиативной помощи и на дому с участием педиатра; онкологические больные — по профилю; пациенты с ВИЧ, туберкулёзом, ХОБЛ, сердечной недостаточностью, деменцией и последствиями инсульта — по месту наблюдения. Отдельно организуют помощь лицам без определённого места жительства и одиноким.

Маршрут пациента. Пациент попадает в систему через участкового врача, онколога, инфекциониста или фтизиатра; далее врачебно-консультативная комиссия определяет уровень и вид помощи. Основание — неизлечимое прогрессирующее заболевание с ограниченным прогнозом и потребность в симптоматическом лечении и уходе. Паллиативный статус не лишает пациента права на диагностику и лечение по поводу других болезней.

Сельская местность и отдалённые районы. Там ведущую роль играет фельдшер и мобильная бригада; используют телемедицинские консультации, выезд специалистов районной больницы, обучение родственников по телефону и обеспечение запасом обезболивающих. Важно заранее решить, где пациент будет умирать, и обеспечить преемственность между стационаром и домом.

Что обеспечивает государство. Обезболивание, в том числе наркотическими средствами по рецепту, расходные материалы, питание в стационаре, психологическую и социальную поддержку. Родственникам объясняют порядок получения лекарств и льгот.

Вопрос 2. Дети: паллиативная помощь, симптоматическое лечение боли и судорог

Особенности детской паллиативной помощи. Помощь начинается с момента установления жизнеугрожающего диагноза и продолжается независимо от того, получает ли ребёнок лечение по поводу основного заболевания. Ребёнок растёт, поэтому дозы пересчитывают по массе тела и возрасту, а решение принимают с учётом согласия родителей и, по возможности, самого ребёнка. Родители входят в команду и получают обучение.

Оценка боли. Используют шкалы, соответствующие возрасту: у новорождённых и детей до трёх лет — по мимике, плачу, позе, движению; с четырёх лет — шкала лиц; у старших — числовая шкала. Оценивают боль в покое, при движении, при процедурах и после обезболивания.

Лёгкая и умеренная боль. Парацетамол 10–15 мг на килограмм до четырёх раз в сутки с интервалом не менее четырёх часов, не превышая суточную дозу; ибупрофен 5–10 мг на килограмм три-четыре раза в сутки после еды, с осторожностью при обезвоживании и болезнях почек. У детей до трёх месяцев и при весе менее пяти килограммов расчёт ведут особенно осторожно.

Сильная боль. Морфин внутрь в начальной дозе 0,2–0,5 мг на килограмм каждые четыре часа, при невозможности глотания — внутривенно или подкожно 0,05–0,1 мг на килограмм с титрацией; у новорождённых дозы ниже и интервалы длиннее. При нейропатической боли добавляют габапентин, амитриптилин применяют у детей старшего возраста.

Неопиоидные и адъюванты. При боли в костях — нестероидные противовоспалительные средства, при спазмах — спазмолитики, при тревоге — психологическая подготовка, при процедурах — местные анестетики и, по показаниям, седация.

Судороги. При остром приступе — диазепам 0,3–0,5 мг на килограмм ректально или внутривенно либо лоразепам 0,1 мг на килограмм; при затяжном приступе — повторное введение, затем фенитоин или леветирацетам внутривенно в условиях стационара. Обеспечивают проходимость дыхательных путей, кислород, защиту от травмы, фиксируют время приступа.

Хроническая противосудорожная терапия. Вальпроевая кислота 15–30 мг на килограмм в сутки в два приёма, леветирацетам 20–40 мг на килограмм в сутки, при необходимости карбамазепин или клобазам. Контролируют побочные эффекты, печёночные показатели и приверженность.

Другие симптомы. Тошноту купируют метоклопрамидом или ондансетроном в возрастных дозах, запор — лактулозой и достаточным питьём, зуд — антигистаминными, одышку — морфином в малых дозах и кислородом. Обязательны уход за кожей, питание по аппетиту и поддержка семьи.

Вопрос 3. Основные признаки биологической смерти

Разграничение состояний. Остановка дыхания и кровообращения — это клиническая смерть, при которой реанимация ещё возможна. Биологическая смерть — необратимая гибель организма, при которой реанимационные мероприятия бесполезны. Поэтому констатация смерти опирается на отсутствие пульса и дыхания и на достоверные признаки разрушения тканей.

Ранние ориентировочные признаки. Через 10–15 минут после остановки кровообращения появляется симптом Бельша, или «кошачий глаз»: при сдавлении глазного яблока зрачок приобретает овальную форму и не возвращается к круглой. Роговица высыхает и мутнеет, зрачки расширены и не реагируют на свет, роговичный рефлекс отсутствует, глазные яблоки мягкие.

Снижение температуры тела. Кожа холодеет, начиная с кистей, стоп и лица. В обычных условиях температура падает примерно на один градус Цельсия в час в первые часы, затем медленнее; на скорость влияют температура помещения, одежда, масса тела.

Трупные пятна. Возникают через 20–30 минут, а отчётливо видны через 1–2 часа после смерти. Это сине-багровые участки в нижележащих отделах тела из-за стекания крови. В первые 6–12 часов при надавливании они бледнеют и восстанавливают цвет, позже фиксируются. По их расположению судят о положении тела.

Трупное окоченение. Мышцы уплотняются и фиксируют позу. Первыми поражаются жевательные мышцы и мышцы лица через 1–3 часа, затем шея, туловище и конечности; полное развитие наступает к 12–24 часам. Разрешается окоченение через 24–48 часов в обратном порядке. В жарком помещении процессы ускоряются, в холодном замедляются.

Поздние и достоверные признаки. Трупное высыхание кожи и роговиц, пергаментные пятна, гниение с зеленоватым окрашиванием и трупным запахом, появление плесени и насекомых. Эти изменения необратимы и подтверждают смерть.

Что не является достоверным признаком. Отсутствие пульса, дыхания и реакции зрачков само по себе не доказывает биологическую смерть — это признаки клинической смерти. Нельзя опираться только на падение температуры или на бледность кожи. Диагноз биологической смерти правомочен лишь при сочетании ранних и поздних изменений.

Порядок констатации. Врач или фельдшер фиксирует отсутствие сознания, дыхания, пульса на сонных артериях, артериального давления, тонов сердца, регистрирует асистолию на электрокардиограмме в течение не менее 30 минут при нормальной температуре тела, оценивает зрачки и достоверные признаки. Время смерти заносят в медицинскую карту с указанием признаков, на основании которых она констатирована.

БИЛЕТ 4. Эвтаназия. Симптомы. Седация

Вопрос 1. Принципы медицинской этики: эвтаназия (в мире и в Казахстане), самоубийство

Определение эвтаназии. Эвтаназия — умышленное действие или отказ от лечения, целью которого является прекращение жизни страдающего пациента. Различают активную эвтаназию, когда вводят препарат, непосредственно вызывающий смерть, и пассивную, когда прекращают поддерживающее лечение; добровольную, по просьбе пациента, и недобровольную, когда решает кто-то другой. Этически и юридически это разные явления, но обе формы направлены на ускорение смерти.

Где легализована. В Европе активную эвтаназию разрешают Нидерланды, Бельгия и Люксембург, в Швейцарии легализована помощь в самоубийстве при участии организаций, в Канаде действует медицинская помощь в умирании, в Колумбии она разрешена судебной практикой, в отдельных штатах США и в Австралии допускается помощь в самоубийстве. Условия обычно строгие: неизлечимое заболевание, невыносимые страдания, повторная просьба, подтверждение второго врача.

Позиция Казахстана. Эвтаназия в стране запрещена. Кодекс РК о здоровье народа и системе здравоохранения её не допускает. Умышленное лишение жизни пациента, в том числе по его просьбе, квалифицируется как умышленное причинение смерти по Уголовному кодексу РК. Помощь в самоубийстве, склонение к нему и доведение до самоубийства также уголовно наказуемы. Медицинский работник обязан облегчать страдания, но не имеет права их прекращать ценой жизни.

Отказ от лечения — не эвтаназия. Пациент вправе отказаться от вмешательства или потребовать его прекращения, если он способен понимать последствия; это право закреплено в законодательстве. Такой отказ означает уважение автономии и не является убийством, если речь идёт о прекращении бесполезного лечения, смертельное средство при этом не вводится. Отказ от СЛР также относится к этой категории. При этом врач обязан предложить паллиативную альтернативу и не оставить больного без обезболивания и ухода.

Принципы этики. Уважение автономии, благодеяние, непричинение вреда, справедливость. Паллиативная помощь исходит из того, что смерть — естественный процесс, и её не ускоряют намеренно. Принцип двойного эффекта применяют к опиоидов: цель — облегчить боль; сокращение жизни не входит в задачу.

Самоубийство. Суицидальные мысли — симптом страдания, часто при депрессии, боли, страхе, одиночестве. О риске спрашивают прямо: такой вопрос безопасен и открывает возможность помощи. Оценивают план, средства, прошлые попытки, поддержку близких, признаки психоза. Не оставляют человека одного, убирают опасные предметы и лекарства, привлекают психолога и психиатра, при остром риске госпитализируют. После попытки — обязательное наблюдение. С семьёй говорят отдельно, объясняя, что чувство вины и гнев — нормальная реакция.

Вопрос 2. Лечение прочих симптомов: отёк, утомляемость, зуд

Отёки. При сердечной недостаточности назначают фуросемид 20–40 мг внутрь утром, при недостаточном эффекте дозу повышают, добавляют спиронолактон 25–50 мг. Нужны возвышенное положение ног, компрессионный трикотаж,

ограничение соли, уход за кожей и профилактика пролежней. При лимфедеме после операции или облучения применяют ручной лимфодренаж, многослойное бинтование, обучение родственников, при асците — по показаниям лапароцентез с эвакуацией жидкости для облегчения дыхания. При венозном сдавлении опухолью помогают возвышенное положение и кортикостероиды.

Отёк при поражении головного мозга. Перифокальный отёк уменьшают дексаметазоном 4–8 мг в сутки в несколько приёмов, при необходимости дозу повышают; эффект оценивают по неврологическому статусу через сутки. Одновременно проводят профилактику пролежней и тромбоза, контролируют уровень глюкозы и признаки желудочно-кишечного кровотечения.

Утомляемость. Это один из самых частых и недооценённых симптомов. Сначала исключают причины: анемию (при гемоглобине ниже 90 г/л обсуждают трансфузию), депрессию, бессонницу, боль, гипотиреоз, побочные эффекты лекарств. Помогают режим с чередованием нагрузки и отдыха, планирование дел на утро, поручение бытовых задач близким, лёгкая гимнастика. Из препаратов применяют дексаметазон 2–4 мг утром коротким курсом при онкологическом заболевании, метилфенидат 5–10 мг утром, при необходимости — модафинил. Кофеин в первой половине дня допустим. Интенсивность утомляемости оценивают по шкале от нуля до десяти и сравнивают в динамике.

Зуд. Начинают с ухода: тёплый душ без мыла, увлажняющие средства, хлопковое бельё, прохладный воздух, коротко остриженные ногти. При сухости кожи помогают эмоленты. Антигистаминные — лоратадин 10 мг или цетиризин 10 мг днём, гидроксизин 25 мг на ночь. При холестатическом зуде назначают холестирамин 4 г перед едой, при недостаточном эффекте — сертралин, миртазапин или дексаметазон. При зуде от опиоидов меняют препарат или снижают дозу, добавляют антигистаминное. При кандидозе кожи и складок — местные противогрибковые средства.

Общие правила. При возможности лечат причину симптома, иначе само проявление; дозы титруют; оценивают эффект через сутки и пересматривают схему; избегают полипрагмазии; объясняют пациенту, что часть симптомов реально уменьшить, и фиксируют результат в карте.

Частые спутники. Тошноту купируют метоклопрамидом 10 мг три раза в сутки или ондансетроном 4–8 мг, при механической причине — дексаметазоном. Запор от опиоидов предупреждают лактулозой 15–30 мл в сутки и бисакодилом 5–10 мг на ночь, при необходимости — клизмой. Эти симптомы почти всегда сопутствуют отёкам и слабости, поэтому их оценивают вместе.

Вопрос 3. Паллиативная седация и непрерывная паллиативная седация

Определение. Паллиативная седация — это контролируемое снижение уровня сознания с помощью лекарств для облегчения тяжёлого страдания, когда другие методы неэффективны. Она не является эвтаназией: цель — уменьшить страдание; прекращение жизни не входит в задачу, доза подбирается по эффекту и пропорциональна тяжести симптома.

Показания. Рефрактерная симптоматика: терминальный делирий с возбуждением и страхом, некупируемая одышка при прогрессирующей дыхательной недостаточности, неконтролируемая боль при непереносимости опиоидов,

массивное кровотечение, тяжёлая тошнота, судороги, не поддающиеся лечению. Рефрактерность фиксируют: симптом не отвечает на несколько последовательных корректных вмешательств и страдание пациента непереносимо.

Виды. Различают пропорциональную (поверхностную) седацию, при которой сознание снижают лишь настолько, насколько нужно, и глубокую седацию. По времени — перемежающуюся, когда препарат вводят на ночь или на период тяжёлого симптома, и непрерывную, когда седация поддерживается до смерти. Непрерывная паллиативная седация применяется в последние дни жизни при стойком рефрактерном страдании.

Согласие и документирование. Решение принимает врач вместе с пациентом, если тот способен, либо с его представителем и семьёй. Обсуждают цель, ожидаемый эффект, риск сокращения жизни, альтернативы. Согласие и обоснование фиксируют письменно в медицинской карте, указывают показание, препарат, дозу, цель, при необходимости собирают консилиум.

Препараты. Основной — мидазолам: начальная доза 0,5–1 мг в час подкожно или внутривенно с титрацией до достижения нужного уровня седации, при необходимости болюсно 2,5–5 мг. При делирии и возбуждении добавляют галоперидол 2,5–5 мг, при психомоторном возбуждении — левомепромазин 12,5–25 мг. При неэффективности мидазолама применяют фенобарбитал. Обязательно продолжают обезболивание, противосудорожные препараты и уход.

Мониторинг. Оценивают глубину седации по шкале (например, Ричмондская шкала ажитации и седации), частоту дыхания, насыщение кислородом, артериальное давление, диурез, состояние кожи и полости рта. Следят, чтобы седация не была глубже необходимой, контролируют боль по поведенческим признакам. Родным объясняют, что больной не голодает и не испытывает жажды в привычном смысле, обеспечивают уход за полостью рта и присутствие близких.

Отличие от эвтаназии. При седации не вводят препараты с целью прекращения жизни, не используют миорелаксанты, доза титруется по симптомам; ускорить смерть она не может. Если смерть наступает, её причиной считают основное заболевание.

БИЛЕТ 5. Детская паллиативная помощь: этика, госпитализация, работа с семьёй

Вопрос 1. Этические принципы детской паллиативной помощи: детское понимание смерти, подготовка к смерти родителя, сложные разговоры

Суть подхода. Детская паллиативная помощь — это активная всесторонняя помощь телу, психике и духу ребёнка с неизлечимым заболеванием. Она начинается с момента диагноза, идёт параллельно с лечением, направленным на излечение, и продолжается после смерти ребёнка как поддержка семьи в горе. Этическая рамка отличается от взрослой: решение принимают родители, а ребёнок участвует в меру своей зрелости.

Принципы. Главенство интересов ребёнка; уважение формирующейся автономии и получение согласия ребёнка по мере взросления; правдивость; пропорциональность, отказ от лечения, приносящего только страдания; неоставление; конфиденциальность с понятными ребёнку границами; семья как единица помощи; уважение культуры и веры; справедливость доступа.

Понимание смерти по возрастам.

- 0–2 года: понятия смерти нет. Ребёнок реагирует на разлуку, боль, голод, изменение режима и интонации. Нужны постоянное присутствие близкого, телесный контакт, знакомый голос, сохранение ритуалов кормления и сна.
- 3–5 лет: мышление магическое, смерть кажется обратимой, похожей на сон или отъезд. Ребёнок может думать, что причина — его плохие мысли или поведение. Объясняют буквально, коротко, повторяют несколько раз и обязательно снимают вину: «ты ни в чём не виноват».
- 6–9 лет: смерть понимается как окончательная и всеобщая, но «не для меня». Интересуют телесные подробности, смерть может представляться существом. Нужны конкретные честные ответы, разрешение спрашивать, игра и рисование для переработки переживаний.
- 10 лет и старше: понимание близко к взрослому — необратимость, универсальность, собственная смертность. Появляются вопросы о смысле, страх страданий и страх быть обузой. Подросток хочет контроля, участия в решениях, общения со сверстниками. Возможен «взаимный обман», когда ребёнок и родители скрывают чувства, чтобы защитить друг друга.

Сложные разговоры. Сначала выясняют, что ребёнок уже знает и хочет ли знать больше. Говорят в тихом месте, без спешки, на уровне глаз, короткими предложениями, с паузами и проверкой понимания. Без эвфемизмов: «ушёл», «уснул», «потеряли» ребёнок понимает буквально, поэтому говорят «умер», «его тело перестало работать». На прямой вопрос отвечают честно, признают «я не знаю», не обещают того, что нельзя выполнить. Надежду сохраняют, переформулировав её: из надежды на излечение — в надежду на комфорт, на время вместе, на исполнение желаний. Нельзя навязывать больше информации, чем ребёнок просит, и втягивать его во взрослые решения. Разговор планируют, повторяют, фиксируют в документации, привлекают психолога.

Подготовка к смерти родителя. Ребёнку сообщают правду по возрасту, заверяют, что о нём позаботятся и что болезнь родителя не его вина. Ему дают посильное

участие в уходе, если он сам этого хочет. Создают память: письма и открытки к будущим дням рождения, аудио- и видеозаписи голоса, альбом, коробку памяти, слепки рук. Помогают сказать главные слова: «я тебя люблю», «я горжусь тобой», «ты справишься». Обсуждают, кто будет заботиться, где ребёнок будет жить и учиться, потому что предсказуемость снижает страх. После смерти говорят прямо, дают возможность попрощаться и по желанию участвовать в похоронах, обеспечивают сопровождение горя. Смысл послания — «ты не забудешь и сможешь жить дальше с тёплыми воспоминаниями».

Вопрос 2. Показания к госпитализации в отделения паллиативной помощи

Что это за помощь. Отделение паллиативной помощи — это койки в многопрофильной больнице или хоспис, где круглосуточно оказывают помощь при неизлечимом прогрессирующем заболевании, когда возможностей поликлиники, дневного стационара и ухода на дому недостаточно. Госпитализация не отменяет наблюдение и не означает отказ от лечения: цель — контроль симптомов, уход и поддержка семьи.

Медицинские показания.

Социальные показания. Истощение семьи и выгорание ухаживающих, одинокий пациент, пожилой супруг, отсутствие ухаживающих. Неприспособленное жильё: нет воды, отопления, лифта, места для оборудования. Большое расстояние до службы, материальные трудности, конфликты и небезопасная обстановка в семье, необходимость защиты прав ребёнка, отсутствие документов и социальная дезадаптация.

Плановые основания. Госпитализация для подбора терапии, коррекции схемы, «передышки» для семьи на 7–14 дней, долечивания, решения социальных вопросов, оформления инвалидности и обеспечения техническими средствами реабилитации.

Когда отделение не показано. При необходимости интенсивной терапии и реанимации пациента госпитализируют в профильное отделение; при острой инфекции, требующей изоляции; при состояниях, требующих активного хирургического лечения; при отказе пациента от госпитализации.

Альтернативы. Кабинет паллиативной помощи в поликлинике, дневной стационар, выездная патронажная бригада, хоспис на дому, телемедицинские консультации и социальные службы. Решение принимают коллегиально, с учётом желания пациента и семьи, по направлению врача первичной помощи и в соответствии с правилами оказания паллиативной помощи, утверждёнными в рамках Кодекса РК о здоровье народа и системе здравоохранения.

Вопрос 3. Работа с семьёй

Семья как единица помощи. В паллиативе пациент и семья рассматриваются вместе: болезнь меняет жизнь всех, а родственники одновременно становятся объектом поддержки и главными исполнителями ухода. Задача команды — дать семье знания, ресурсы и уверенность.

Информирование с первого дня. Семье объясняют диагноз, прогноз в доступном объёме, план помощи и то, чего следует ожидать. Информация должна быть одинаковой у всех членов команды. Лучше проводить регулярные семейные встречи, чем передавать новости урывками. Пациенту оставляют право самому

решать, что и кому сообщать.

Контактное лицо. Выделяют одного представителя семьи — спикера, через которого передают информацию и который собирает вопросы. Это снижает искажения и конфликты. При этом важно проверять, совпадают ли желания родственников с волей самого пациента.

Обучение уходу. Родственников учат переворачивать больного каждые два часа, позиционировать, обрабатывать кожу и профилактировать пролежни, проводить гигиену полости рта, кормить при дисфагии (полусидя, медленно, загущёнными жидкостями), ухаживать за катетером, стомой, гастростомой, обрабатывать раны, оценивать боль и вводить препараты подкожно. Дают памятки, тренируют на манекене, разрешают задавать вопросы и ведут дневник симптомов и доз.

Управление ожиданиями. Семье честно говорят, что излечение невозможно, но подчёркивают: «мы не можем вылечить, но можем контролировать симптомы». Обсуждают цели, признаки ухудшения, что делать в кризис, к кому звонить. Ложные обещания разрушают доверие, а честность, наоборот, даёт ощущение опоры.

Передышка и доступность. Семье нужен отдых. Организуют плановую госпитализацию на 7–14 дней, помощь волонтёров и социальных служб. Работает принцип «звоните в любое время»: единый номер, дежурный врач, понятный алгоритм действий ночью.

Психологическая поддержка. Нормализуют чувства вины, гнева, амбивалентности, усталости. Слушают, не осуждают, отделяют потребности пациента от потребностей родственников. Выявляют риск осложнённого горя и направляют к психологу.

После смерти. Команда выражает соболезнование, звонит в первые дни, проводит беседу о переживании утраты, приглашает семью на встречу памяти и разбор опыта. Это помогает завершить отношения с командой и снижает риск патологического горя. Забота о семье — часть паллиативной помощи, а не дополнительная услуга.

БИЛЕТ 6. Неукоснительные принципы, духовные вопросы, нарушения пищеварения

Вопрос 1. Неукоснительные принципы паллиативной помощи

Откуда взялись принципы. В учебниках паллиативной медицины O'Toole и Macmillan их называют стержневыми, неукоснительными: отступление от них разрушает саму суть помощи, даже если технически всё сделано правильно.

Дополняющие требования. Мультидисциплинарность: врач, медсестра, психолог, социальный работник, духовный работник. Преемственность и неоставление. Информированное согласие и конфиденциальность. Справедливость и равный доступ. Профилактика выгорания команды. Документирование решений. Принципы не отменяют клинической дисциплины: назначения обосновывают, эффект и побочные действия контролируют, взаимодействие препаратов проверяют.

Практическое следствие. Принципы переводят в повседневную рутину: регулярная оценка симптомов по шкалам, пересмотр плана помощи, семейные встречи, фиксация воли пациента, отказ от бесполезных вмешательств, поддержка команды. Нарушение обсуждают на разборе, а не замалчивают. Эти принципы служат критерием качества: если помощь им противоречит, значит, она организована неверно.

Вопрос 2. Духовные вопросы паллиативной помощи

Религия и духовность — не одно и то же. Религия — это институт, доктрина, община и обряды. Духовность — личный поиск смысла, связи с собой, другими и трансцендентным, ценности, надежда, прощение. Человек может быть верующим без религии и религиозным без глубокой духовности; у атеиста тоже есть духовные потребности.

Почему это важно. Духовное страдание усиливает общий дискомфорт, депрессию, безнадёжность и желание ускорить смерть. Душевный покой улучшает качество жизни не меньше, чем обезболивание.

Типичные вопросы. Страх оставленности и боли, страх самого умирания и посмертной участи. Потеря смысла и вопрос «за что мне это». Вина, необходимость прощения, незавершённые отношения. Гнев на Бога, ощущение наказания. Тревога о будущем близких. Желание исповеди, причастия, последнего обряда. Иногда — суицидальные мысли как крайняя форма экзистенциального страдания.

Оценка. Используют инструменты SPIRIT (духовные убеждения, личная духовность, связь с общиной, ритуалы, влияние на помощь, планы на терминальный период) или FICA (вера, значимость, община, действия). Простые вопросы работают не хуже: «Что даёт вам силы?», «Есть ли вера или убеждения, важные сейчас?», «Хотите ли видеть священнослужителя?», «Какие ритуалы нам нужно уважать?». Спрашивают с разрешения, без оценки, фиксируют в документации.

Практика. По просьбе пациента приглашают священнослужителя любой конфессии, обеспечивают время, тишину и отдельную комнату. Поддерживают молитву, чтение Корана, Библии, Торы, исповедь, причастие, соборование. Соблюдают посты с медицинской поправкой: корректируют приём препаратов, гидратацию, контроль глюкозы. Уважают предметы культа, иконы, молитвенный коврик, направление молитвы, пищевые запреты. Помогают в приготовлении к смерти: омовение, кафан,

чтение священных текстов, приглашение близких. Отдельно уточняют отношение к надежде: человеку важно знать, на что он может опираться, даже если речь идёт только о спокойной ночи.

Границы. Не навязывать веру и не заниматься прозелитизмом. Проверять желание самого пациента и не подменять его волю решениями родственников. Если пациент не хочет говорить о вере, тему закрывают и возвращаются позже. Суицидальные мысли спрашивают прямо, без стигмы, и направляют к психиатру. Духовную помощь оказывает подготовленный член команды или капеллан; при его отсутствии — психолог или социальный работник, прошедший обучение.

Вопрос 3. Симптоматическое лечение нарушений пищеварения (сухость во рту, кандидоз, дисфагия, диспепсия)

Сухость во рту (ксеростомия). Причины: опиоиды, антихолинергические средства (амитриптилин, гиосцин), антидепрессанты, антигистаминные, диуретики, химиотерапия и лучевая терапия на область головы и шеи, ротовое дыхание, кислород, обезвоживание, кандидоз, диабет, тревога. Уход: частые орошения полости рта водой или содовым раствором, кубики льда, жевательная резинка без сахара, искусственная слюна в виде спрея или геля, бальзам для губ, увлажнитель воздуха. Лимонную палочку применяют осторожно, чтобы не повредить эмаль и слизистую. Отменяют или заменяют препараты, вызывающие сухость, лечат кандидоз. Умирающему проводят обработку рта каждые 1–2 часа влажным тампоном.

Кандидоз. Проявляется белыми наложениями, жжением, болью при глотании, заедами. Нистатин в суспензии 100 000 ЕД/мл по 1 мл 4 раза в день после еды, держат во рту. При распространённом процессе — флуконазол 100–200 мг в сутки 7–14 дней, при рефрактерности — итраконазол. Съёмный протез снимают на ночь, обрабатывают и замачивают в растворе хлоргексидина или миконазола. Нужны гигиена рта, санация и учёт факторов риска — диабета, иммунодефицита.

Дисфагия. Оценивают глотание, риск аспирации, покашливание и «влажный» голос, при необходимости привлекают логопеда. Кормят полусидя под углом 30–90 градусов, медленно, малыми порциями, мягкой и протёртой пищей, загущёнными жидкостями; не разговаривают во время еды, проводят гигиену рта до кормления. При недостаточном питании ставят назогастральный зонд на короткий срок, при длительной дисфагии — гастростому. В терминальной фазе насильно не кормят: обеспечивают комфортное кормление и объясняют семье, что снижение аппетита — часть умирания.

Диспепсия. Причины: гастрит, приём нестероидных противовоспалительных средств и глюкокортикоидов, гиперкальциемия, увеличение печени, асцит, запор, тревога. Назначают ингибиторы протонной помпы: омепразол 20–40 мг в сутки или пантопразол 40 мг. Альтернатива — блокаторы H2-рецепторов, например фамотидин 20–40 мг на ночь, и антациды после еды и на ночь. При замедленном опорожнении желудка добавляют домперидон 10 мг три раза в день до еды. Помогают дробное питание, отказ от жирного и острого, приподнятое положение после еды, отмена провоцирующих препаратов. Питание оценивают вместе с диетологом: рассчитывают потребность в энергии и белке, при невозможности адекватного приёма обсуждают энтеральное питание.

БИЛЕТ 7. Немедикаментозная помощь, духовное страдание, тошнота и запор

Вопрос 1. Немедикаментозные мероприятия для оказания паллиативной помощи

Роль метода. Немедикаментозные мероприятия — обязательная часть паллиативной помощи. Они уменьшают потребность в лекарствах, снижают тошноту, боль, тревогу, улучшают сон и дают человеку ощущение контроля. Их применяют вместе с медикаментами, вместо них не используют, и обязательно оценивают эффект.

Физические методы. Позиционирование и ортопедические подушки, противопролежневый матрас, повороты каждые два часа, уход за кожей и полостью рта. Физиотерапия: пассивные и активные движения, дыхательная гимнастика, дренаж положением, вертикализация. Массаж расслабляющий или лимфодренажный при лимфедеме, с осторожностью при тромбозе и распадающихся опухолях. ТЭНС при боли: электроды вокруг болезненной зоны, сеансы 30–60 минут, противопоказан при кардиостимуляторе. Тепло и холод: грелка, компресс, пузырь со льдом — с осторожностью при снижении чувствительности. Гидротерапия: тёплые ванны, контрастные процедуры. Акупрессура точки P6 при тошноте, рефлексотерапия. При одышке помогают поток воздуха от вентилятора или открытого окна, положение с приподнятым головным концом, дыхание через сложенные губы.

Психологические методы. Релаксация по Джекобсону, дыхательные техники с удлинённым выдохом, визуализация, медитация, гипноз. Когнитивно-поведенческие приёмы помогают переформулировать тревожные мысли. Арт-терапия, музыкотерапия с любимыми произведениями, библиотерапия, воспоминания о жизни, ведение дневника. Музыку подбирают по вкусу и биографии пациента, а не по шаблону; живое исполнение действует сильнее записи. Сеансы проводят коротко, по 15–30 минут, чтобы не утомлять.

Среда и питание. Тихая палата, мягкий свет, свежий воздух, знакомые вещи, фотографии, доступ близких и домашних животных. Дробное питание малыми порциями, обогащение блюд сливками, маслом, белковыми добавками, красивая подача, любимые продукты, отсутствие принуждения.

Обучение. Пациента и родственников учат технике кашля, дыхательным упражнениям, позиционированию, уходу за ртом, простой релаксации, использованию вспомогательных средств. Показывают, как безопасно перемещать больного, чтобы не навредить себе. Обучение снижает страх и беспомощность.

Духовные и культурные практики. Молитва, медитация, ритуалы, общение с природой, музыка, чтение. Всё это полезно, если не вредит и не заменяет лечение.

Ограничения. Методы подбирают индивидуально, с учётом доказательности и безопасности. Нельзя применять агрессивный массаж при тромбозе, интенсивное тепло при кровотечении, сомнительные «чудо-средства» вместо обезболивания. Эффект документируют и пересматривают.

Вопрос 2. Причины духовного страдания, религиозные нужды

Что такое духовное страдание. Это боль смысла: ощущение пустоты, брошенности, вины, утраты надежды, разрыв с Богом, собой и людьми. Оно не сводится к депрессии и не всегда снимается лекарствами. Духовное страдание усиливается к ночи и в тишине, поэтому спрашивать о нём нужно и при поступлении, и при каждом ухудшении. Надежда — не обязательно излечение: это может быть надежда на спокойствие, на встречу с близким, на завершение дел.

Причины.

- Потеря смысла и вопрос «почему я», ощущение наказания или несправедливости.
- Страх смерти, боли, самого процесса умирания, посмертной участи.
- Вина и стыд, непрощённые обиды, необходимость примирения, незавершённые дела.
- Утрата надежды и отчаяние, ощущение бессмысленности дальнейшего.
- Гнев на Бога, чувство оставленности Богом, кризис веры.
- Потеря ролей, независимости, достоинства, ощущение себя обузой.
- Изоляция, невозможность исполнять обряды, разрыв с общиной.
- Семейные конфликты, тревога за близких, страх за их будущее.
- Стигма при ВИЧ, раке, психическом заболевании, зависимостях.
- Языковой и культурный барьер, переезд, утрата привычной среды.
- Крайняя форма — суицидальные мысли и желание ускорить смерть.

Религиозные нужды. Доступ к священнослужителю своей конфессии, исповедь, причастие, соборование, последний обряд. Молитва, чтение священных текстов, молитвенный коврик, иконы, чётки, амулеты. Соблюдение постов, пищевых запретов (халяль, кошер), времени молитв, направления к Каабе. Ритуальное омовение, кафан, обряды погребения. Соблюдение субботы, праздников, запрета на переливание крови у некоторых конфессий. Желание паломничества. Потребность в уединении, скромности, однополом уходе.

Как выявлять и удовлетворять. Спрашивают прямо и без оценки, в спокойной обстановке, без спешки и лишних свидетелей, документируют, передают в смену. Обеспечивают помещение, время и тишину, приглашают священника по просьбе. Уважают предметы культа и запреты. Не навязывают веру, не спорят, не прозелитизируют. Обязательно проверяют волю самого пациента; воля родственников её не заменяет, и отделяют её от желаний семьи. При суицидальных мыслях спрашивают прямо, без стигмы, и привлекают психиатра. Духовную помощь оказывает капеллан или подготовленный психолог, а команда обеспечивает условия и уважение.

Вопрос 3. Симптоматическое лечение нарушений пищеварения (тошнота, рвота, запор, кишечная непроходимость)

Тошнота и рвота. Лечение подбирают по механизму. Центральная причина (химиотерапия, опиоиды, гиперкальциемия, повышение внутричерепного давления, токсины): галоперидол 0,5–1 мг два-три раза в день или 1,5–3 мг в сутки, при необходимости оланзапин 2,5–5 мг. Вестибулярная (укачивание, поражение лабиринта): циклизин 50 мг три раза в день, прометазин 12,5–25 мг, гиосциновый пластырь 1,5 мг каждые три дня. Желудочная стаза: метоклопрамид 10 мг три-четыре раза в день до еды или домперидон 10 мг три раза в день; при полной

непроходимости метоклопрамид противопоказан. Слизистая и серотониновая причина: ондансетрон 4–8 мг два-три раза в день. Повышение внутричерепного давления: дексаметазон 4–8 мг в сутки. Помогают дробное питание, исключение запахов, гигиена рта, имбирь, акупрессура. При рвоте лекарства переводят на подкожный путь, корректируют обезвоживание и ищут обратимую причину.

Запор. Опиоиды вызывают его почти всегда, поэтому слабительные назначают с первого дня, не дожидаясь задержки стула. Базовая схема — стимулятор плюс осмотическое средство: сенна 15–30 мг на ночь, бисакодил 5–10 мг, лактулоза 15–30 мл один-два раза в день или макрогол 1–3 пакета в сутки. Объёмные слабительные при плохом питании и обезвоживании не применяют. Если стула нет три дня, осматривают прямую кишку, исключают каловый завал, ставят глицериновую или бисакодиловую свечу, при необходимости — фосфатную клизму и размягчение пальцем. Нужны питьё, движение, туалет в привычное время, абдоминальный массаж.

Кишечная непроходимость. Оценивают уровень, полноту и причину: опухоль, спайки, возможность хирургического лечения или стента. При терминальной стадии выбирают консервативное ведение. Отменяют приём пищи, при выраженной рвоте кратковременно ставят назогастральный зонд, проводят подкожную гидратацию 1–1,5 л в сутки. Октреотид 100–200 мкг подкожно два-три раза в день уменьшает секрецию и рвоту. Дексаметазон 8–16 мг в сутки снижает отёк вокруг опухоли. Против тошноты — галоперидол или циклизин; метоклопрамид при полной непроходимости не применяют. Боль контролируют опиоидами подкожно, колики — гиосцином бутилбромидом 20 мг подкожно. Если страдание нестерпимо, обсуждают паллиативную седацию. Семье объясняют смысл отказа от зонда и операции в терминальной фазе.

БИЛЕТ 8. Организация паллиативной помощи, нарушения пищеварения, сообщение плохих новостей

Вопрос 1. Организация паллиативной помощи в РК, нормативно-правовые акты

Правовая основа. Паллиативная помощь в Казахстане — составная часть медицинской помощи. Её гарантирует Конституция РК в части охраны здоровья и Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения», где закреплены право пациента на облегчение боли и других тягостных симптомов, доступность паллиативной помощи при неизлечимом заболевании, запрет эвтаназии и обязанность врача информировать пациента о состоянии и прогнозе. Конкретные правила оказания, перечень состояний и категорий пациентов, штатные нормативы и стандарты утверждает уполномоченный орган в области здравоохранения; на их основе работают областные управления и медицинские организации. Финансирование идёт за счёт гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи и системы обязательного социального медицинского страхования.

Уровни помощи. Первый уровень — первичная медико-санитарная помощь: кабинеты паллиативной помощи в поликлиниках, участковые врачи и медсёстры, патронаж на дому. Они выявляют нуждающихся, ведут наблюдение, назначают обезболивание и уход. Второй уровень — стационарные паллиативные койки и отделения в многопрофильных больницах, хосписы и центры паллиативной помощи. Третий — областные и республиканские центры паллиативной помощи, которые ведут организационно-методическую работу, координируют маршрут пациента, обучают персонал и собирают статистику. Отдельно существует паллиативная помощь на дому силами мобильных выездных бригад в составе врача, медсестры, психолога и социального работника.

Маршрут пациента. Направляет участковый врач или врачебная комиссия после установления неизлечимого заболевания и определения потребности в паллиативной помощи. Учитывают желание пациента, возможности семьи и близость к дому. Пациент и семья вправе получить информацию о диагнозе, прогнозе, плане помощи и отказаться от любого вмешательства.

Категории пациентов и показания. Паллиативная помощь показана при злокачественных новообразованиях в некурабельной стадии, тяжёлой сердечной, дыхательной, почечной и печёночной недостаточности, прогрессирующих неврологических болезнях, последствиях инсульта, деменции, ВИЧ-инфекции в терминальной стадии. Критерии — неизлечимость, прогрессирование, высокая потребность в облегчении симптомов и уходе. Возраст не ограничивает: помощь оказывают и детям.

Документация. Ведётся медицинская карта, дневник наблюдения, лист оценки боли по визуально-аналоговой шкале, план ухода и обезболивания, фиксируется информированное согласие или отказ от реанимационных мероприятий. Обязательны преемственность между уровнями, обеспечение опиоидными анальгетиками по правилам их выписывания и хранения, обучение персонала навыкам общения и симптоматической терапии.

Контроль качества. Работа оценивается по доступности, охвату нуждающихся, полноте обезболивания, частоте пролежней и жалоб, обученности команды. Проводятся внутренние аудиты, разбор летальных исходов и удовлетворённости семьи.

Вопрос 2. Симптоматическое лечение нарушений пищеварения (тошнота, рвота, запор, кишечная непроходимость)

Тошнота и рвота. Причины: раздражение хеморецепторной триггерной зоны (уремия, гиперкальциемия, опиоиды, химиотерапия), повышение внутричерепного давления, вестибулярные расстройства, застой в желудке, парез, запор, тревога. Антиэметик подбирают по механизму. При застое в желудке и парезе — метоклопрамид 10–20 мг три-четыре раза в сутки за 30 минут до еды или домперидон 10 мг. При центральной тошноте — галоперидол 0,5–2 мг, прохлорперазин 5–10 мг, оланзапин 2,5–5 мг. При вестибулярной тошноте и при кишечной непроходимости — циклизин 50 мг или гиосцин. При химиотерапии и лучевой терапии — ондансетрон 4–8 мг. При повышении внутричерепного давления и сдавлении — дексаметазон 4–8 мг. Немедикаментозно помогают дробное питание, холодная пища, уход за полостью рта, устранение запахов, имбирь.

Запор. Один из самых частых симптомов на опиоидах, поэтому профилактику начинают одновременно с назначением анальгетика. Нужны достаточный питьевой режим, пищевые волокна при отсутствии непроходимости, движение в пределах возможного, привычка опорожняться в одно время. Слабительные: сенна 15–30 мг на ночь, бисакодил, лактулоза 15–30 мл, макрогол, докузат. Опиоидный запор требует сочетания стимулирующего и осмотического средства; при неэффективности применяют метилналтрексон 8–12 мг подкожно через день, ректальные свечи, масляную клизму, при необходимости ручное опорожнение.

Кишечная непроходимость. При неоперабельной опухоли и терминальном состоянии цель — снять мучительные симптомы; проходимость восстанавливают редко. Приём пищи ограничивают небольшими порциями или прекращают, при выраженной рвоте и обратимом характере ставят назогастральный зонд, в терминальной фазе его избегают. Гидратация умеренная, подкожно или внутривенно. Назначают октреотид 100–300 мкг в сутки подкожно, дексаметазон 4–8 мг, антиэметики (галоперидол, циклизин), спазмолитики (гиосцин бутилбромид 20–40 мг), обезболивание. Прокинетики при полной обструкции противопоказаны.

Оценка и профилактика. Каждый эпизод тошноты и рвоты уточняют по времени, связи с едой, лекарствами и стулом. Стул оценивают по частоте и характеру, при запоре пальпируют живот и при необходимости проводят пальцевое исследование. Профилактика запоров при опиоидах, раннее назначение антиэметиков при химиотерапии и дробное питание снижают потребность в экстренных вмешательствах.

Уход и наблюдение. Обязательны уход за полостью рта, смачивание губ, борьба с жаждой, контроль вздутия и болей, оценка эффекта каждые сутки. Семье объясняют, что отсутствие питания в терминальной фазе не мучает пациента и не является отказом от помощи.

Вопрос 3. Психологические аспекты: как сообщать плохие новости, надежда, работа с семьёй

Сообщение плохих новостей. Используют протокол SPIKES из шести шагов. Setting — подготовить место: тихая комната, без спешки, пациент сидит, рядом близкий человек, если он этого хочет. Perception — выяснить, что пациент уже знает и как понимает ситуацию. Invitation — спросить, сколько информации он готов услышать сейчас. Knowledge — сообщить простыми словами, короткими фразами, без латинских терминов, предупредив фразой «у меня плохие новости», и сделать паузу. Emotions — отреагировать на чувства: назвать эмоцию, дать молчание, не спорить и не утешать пустыми фразами. Strategy and summary — договориться о плане: что делаем дальше, какие симптомы контролируем, когда следующий разговор. Важно не отнимать надежду и не лгать.

Надежда. Надежда не равна выздоровлению. Применяют «зонды надежды»: уточняют, на что пациент надеется, и помогают найти реальные опоры — контроль боли и других симптомов, возможность дожить до важного события, сохранить ясность ума, примириться с близкими, умереть дома. Формулировка «ничего больше сделать нельзя» недопустима; правильнее сказать, что лечение самой болезни уже не поможет, но помощь остаётся и комфорт будет под контролем.

Работа с семьёй. Семья — часть пациента и одновременно объект помощи. Проводят семейную встречу, назначают одного контактного родственника, который передаёт остальным согласованную информацию; ведут единый список вопросов и ответов, чтобы родные не сбивали пациента противоречивыми сведениями. Обсуждают регламент визитов, участие в уходе, пределы возможного и признаки приближающейся смерти. Учитывают культурные и религиозные особенности, оценивают нагрузку на ухаживающих и риск их выгорания.

Особые ситуации. Иногда семья просит скрыть диагноз. Тогда выясняют мотивы, объясняют риски «заговора молчания» и договариваются, кто и что скажет пациенту. Если пациент прямо спрашивает, он имеет право на правдивый ответ. Детям в семье говорят правду простыми словами, без пугающих подробностей. Конфликты внутри семьи решают на общей встрече, а не через пациента.

Поддержка после утраты. После смерти пациента семье предлагают контакт психолога, звонок или встречу, помощь в оформлении документов. Скорбь близких — такая же часть паллиативной помощи, как и обезболивание.

БИЛЕТ 9. Модели горя, принципы обезболивания, асцит и желтуха

Вопрос 1. Модели переживания горя

Зачем нужны модели. Горе — естественная реакция на утрату; его течение разнообразно. Модели помогают понять, что происходит с человеком, не патологизировать его и вовремя заметить застревание.

Стадии Кюблер-Росс. Элизабет Кюблер-Росс описала пять стадий: отрицание, гнев, торг, депрессия, принятие. Модель хорошо объясняет первые реакции и удобна для обучения, но её часто понимают буквально как линейную последовательность. На практике люди возвращаются назад, перескакивают стадии, переживают несколько одновременно, поэтому жёсткая схема критикуется.

Задачи горя по Worden. Уильям Worden описал процесс через четыре задачи: принять реальность утраты, пережить боль потери, приспособиться к миру без умершего (к внешней жизни, к себе, к духовным смыслам) и эмоционально переместить умершего, чтобы продолжать жить. Модель гибкая, допускает возврат к нерешённой задаче и прямо подсказывает, где нужна помощь.

Фазовая модель Bowlby — Parkes. Джон Боулби и Колин Паркс описали фазы: оцепенение и шок, поиск и тоска, дезорганизация и отчаяние, восстановление. В основе лежит теория привязанности; модель хорошо объясняет тоску, поиск умершего и постепенную перестройку жизни.

Двойной процесс Stroebe и Schut. Маргарет Штроебе и Хенк Шут показали, что горюющий постоянно колеблется между ориентацией на утрату (плач, воспоминания, боль) и ориентацией на восстановление (бытовые дела, работа, новые роли). Чередование — признак нормы горевания. Модель удобна тем, что нормализует передышки и учитывает культуру.

Современные дополнения. Концепция продолжающихся связей говорит, что задача — сохранить связь с умершим в новой форме. Затяжное горе длится больше года и нарушает жизнь; к факторам риска относят внезапную смерть, потерю ребёнка, одиночество, психические расстройства, зависимость от умершего.

Сравнение моделей. Стадии Кюблер-Росс просты и узнаваемы, но плохо предсказывают течение. Модель Worden практична и пригодна для психотерапии. Bowlby — Parkes описывает естественную траекторию, но меньше говорит о вмешательстве. Двойной процесс лучше всего объясняет повседневные колебания и культурные различия.

Вывод для практики. Ни одна модель не обязательна для пациента. Специалист оценивает, как человек справляется, поддерживает его темп, не навязывает «правильное» горе и направляет к психотерапевту при застревании.

Вопрос 2. Принципы лекарственной терапии болевого синдрома

Оценка боли. Боль субъективна: «боль — это то, что пациент говорит о ней, и она есть тогда, когда он так говорит». Оценку проводят по визуально-аналоговой или числовой шкале от 0 до 10, у неспособных говорить — по поведенческим шкалам PAINAD, FLACC, по мимике, позе, стону. Определяют характер: ноцицептивная (соматическая, висцеральная) или нейропатическая (жжение, прострелы, аллодиния). Учитывают «общую боль» — физическую, психологическую,

социальную, духовную.

Три ступени ВОЗ. Первая — неопиоидные средства: парацетамол 500–1000 мг каждые 6 часов до 4 г в сутки, ибупрофен 400 мг три раза в сутки, диклофенак с защитой желудка. Вторая — слабые опиоиды: кодеин 30–60 мг, трамадол 50–100 мг каждые 4–6 часов, при необходимости с адъювантом. Третья — сильные опиоиды: морфин внутрь 2,5–5 мг каждые 4 часа с титрацией, оксикодон, фентанил трансдермально 25 или 50 мкг/ч, бупренорфин трансдермально.

Правила назначения. Обезболивание проводят «по часам», базовую дозу «по требованию» не дают, чтобы предупреждать боль. Дозу подбирают индивидуально, начиная низко у пожилых и при почечной недостаточности, и переоценивают каждые 24–72 часа. Прорывную боль снимают дополнительной дозой, равной примерно одной шестой суточной. При недостаточном эффекте или непереносимости проводят ротацию опиоидов.

Адъюванты. При нейропатической боли — габапентин от 300 мг в сутки с повышением до 1800 мг, прегабалин 75 мг два раза в сутки, амитриптилин 10–25 мг на ночь. При сдавлении и отёке — дексаметазон 4–8 мг. При мышечных спазмах — баклофен, при коликах — гиосцин бутилбромид. При костных метастазах применяют лучевую терапию и бисфосфонаты, например золедроновую кислоту 4 мг внутривенно.

Побочные эффекты. Запор профилактируют слабительными с первого дня, тошноту в первые дни снимают метоклопрамидом или галоперидолом, седацию оценивают и при необходимости снижают дозу. Риск угнетения дыхания при правильной титрации невелик; при передозировке вводят налоксон.

Ожидания. Цель — комфорт и приемлемая боль, а не обязательно ноль баллов. Пациента и семью обучают пользоваться шкалой, сообщать о боли и не бояться опиоидов.

Немедикаментозные методы. Лекарства дополняют лучевой терапией при локальной боли от метастазов, нервными блокадами, физиотерапией, массажем, теплом или холодом, дыхательными упражнениями, отвлечением и поддержкой психолога. Эти методы позволяют снизить дозу опиоидов и улучшают сон.

Вопрос 3. Симптоматическое лечение нарушений пищеварения (асцит, желтуха)

Асцит. Причины — портальная гипертензия при метастазах в печень или циррозе, перитонеальный карциноз, сердечная недостаточность, низкий альбумин. Симптомы: увеличение живота, одышка, раннее насыщение, тяжесть, ограничение подвижности. Ограничивают соль до 2–5 г в сутки, при гипонатриемии — жидкость. Диуретики: спиронолактон 100 мг и фуросемид 40 мг утром, дозы титруют под контролем массы тела, окружности живота, калия и креатинина. При напряжённом асците выполняют парацентез 2–4 л с возмещением альбумина 6–8 г на каждый литр удалённой жидкости; при рецидиве ставят постоянный дренаж. Ежедневно оценивают живот, вес, дыхание и следят за признаками спонтанного перитонита.

Осложнения асцита. Спонтанный бактериальный перитонит проявляется лихорадкой, болью и ухудшением состояния, требует антибиотиков. Большой живот ограничивает дыхание и движение, повышает риск пролежней и тромбоза, поэтому нужны возвышенное положение, смена позы и компрессия ног. Быстрое удаление большого объёма жидкости без альбумина опасно падением давления.

Желтуха. Чаще обструктивная — рак головки поджелудочной железы, холангиокарцинома, сдавление лимфоузлами. Проявления: желтушность, тёмная моча, обесцвеченный стул, кожный зуд, слабость, сонливость, склонность к кровотечениям. Если возможно, восстанавливают отток желчи эндоскопическим стентированием или чрескожным дренированием. Зуд уменьшают холестирамином 4 г два-три раза в сутки, рифампицином 150 мг, нальтрексоном 50 мг, антигистаминными средствами, урсодезоксихолевой кислотой; помогают уход за кожей, прохладные обтирания, коротко остриженные ногти.

Питание и поддержка. При желтухе и асците кормят дробно, маложирной пищей, при стеаторее добавляют ферменты поджелудочной железы. Следят за кровоточивостью, при необходимости назначают витамин K. Объясняют семье, что желтуха не заразна и не всегда означает близкую смерть, помогают справляться с запахом и изменением внешности. При зуде и бессоннице полезна седативная поддержка по показаниям.

Уход при желтухе. Кожа сухая и зудящая, поэтому используют мягкие моющие средства, увлажняющие кремы, прохладные компрессы и свободную одежду. Следят за цветом мочи и стула, за кровоточивостью дёсен и мест инъекций. Резкое ухудшение сознания, сонливость и запах изо рта могут указывать на печёночную недостаточность.

БИЛЕТ 10. Общие принципы симптоматической терапии, кахексия и непроходимость, дееспособность

Вопрос 1. Симптоматическое лечение: общие принципы и терапия боли

Что такое симптоматическое лечение. Это устранение или смягчение тягостных проявлений болезни, когда излечение невозможно. Цель — сохранить качество жизни, функцию и достоинство. Работа ведётся постоянно, включая последние дни.

Общие принципы. Сначала оценить симптом и его причину, затем лечить. Используют стандартизованные шкалы: боль — от 0 до 10, одышка, тошнота, слабость, тревога — по числовым или вербальным шкалам. Оценку повторяют регулярно, разовым осмотром не ограничиваются. Назначают «по часам», предупреждая появление симптома. Выбирают простой путь введения, чаще внутрь или подкожно. Один препарат по возможности закрывает несколько симптомов. Учитывают взаимодействия, функцию почек и печени, возраст. Фиксируют эффект и побочные явления в дневнике.

Мультидисциплинарность. Врач, медсестра, психолог, социальный работник и духовный помощник работают по единому плану. Пациента и семью включают в обсуждение целей помощи; важны уход за полостью рта, кожа, профилактика пролежней, питание, сон, общение.

Терапия боли. Боль оценивают по субъективному отчёту, у неговорящих — по поведению. Различают ноцицептивную и нейропатическую боль, учитывают «общую боль». Действуют по трём ступеням ВОЗ: неопиоидные средства (парацетамол до 4 г в сутки, ибупрофен 400 мг три раза в сутки), слабые опиоиды (трамадол 50–100 мг, кодеин), сильные опиоиды (морфин 2,5–5 мг каждые 4 часа с титрацией, фентанил трансдермально 25–50 мкг/ч). Добавляют адъюванты: габапентин, прегабалин, амитриптилин, дексаметазон. Немедикаментозно применяют лучевую терапию при метастазах, блокады, массаж, тепло, дыхательные упражнения.

Терминальная фаза. Отменяют препараты, не влияющие на комфорт, переводят лечение на подкожный путь, продолжают обезболивание и седацию по показаниям. При рефрактерных симптомах возможна паллиативная седация с соблюдением принципа двойного эффекта.

Этика и контроль. Решение принимают вместе с пациентом, при утрате дееспособности — в его лучших интересах. Эффект переоценивают каждые 24–72 часа, документируют.

Другие частые симптомы. При одышке помогают возвышенное положение, поток воздуха от вентилятора, кислород по показаниям и морфин в малых дозах. При делирии устраняют боль, задержку мочи и запор, назначают галоперидол 0,5–2 мг. Тревогу и депрессию ведут психолог и антидепрессанты, бессонницу — гигиена сна и короткие курсы снотворных.

Вопрос 2. Симптоматическое лечение нарушений пищеварения (кахексия, запор, неоперабельная кишечная непроходимость)

Кахексия. Это синдром с анорексией, потерей массы тела более 5 процентов, уменьшением мышц и воспалительной активностью. Она не равна голоду: в основе лежит метаболическая перестройка, поэтому обычное увеличение еды не помогает. Оценивают вес, индекс массы тела, силу кисти, объём питания. Сначала устраняют обратимые причины: боль, тошноту, запор, депрессию, молочницу, проблемы с зубами и протезами.

Питание при кахексии. Кормят дробно, 5–6 раз в день, малыми порциями, энергоёмкой и высокобелковой пищей, предлагают любимые блюда. Белок — 1,2–1,5 г на килограмм массы, если позволяют почки и общее состояние. Используют питательные смеси. Фармакологически возможны мегестрол 160–800 мг в сутки (риск тромбоза), дексаметазон 4–8 мг коротким курсом, оланзапин 2,5–5 мг, миртазапин 15–30 мг. Объём еды не форсируют: комфорт важнее цифр, искусственное питание применяют только при ясной пользе и согласии.

Запор. Профилактика обязательна при опиоидах. Нужны вода, волокна при отсутствии обструкции, движение, регулярная попытка опорожнения. Назначают сенну 15–30 мг на ночь, лактулозу 15–30 мл, макрогол, докузат; при опиоидном запоре сочетают стимулирующее и осмотическое средства. При неэффективности — метилналтрексон 8–12 мг подкожно, свечи, клизма, ручное опорожнение.

Неоперабельная кишечная непроходимость. Проявляется болями, рвотой, вздутием, отсутствием стула и газов. Цель — комфорт. Пищу уменьшают или отменяют, при выраженной рвоте и обратимом состоянии ставят зонд, в терминальной фазе его избегают. Гидратация умеренная, подкожно. Назначают октреотид 100–300 мкг в сутки, дексаметазон 4–8 мг, галоперидол или циклизин от тошноты, гиосцин бутилбромид 20–40 мг от спазмов, обезболивание. Прокинетики при полной обструкции не применяют. Семье объясняют смысл отказа от питания и зонда.

Оценка и этика. Питание оценивают по динамике веса, объёму съеденного, силе кисти и отёкам; взвешивание проводят регулярно. Искусственное питание при кахексии не всегда продлевает жизнь и может усиливать страдания, поэтому решение принимают вместе с пациентом, а при утрате дееспособности — в его интересах. Семье объясняют, что отказ от насильственного кормления не означает отказа от помощи и заботы, и предлагают другие способы поддержки. Такой подход снижает тревогу близких и предотвращает конфликты у постели.

Вопрос 3. Психическая дееспособность и принятие решений

Определение. Психическая дееспособность — способность понимать информацию, относящуюся к решению, и принимать его осознанно. Речь идёт о конкретном решении в конкретное время, без пожизненного ярлыка. Исходно действует презумпция дееспособности: человек считается способным, пока не доказано обратное.

Критерии оценки. Проверяют четыре способности: понять относящуюся к решению информацию, удержать её, взвесить варианты и последствия, сообщить решение. Оценивают понимание диагноза, пользы и рисков лечения, альтернатив, последствий отказа, включая смерть.

Колебания и причины утраты. Дееспособность временно снижают делирий, гипоксия, боль, опиоиды и седативные средства, депрессия, деменция, интоксикация. Оценивать лучше в ясное время суток, после обезболивания и

коррекции обратимых причин. Сложные случаи обсуждают с психиатром.

Принятие решений. В основе лежит автономия пациента. Он вправе согласиться, отказаться, выбрать место лечения и смерти. Информированное согласие требует добровольности, полноты информации и дееспособности. При утрате способности решение принимают в лучших интересах пациента, с участием семьи и команды, с учётом ранее высказанных пожеланий. В РК возможно оформление заранее выраженной воли, доверенности на медицинские решения и завещания; устные пожелания также учитывают. Оформление документов лучше не откладывать.

Документация и этика. Записывают, что и как оценивали, кто участвовал, какое решение принято и почему. Недопустимы патернализм, давление семьи и подмена воли пациента. Культурные и религиозные особенности уважают, но окончательное решение остаётся за дееспособным пациентом.

Особые группы. У несовершеннолетних решение принимают родители или опекуны с учётом мнения ребёнка. При психических расстройствах оценивают именно способность к данному решению, а не диагноз. В экстренной ситуации действуют в интересах сохранения жизни, но после стабилизации возвращаются к обсуждению с пациентом.

Планирование заранее. Заранее обсуждают реанимацию, искусственную вентиляцию, место смерти, обезболивание и паллиативную седацию. Разговор ведут спокойно, в присутствии близких, фиксируют в карте. Это снимает с семьи груз догадок и конфликтов в критический момент.

Роль семьи. Семья помогает понять ценности пациента, но не заменяет его волю. При разногласиях собирают семейную встречу, приглашают психолога и этический комитет, опираются на документы и ранее высказанные пожелания. Пожелания пациента, высказанные пока он дееспособен, полезно фиксировать письменно.

БИЛЕТ 11. Тяжёлая утрата. Одышка и кашель. Лекарства у детей

Вопрос 1. Переживание тяжёлой утраты: осложнённое горе, помощь после смерти

Что такое горе. Горе — естественная реакция на смерть близкого, включающая эмоциональные, телесные, когнитивные и социальные проявления. Выделяют фазы: оцепенение и отрицание, острую тоску и злость, дезорганизацию с чувством вины, затем постепенное принятие и восстановление. Нормальное горе волнообразно: периоды острой боли чередуются с относительным спокойствием, человек постепенно возвращается к жизни, сохраняя память об умершем.

Осложнённое горе. Говорят, когда реакция затягивается, приобретает необычную форму или нарушает функционирование. Хроническое горе не завершается месяцами и годами, человек застревает в тоске. Отложенное горе подавлено в момент утраты и проявляется позже, часто после другой потери. Искажённое, или маскированное, горе проявляется соматическими жалобами, злоупотреблением алкоголем, агрессией, рискованным поведением вместо явной печали. Тревожное горе идёт с паническими атаками, страхом за себя и других, бессонницей. Отдельно выделяют пролонгированное расстройство горя: стойкая тоска по умершему или поглощённость его образом с нарушением повседневного функционирования, сохраняющаяся более 12 месяцев у взрослых и более 6 месяцев у детей. Для скрининга используют опросники PG-13 и ICG.

Факторы риска. Смерть ребёнка, суицид близкого, недавний развод или разрыв, внезапная и насильственная смерть, множественные потери, отсутствие поддержки и изоляция, тяжёлое материальное положение, собственный психиатрический анамнез, зависимость, конфликтные отношения с умершим, чувство вины.

Помощь в первые часы и дни. Сообщение о смерти — медицинская задача, формальностью его не считают. Разговор ведут в отдельном помещении, спокойно, ясными словами, без эвфемизмов вроде «мы его потеряли»: «Ваш отец умер». Делают паузу, дают реакции состояться, отвечают на вопросы, не оставляют человека одного, уточняют, кто может приехать.

Беседа «время горя». Медработник или психолог выслушивает историю болезни и смерти, помогает назвать чувства и нормализует их: злость, вина, облегчение, страх — допустимые реакции. Нельзя убеждать «взять себя в руки», сравнивать с чужим горем, давать советы. Вопросы простые: что было самым трудным, что поддерживает, что хотелось бы сказать умершему.

Действия после смерти. Соблюдают ритуалы и религиозные традиции семьи, заранее спрашивают, что важно. Дают время побыть с умершим в палате, не торопят с выносом, предлагают помощь с обмыванием согласно традиции. Выражают соболезнования коротко и своими словами. Готовят медицинское свидетельство о смерти, объясняют порядок регистрации, контакты ритуальной службы, рассказывают о пособии на погребение и необходимых документах. Предупреждают, что острые реакции могут вернуться через недели и месяцы, оставляют телефон для связи.

Дальнейшая поддержка. Через одну-две недели уместен телефонный звонок, приглашение в группу поддержки. При пролонгированном горе эффективна психотерапия — когнитивно-поведенческая, терапия принятия и ответственности, работа с экспозицией. Медикаменты сами горе не лечат; СИОЗС (сертралин 25–50 мг) и короткий курс бензодиазепинов применяют только при выраженной депрессии или тревоге.

Вопрос 2. Симптоматическое лечение нарушений дыхания: одышка, кашель

Одышка. Это субъективное ощущение нехватки воздуха, которое не всегда совпадает с сатурацией. Сначала оценивают причину: анемия, плевральный выпот, пневмония или опухолевый инфильтрат, бронхоспазм, лимфангит, тромбоэмболия, сдавление дыхательных путей, асцит, тревога. Минимальное обследование — осмотр, частота дыхания, SpO2, аускультация, по возможности рентген или УЗИ. Обратимые причины лечат по существу.

Немедикаментозные меры. Создают поток воздуха: вентилятор на лицо, открытое окно. Пациента усаживают вертикально с наклоном вперёд и опорой на руки. Обучают дыханию с удлинённым выдохом и релаксации, охлаждают лицо прохладной тканью, обеспечивают присутствие близкого и простое объяснение происходящего. При нормальной сатурации эти меры часто эффективнее кислорода.

Опиоиды. Основа лечения. Морфин 2,5–5 мг внутрь каждые 4 часа, при невозможности глотать — 1–2,5 мг подкожно; у пожилых и при почечной недостаточности начинают с минимальной дозы и титруют по эффекту. Опиоиды уменьшают восприятие одышки, помимо анальгезии.

Кислород. Показан при гипоксемии: SpO2 ниже 90%, при хронической обструктивной болезни лёгких цель 88–92%. При нормальной сатурации кислород одышку не облегчает.

Бронходилататоры и стероиды. Сальбутамол 2,5–5 мг через небулайзер, ипратропия бромид 0,5 мг — при бронхоспазме и обструкции. Дексаметазон 8–16 мг в сутки применяют при лимфангите, компрессии опухолью, отёке вокруг опухоли; эффект оценивают через несколько дней.

Тревожный компонент. Диазепам 2–5 мг внутрь или лоразепам 0,5–1 мг; при панике — мидазолам 2,5–5 мг подкожно.

Выпот и анемия. При плевральном выпоте выполняют торакоцентез, при рецидиве обсуждают плевродез. При анемии с симптомами переливают эритроцитарную массу при гемоглобине ниже 70–80 г/л.

Кашель сухой. Назначают кодеин 15–30 мг три-четыре раза в сутки, морфин 2,5–5 мг на ночь, декстрометорфан; ингаляционный будесонид 400–800 мкг в сутки. При кашле на фоне ингибиторов АПФ препарат отменяют. Упорный кашель облегчает хлорпромазин 10–25 мг на ночь, габапентин.

Кашель влажный. Нужны ацетилцистеин 200 мг три раза в сутки или карбоцистеин 750 мг два-три раза, амброксол 30 мг три раза, ингаляции 0,9% раствора натрия хлорида, достаточное питьё. Помогают постуральный дренаж, обучение эффективному откашливанию, аспирация отделяемого. При кровохарканье применяют транексамовую кислоту, обсуждают лучевую терапию.

Вопрос 3. Назначение лекарственных средств детям

Дозирование по массе и площади тела. Детские дозы рассчитывают на килограмм массы или на квадратный метр поверхности тела, а не «половину взрослой таблетки». Обязательны взвешивание и запись веса в историю болезни; при изменении веса дозу пересчитывают. Верхний предел — взрослая доза.

Возрастные особенности. У новорождённых больше воды и меньше жира, незрелые печень и почки, ниже связывание с белками, выше проницаемость гематоэнцефалического барьера, поэтому дозы ниже, а интервалы длиннее. Дети от года до полового созревания метаболизируют многие препараты быстрее, и доза на килограмм может быть выше взрослой. Подростков лечат как взрослых с учётом массы.

Формы и путь введения. Используют суспензии, растворы, капли, диспергируемые и ректальные формы. Не делят обычную таблетку, если нет риски, и не измельчают таблетки с оболочкой, меняющей всасывание. Дозу отмеряют шприцем-дозатором, а не чайной ложкой.

Расчёт и контроль. Дозу сверяют со справочником и максимальной суточной дозой. Двойной контроль обязателен для наркотических средств, противоэпилептических препаратов, цитостатиков и инсулина. Внимательно проверяют десятичные запятые и единицы: миллиграммы и миллилитры легко перепутать.

Частые препараты. Парацетамол 10–15 мг/кг каждые 4–6 часов, не более 60 мг/кг в сутки. Ибупрофен 5–10 мг/кг каждые 6–8 часов после еды. Амоксициллин 25–50 мг/кг в сутки в два-три приёма. Опиоиды только по показаниям и с титрацией: морфин 0,05–0,1 мг/кг внутрь каждые 4 часа.

Типичные ошибки. Путаница миллиграммов и миллилитров, лишний ноль, «ложка» вместо шприца, отсутствие веса, назначение без учёта функции почек и печени, дублирование парацетамола в разных сиропах. Опасно переводить взрослую схему «на глаз».

Обучение родителей. Дают письменную схему: название, доза в миллилитрах, кратность, время приёма, максимальная суточная доза. Показывают, как набирать лекарство, объясняют признаки передозировки и когда обращаться за помощью.

Дети в паллиативе. Дозы титруют по эффекту, часть назначений делается вне инструкции с согласия родителей; приоритет — комфорт. Опиоиды при боли применяют без необоснованного страха, но всегда с профилактикой запора и оценкой дыхания.

БИЛЕТ 12. Права пациента. Комфорт в конце жизни. Дети

Вопрос 1. Права неизлечимого пациента

Право на паллиативную помощь. В Казахстане паллиативная помощь входит в гарантированный объём бесплатной медицинской помощи и регулируется Кодексом о здоровье народа и системе здравоохранения, а также правилами оказания паллиативной помощи. Пациент имеет право на доступную помощь в стационаре, хосписе, поликлинике и на дому, на обезболивание и уход независимо от возраста, диагноза и места жительства.

Право на обезболивание. Боль должна облегчаться своевременно и в достаточном объёме, включая наркотические средства. Ограничения, связанные с учётом и выпиской рецептов, не должны превращаться в отказ от обезболивания. Пациент вправе получить информацию о рисках и альтернативах и не должен страдать из-за опасений врача по поводу зависимости.

Право на информацию. Пациент получает сведения о диагнозе, прогнозе, методах лечения и их последствиях в том объёме, который он хочет. Признаётся право не знать тяжёлый прогноз. Если пациент не способен воспринимать информацию, её сообщают законному представителю с учётом воли пациента.

Право на отказ от реанимации. Пациент или его законный представитель может заранее заявить, что при остановке сердца и дыхания реанимационные мероприятия не проводятся. Решение оформляют документально, обсуждают с врачом и пересматривают, если желание изменилось. Отказ от реанимации не отменяет обезболивание, уход и вызов врача при ухудшении состояния.

Право на выбор места помощи. Помощь можно получать дома, в хосписе или в отделении паллиативной помощи. При выборе дома оговаривают объём помощи, визиты медсестры и врача, обеспечение кислородом, лекарствами и средствами ухода.

Право на участие в решениях. Любое вмешательство проводится после информированного добровольного согласия. Пациент может отказаться от лечения, реанимационных мероприятий, искусственного питания, госпитализации и выбрать место смерти. Отказ фиксируют в документах, он не должен ухудшать уход и обезболивание.

Право на достоинство и приватность. Гарантируются уважительное обращение, сохранение тайны, уход с учётом стыда и телесной неприкосновенности, присутствие близких, возможность соблюдать религиозные обряды. Медицинская тайна сохраняется и после смерти пациента.

Право на поддержку. Пациент вправе на психологическую, социальную и духовную помощь, встречу со священнослужителем, помощь социального работника в оформлении документов и льгот.

Права детей и недееспособных. Решения принимают родители или опекуны, но мнение ребёнка учитывают по возрасту. При конфликте интересов подключают органы опеки и этический комитет.

Право на документы и второе мнение. Пациент может получать выписки и заключения, обращаться за консультацией в другое учреждение.

Обязанности медработника. Разъяснить права, не оставить без помощи, обеспечить уход и обезболивание, соблюдать этику. Ограничение прав допустимо только по закону и не может быть наказанием за отказ от лечения.

Вопрос 2. Меры, направленные на сохранение комфорта в конце жизни

Смысл комфорта. В конце жизни цель меняется: важно сохранить качество каждого дня. Комфортный уход включает физический, психологический, социальный и духовный комфорт и строится вокруг желаний пациента.

Оценка и план. Ежедневно оценивают боль, одышку, тошноту, тревогу, сон, состояние кожи и полости рта, степень самостоятельности. План ухода записывают и пересматривают при изменениях. Пациента и семью спрашивают, что для них важнее всего сегодня, и строят день вокруг этого, отделения и процедуры — на втором плане.

Положение и кожа. Подбирают подушки под голову, плечи, поясницу и колени, используют противопролежневый матрас, меняют положение каждые два часа. Кожу осматривают ежедневно, очищают без агрессивных средств, увлажняют, защищают зоны риска. При недержании применяют впитывающие средства и своевременную смену.

Полость рта и глаза. Рот обрабатывают каждые два-четыре часа, увлажняют, снимают сухость искусственной слюной, при кандидозе назначают нистатин. Губы смазывают, глаза промывают и увлажняют каплями, при неполном смыкании защищают.

Питание и питьё. Не кормят насильно. Предлагают небольшие порции любимой еды, прохладные напитки, лёд для смачивания рта. При дисфагии учитывают риск аспирации, но приоритет — удовольствие и комфорт, а не объём съеденного.

Симптомы. Боль обезболивают регулярно, по часам, без режима «по требованию». Одышку облегчают потоком воздуха, положением, морфином. Тошноту, запор, зуд, бессонницу лечат по стандартным схемам. Оценивают состояние несколько раз в день.

Сон и режим. Сохраняют привычный ритм, днём дают тишину и возможность отдохнуть, ночью приглушают свет и шум. Снотворные применяют осторожно, начиная с малых доз.

Среда. Прохладный или тёплый воздух по желанию, отсутствие резких запахов, тихая музыка, любимые вещи, фотографии, мягкий свет. Шум и суета утомляют.

Психологический комфорт. Спрашивают: «Что для вас важно сегодня?». Дают возможность говорить о страхах, о незавершённых делах, о прощании. Не лгут и не навязывают прогноз. Поддерживают надежду в реалистичной форме.

Духовные потребности. Обеспечивают молитву, обряды, присутствие священнослужителя, чтение, тишину. Уважают любые убеждения.

Семья. Близких обучают простому уходу, дают возможность быть рядом, не выгоняют из палаты. После смерти оставляют время для прощания. Комфорт пациента невозможен без спокойствия семьи.

Документация и преемственность. В плане ухода фиксируют пожелания пациента, согласованный объём помощи, назначенные препараты и их дозы, порядок

действий при ухудшении. Это защищает от ненужных госпитализаций и сохраняет преемственность между сменой, поликлиникой и хосписом.

Вопрос 3. Дети, симптоматическое лечение

Оценка симптомов. Дети часто не жалуются и не локализуют боль. Ориентируются на поведение, мимику, плач, позу, отказ от еды, нарушения сна, а также на слова родителей. Используют шкалы Wong-Baker, FLACC, поведенческие опросники. Оценку повторяют после каждого вмешательства.

Боль. Парацетамол 10–15 мг/кг каждые 4–6 часов, не более 60 мг/кг в сутки. Ибупрофен 5–10 мг/кг каждые 6–8 часов. При сильной боли — морфин 0,05–0,1 мг/кг внутрь каждые 4 часа с титрацией по эффекту; при невозможности глотать применяют подкожный или внутривенный путь. Дозу подбирает врач, ориентируясь на реакцию и побочные эффекты.

Тошнота и рвота. Ондансетрон 0,1–0,15 мг/кг, обычно до 4–8 мг, внутрь или внутривенно. Метоклопрамид 0,1–0,15 мг/кг до трёх раз в сутки, не более 0,5 мг/кг в сутки. При непроходимости добавляют дексаметазон, при тревоге — бензодиазепин.

Запор. Профилактика обязательна при опиоидах. Лактулоза 0,5–1 мл/кг в сутки, макрогол 0,5 г/кг в сутки, достаточное питьё, движение, массаж живота. При неэффективности — клизма по назначению врача.

Тревога и бессонница. Мидазолам 0,25–0,5 мг/кг внутрь перед процедурой или на ночь, диазепам по возрасту. Важны присутствие родителя, привычная игрушка, спокойный голос, объяснение процедуры.

Судороги. Диазепам 0,3–0,5 мг/кг ректально или внутривенно, клоназепам 0,01–0,03 мг/кг, леветирацетам 10–20 мг/кг. Обеспечивают проходимость дыхательных путей, кислород, безопасное положение.

Одышка. Морфин 0,05–0,1 мг/кг внутрь каждые 4 часа с титрацией, поток воздуха, вертикальное положение, кислород при гипоксемии. Дозы согласуют с врачом, следят за частотой дыхания.

Другие симптомы. Зуд облегчают антигистаминными, слюнотечение — гиосцином, лихорадку — парацетамолом, кровотечение — транексамовой кислотой. При зуде и желтухе помогает дексаметазон.

Процедурная боль и страх. Перед инъекцией, пункцией и перевязкой дают обезболивающее заранее, применяют местные анестетики (лидокаин 2–4 мг/кг), отвлекают и объясняют происходящее. При выраженном страхе добавляют мидазолам. Присутствие родителя уменьшает тревогу.

Побочные эффекты опиоидов. Следят за частотой дыхания, сонливостью, зудом, тошнотой и запором. При угнетении дыхания уменьшают дозу, при необходимости применяют налоксон в малой дозе; запор профилактируют с первого дня.

Принципы. Дозы титруют по эффекту, часть препаратов применяют вне инструкции с согласия родителей. Приоритет — комфорт и безопасность, а не формальное соблюдение взрослых схем.

БИЛЕТ 13. Психические нарушения. Прекращение интенсивной терапии у детей. Прочие симптомы

Вопрос 1. Симптоматическое лечение психических нарушений (тревога, панические атаки, депрессия)

Сначала исключить соматику. Тревога и депрессия у неизлечимого больного часто вторичны. Нужно проверить боль, гипоксию, делирий, гиперкальциемию, электролитные нарушения, побочные эффекты стероидов, отмену алкоголя или бензодиазепинов. Скрининг проводят по HADS, GAD-7, PHQ-9; суицидальные мысли оценивают прямо и без стеснения.

Тревога. Немедикаментозно помогают КПТ, релаксация, дыхательные упражнения, структурированный день, присутствие близких, уменьшение шума. Бензодиазепины назначают коротким курсом: диазепам 2–5 мг, лоразепам 0,5–1 мг; при терминальной тревоге — мидазолам 2,5–5 мг подкожно. СИОЗС (сертралин 25–50 мг, эсциталопрам 5–10 мг) начинают с низкой дозы, эффект появляется через 2–4 недели.

Панические атаки. Это внезапный пик страха с сердцебиением, нехваткой воздуха, дрожью, ощущением смерти. Важно исключить тромбоэмболию, аритмию, гипогликемию. В момент приступа называют состояние, замедляют дыхание (вдох на четыре счёта, выдох на шесть), обеспечивают покой и присутствие. Медикаментозно — бензодиазепин. Долгосрочно работают КПТ и СИОЗС; пропранолол 10–20 мг за час до пугающей ситуации может уменьшить телесные проявления.

Депрессия. Отличают от горя по стойкой ангедонии, чувству вины, бесполезности, нарушениям сна и аппетита более двух недель, мыслям о смерти. Применяют СИОЗС, миртазапин 15–30 мг на ночь при бессоннице и потере веса, психостимулятор метилфенидат 5–10 мг утром при апатии и коротком прогнозе. Психотерапия и духовная поддержка не менее важны, чем таблетки.

Отличие горя от депрессии. Горе волнообразно, способность радоваться сохраняется, самооценка не страдает, мысли о смерти обычно связаны с умершим. Депрессия даёт стойкую ангедонию, обесценивание себя, вину и активные суицидальные планы. Ошибка в сторону «это просто горе» оставляет пациента без лечения.

Осторожность с препаратами. Бензодиазепины у пожилых усиливают спутанность и падения, поэтому их дают малыми дозами и недолго. СИОЗС требуют контроля электролитов и лекарственных взаимодействий, трициклические антидепрессанты при нарушениях сердечного ритма избегают.

Делирий. Спутанность, флуктуации, галлюцинации требуют поиска причины: инфекция, задержка мочи, запор, обезвоживание, препараты. Галоперидол 0,5–1 мг или кветиапин 25 мг применяют осторожно, при необходимости повторяют. Нейролептики не заменяют устранение причины.

Суицидальный риск. Прямой вопрос не повышает риск. При активных мыслях нужны наблюдение, безопасная среда, срочная консультация психиатра, при согласии — медикаментозная поддержка.

Итог. Лечение строится на сочетании разговора, психотерапии и малых доз препаратов с регулярной переоценкой. Цель — уменьшить страдание; изменение

личности не входит в задачу.

Вопрос 2. Прекращение интенсивной терапии у детей

Что это означает. Прекращение поддерживающей жизнь терапии — решение не начинать или прекратить искусственную вентиляцию лёгких, вазопрессоры, диализ, когда лечение не приносит пользы и продлевает страдание. Это не эвтаназия: смерть не ускоряют, естественному течению не мешают и обеспечивают комфорт.

Основания. Футильность лечения, необратимое повреждение головного мозга, прогрессирующее неизлечимое заболевание, непереносимые страдания, оценка качества жизни. Решение принимают коллегиально, единоличного решения избегают.

Испытание временем. Если польза сомнительна, назначают ограниченный по времени курс интенсивной терапии с заранее определёнными критериями улучшения. Если через оговорённый срок эффекта нет, возвращаются к разговору о прекращении. Такой подход снижает импульсивность решения и помогает родителям видеть логику происходящего.

Порядок. Собирают консилиум с участием лечащего врача, реаниматолога, заведующего отделением, при необходимости — этического комитета. С родителями говорят ясно и без жаргона: «Лечение не может вылечить болезнь. Мы можем обеспечить сыну комфорт и не продлевать страдания». Обсуждают прогноз, возможные сценарии, мнение ребёнка по возрасту. Получают информированное согласие и фиксируют его в документах. При разногласиях привлекают этический комитет и юриста, но не оставляют ребёнка без паллиативной помощи.

Технические детали. Заранее решают, будет ли экстубация или постепенное снижение параметров вентиляции. Вазопрессоры и диализ отменяют, мониторинг сокращают до необходимого. Обеспечивают проходимость дыхательных путей, санацию, положение для комфорта.

Комфорт в момент отключения. Дыхательный дистресс облегчают морфином 0,05–0,1 мг/кг, при тревоге — мидазоламом 0,05–0,1 мг/кг; дозы титруют по эффекту и повторяют. Обезболивание и седация направлены на симптомы; ускорения смерти здесь нет. Родителям объясняют, что может произойти, и дают возможность быть рядом, держать за руку, говорить.

После смерти. Дают время проститься, не торопят. Поддерживают семью, объясняют произошедшее простыми словами, предлагают психолога. Оформляют документы, при необходимости обсуждают аутопсию и донорство. Напоминают о пособии и праве на поддержку.

Культура и религия. Заранее уточняют, какие обряды важны семье, кто может находиться у постели, как относиться к телу после смерти. Уважение традиций не удлиняет страдания и не меняет медицинскую суть решения, но помогает семье пережить утрату.

Профилактика страданий персонала. Разбор случая, дебрифинг, супервизия помогают команде пережить решение и не нести чувство вины.

Вопрос 3. Лечение прочих симптомов (повышение утомляемости, отёк, лимфадема)

Утомляемость. Это стойкое ощущение нехватки сил, не проходящее после отдыха. Сначала ищут причины: анемия, депрессия, бессонница, боль, гипотиреоз, гиперкальциемия, побочные действия опиоидов, стероидов, антидепрессантов. Немедикаментозно помогают планирование дня, чередование нагрузки и отдыха, дневной сон не более 30 минут, лёгкая ходьба, достаточное питание и питьё.

Практические приёмы. Важные дела переносят на утро, между ними делают паузы, в душе пользуются стулом, часть домашних обязанностей делегируют близким. Дневник активности показывает, что истощает сильнее всего, и помогает перестроить день без лишнего напряжения.

Медикаментозная коррекция утомляемости. Лечат анемию: железо, витамин B12, фолиевая кислота, при гемоглобине ниже 100 г/л и симптомах обсуждают эритропоэтин. Психостимуляторы применяют коротким курсом: метилфенидат 5–10 мг утром и в обед, модафинил 100–200 мг утром. Дексаметазон 2–4 мг утром даёт кратковременный подъём сил. При анорексии и кахексии — мегестрол 160 мг в сутки.

Отёк. Причины: лимфостаз, сердечная недостаточность, гипоальбуминемия, венозная недостаточность, лекарства. Немедикаментозно — возвышенное положение конечности, компрессия, уход за кожей, ограничение соли. Диуретики (фуросемид 20–40 мг) помогают при кардиальном и почечном отёке; при лимфедеме они неэффективны и могут навредить.

Оценка отёка. Осматривают обе конечности, измеряют окружность на одинаковых уровнях, проверяют ямку при нажатии, цвет и температуру кожи, пульсацию. Отмечают симметричность и динамику. Это помогает отличить лимфедему от сердечного или венозного отёка и выбрать лечение.

Лимфедема. Это накопление жидкости и фиброз из-за нарушения оттока лимфы. Выделяют стадии: скрытая, обратимая с ямкой при нажатии, необратимая с фиброзом, слоновость. Лечение — комплексная деконгестивная терапия: ручной лимфодренаж, многослойное бинтование, компрессионный трикотаж, лечебная гимнастика, тщательный уход за кожей.

Профилактика инфекции. Кожа должна быть чистой и увлажнённой, обувь — удобной, повреждения обрабатывают сразу. При рожистом воспалении назначают флуклоксациллин 500 мг четыре раза в сутки, при целлюлите — антибиотики широкого спектра. Инфекция ухудшает лимфедему, поэтому её лечат активно.

Дополнительно. При лимфедеме применяют пневмокомпрессию, при выраженных стадиях обсуждают хирургическое лечение. Важно объяснить пациенту, что компрессия и движение — постоянная часть терапии, разового сеанса недостаточно. Оценку отёка проводят регулярно, измеряя окружность конечности.

БИЛЕТ 14. Лечение боли, психические нарушения, духовные нужды

Вопрос 1. Симптоматическое лечение боли: анальгетики, адъювантная терапия, реалистические ожидания

Определение и принцип ступеней. Хроническая боль при неизлечимой болезни всегда включает ноцицепцию и страдание, поэтому её лечат по трёхступенчатой схеме ВОЗ, подбирая препарат по интенсивности. Оценку проводят регулярно, по шкале от 0 до 10, с учётом характера боли: ноцицептивная (соматическая, висцеральная) или нейропатическая. Лечение начинают с простых анальгетиков, при недостаточном эффекте переходят на слабые опиоиды, затем на сильные.

Первая ступень. Парацетамол 500–1000 мг до 4 г в сутки. Нестероидные противовоспалительные средства: ибупрофен 400 мг три раза в сутки, диклофенак 50 мг два-три раза, напроксен 250–500 мг два раза. При их приёме обязательна защита желудка (омепразол 20 мг), контроль креатинина, артериального давления, признаков кровотечения; у пожилых и при почечной недостаточности НПВС применяют осторожно.

Вторая ступень. Трамадол 50–100 мг каждые 4–6 часов, не более 400 мг в сутки, или комбинации кодеина с парацетамолом. Трамадол эффективен при умеренной боли, но у части больных вызывает тошноту и головокружение, поэтому дозу наращивают постепенно.

Третья ступень. Морфин внутрь начинают с 2,5–5 мг каждые 4 часа (или 10 мг пролонгированной формы два раза в сутки). Титрация — повышение суточной дозы на 50 % при сохранении боли. Доза прорывной боли — одна шестая суточной. Альтернативы: оксикодон, гидроморфон, при стабильной боли — фентанил трансдермально. Предпочтителен пероральный путь, при невозможности глотания — подкожное введение.

Адъювантная терапия. При нейропатической боли — габапентин 300–1800 мг в сутки или прегабалин 75–300 мг, амитриптилин 10–25 мг на ночь, дулоксетин. При компрессии нерва или повышении внутричерепного давления — дексаметазон 4–8 мг в сутки. При висцеральной боли — спазмолитики, например гиосцина бутилбромид 20 мг три раза в сутки, при умеренной боли трамадол. При костной боли — НПВС, бисфосфонаты (золедроновая кислота), лучевая терапия, кальций и витамин D. При мышечном спазме — баклофен 5–10 мг.

Реалистические ожидания. Полное исчезновение боли не обязательно. Цель — уровень не выше 3 баллов по шкале, приемлемый для пациента. Следует заранее объяснить, что иногда боль удаётся уменьшить лишь частично. Предупреждают о побочных эффектах: запор (обязательна профилактика слабительными — сенна, лактулоза), тошнота в первые дни (метоклопрамид), сонливость 3–4 дня, затем адаптация. Толерантность требует повышения дозы, но не означает зависимости; при правильной титрации лекарственная зависимость не формируется.

Вопрос 2. Симптоматическое лечение психических нарушений (бессонница, риск самоубийства, ранее выявленное психическое заболевание)

Бессонница: сначала причины. Нарушение сна у паллиативного больного почти всегда вторично. Ищут боль, тошноту, одышку, тревогу, депрессию, ночной делирий, учащённое мочеиспускание, приём стероидов во второй половине дня, кофеин и непривычную обстановку. Терапию начинают с коррекции этих причин, а не со снотворного. Важна гигиена сна: постоянное время отхода ко сну, тёмная тихая палата, ограничение дневного сна, тёплый напиток, расслабление, посещение туалета перед сном.

Препараты при бессоннице. Мелатонин 2–5 мг за 30–60 минут до сна — наиболее безопасный первый выбор. Тразодон 25–50 мг на ночь помогает при сочетании с депрессией и тревогой. Золпидем 5 мг применяют коротким курсом. Бензодиазепины у пожилых и при делирии опасны: усиливают спутанность, падения, угнетение дыхания в сочетании с опиоидами. Мидазолам 2,5–5 мг оставляют для самых последних дней, когда сон важнее риска. При делирии снотворное не назначают — лечат делирий (кветиапин 25–50 мг или галоперидол). Опиоиды сон не лечат.

Суицидальный риск. Оценивать нужно открыто. Прямой вопрос «бывают ли у вас мысли о том, чтобы не просыпаться, причинить себе вред?» безопасен и позволяет выявить риск. Тревожные признаки: стойкая безнадёжность, ощущение «я всем в тягость», потеря смысла, раздача вещей, прощание, предыдущие попытки, депрессия, некупированная боль, алкоголь, утрата роли, доступ к средствам. Оценивают наличие мыслей, плана, средств и срока. Действия: не оставлять больного одного, убрать лекарства и другие средства, привлечь семью, срочно направить к психиатру, при высоком риске — госпитализировать, зафиксировать оценку в документации. Желание ускорить смерть при тяжёлой болезни не всегда равно суициду, но требует такого же внимания.

Ранее выявленное психическое заболевание. Нельзя резко отменять антипсихотики, антидепрессанты, нормотимики — это грозит обострением. Дозу и путь введения корректируют вместе с психиатром: при нарушении глотания возможны инъекционные формы, растворы, диспергируемые таблетки. Учитывают лекарственные взаимодействия и удлинение интервала QT (галоперидол, метадон, ондансетрон). Клозапин требует контроля крови и согласования с психиатром, внезапная отмена недопустима. Психиатр участвует в планировании, а психологическая поддержка и разбор страхов дополняют лекарства.

Вопрос 3. Оценка духовных нужд больного

Что такое духовные нужды. Духовность — это поиск смысла, ценности, связи с людьми, природой и высшим началом; она не сводится к религии, хотя часто выражается через неё. Духовное страдание проявляется вопросом «за что?», чувством вины, страхом смерти, гневом на Бога, ощущением бессмысленности, разладом с близкими. Его распознают по прямым словам, молчанию, отказу от общения, тревоге.

Когда оценивать. Поводом служат прямые вопросы о смысле, страх смерти, отказ от лечения, конфликты с семьёй, тяжёлая депрессия. Оценку проводят при поступлении, при ухудшении и по просьбе больного; она занимает 10–15 минут и не требует анкеты.

Инструменты оценки. Применяют модели FICA и SPIRIT. FICA: вера и убеждения (Faith), их важность (Importance), община (Community), помощь в лечении (Address). SPIRIT: духовные убеждения, личная духовность, место в плане помощи, ритуалы,

влияние на лечение. Можно задать простые вопросы: «Во что вы верите?», «Что придаёт вам силы?», «Есть ли то, о чём вы сожалеете?», «Какие обряды вам важны?», «Как мы можем помочь?». Слушают без спешки, не спорят и не дают оценок.

Что делать с полученным. Данные записывают в историю болезни и план ухода, чтобы команда действовала согласованно. Приглашают священнослужителя, организуют намаз, причастие, молитву, соблюдение поста в доступной форме, чтение, музыку. Помогают примирению с родными, завершению дел, воспоминаниям, «работе жизни» — записи истории для близких. Учитывают конфессиональные особенности Казахстана: ислам, православие и другие традиции; спрашивают о предпочтениях, а не угадывают.

Кто помогает. Духовную поддержку оказывает команда: священнослужитель, психолог, социальный работник, обученная медсестра, сама семья. Команда обсуждает выявленные нужды на пятиминутке, чтобы не повторять тяжёлый разговор и не оставлять больного с вопросом без ответа.

Границы. Не навязывать веру и не заниматься прозелитизмом, уважать атеистов и агностиков. Духовная помощь не заменяет лечение депрессии и делирия; при необходимости подключают психолога и психиатра. Оценку повторяют, потому что потребности меняются, особенно в последние дни. При отказе от разговора тему возвращают позже.

БИЛЕТ 15. Делирий и деменция, симптомы умирания, неотложные состояния

Вопрос 1. Симптоматическое лечение психических нарушений (делирий, деменция, повышенное внутричерепное давление)

Делирий. Острое, флюктуирующее нарушение внимания и сознания. Причины: запор, задержка мочи, гипоксия, инфекция, гиперкальциемия, обезвоживание, токсичность опиоидов, стероиды, антихолинергические средства, метастазы в мозг, алкогольная абстиненция. Оценка — CAM или 4AT. Лечат причину: слабительные, катетер, кислород, антибиотик, коррекция кальция, пересмотр лекарств. Окружение: тихая палата, освещение днём и ночью, часы и календарь, очки и слуховой аппарат, рядом близкий, минимум перестановок. Нейролептики — только при возбуждении и риске: галоперидол 0,5–1,5 мг, оланзапин 2,5–5 мг, кветиапин 25–50 мг (особенно при паркинсонизме). Лоразепам — при алкогольной и седативной абстиненции. Терминальное возбуждение купируют паллиативной седацией мидазоламом. Важна профилактика: ранняя мобилизация, достаточное питьё, регулярное опорожнение кишечника и мочевого пузыря, отказ от лишних препаратов с антихолинергическим действием, нормальный сон.

Деменция. Прогрессирующее необратимое снижение памяти и мышления. Поведенческие симптомы лечат немедикаментозно: постоянный распорядок, знакомые предметы, сенсорная стимуляция, музыка, валидация чувств, безопасная среда, поддержка ухаживающих. Обязательно исключают боль, запор, задержку мочи, инфекцию — они усиливают спутанность. Ингибиторы холинэстеразы и мемантин применяют по показаниям, они не излечивают. Антипсихотики — коротко и осторожно, при деменции с тельцами Леви они опасны. Делирий на фоне деменции распознают по острому началу и флюктуации. Общение с больным деменцией строят короткими фразами, без споров и экзаменационных вопросов, обращаются по имени, дают время на ответ.

Повышенное внутричерепное давление. Признаки: утренняя головная боль, усиливающаяся при наклоне и кашле, рвота, отёк диска зрительного нерва, сонливость, спутанность, судороги, изменение зрачков; поздняя триада Кушинга — артериальная гипертензия, брадикардия, неправильное дыхание. Неотложно: приподнять головной конец на 30 градусов, обеспечить проходимость дыхательных путей, кислород, обезболивание, снижение температуры. Дексаметазон 8–16 мг в сутки внутрь или внутривенно с защитой желудка. При остром ухудшении — маннитол 0,25–1 г/кг внутривенно, гипертонический раствор; при гидроцефалии и сдавлении — консультация нейрохирурга, шунтирование, стереотаксическая биопсия, лучевая терапия. В паллиативной ситуации часто достаточно кортикостероидов и симптоматической терапии. На фоне дексаметазона контролируют глюкозу, артериальное давление, признаки желудочно-кишечного кровотечения и психические реакции; дозу снижают постепенно. При признаках вклинения помощь оказывают немедленно, не дожидаясь результатов обследований.

Вопрос 2. Симптомы в конце жизни

Общая картина. В последние недели и дни жизни нарастает общая слабость, меняется режим сна и бодрствования, снижается интерес к еде и происходящему.

Это естественная часть умирания, а не «сдача» больного. Задача — комфорт, а не борьба с каждым симптомом любой ценой.

Питание и питьё. Аппетит падает, больной отказывается от еды и питья. Искусственное питание в терминальной фазе не продлевает жизнь и может усилить одышку, отёки, тошноту, риск аспирации. Насильственное кормление недопустимо. Сухость во рту беспокоит сильнее голода, поэтому важны уход за полостью рта: смачивание, обработка, кусочки льда, гигиена губ. Внутривенные инфузии не всегда нужны и могут ухудшать состояние.

Боль и другие симптомы. Боль, одышка, тошнота, тревога и зуд могут сохраняться до последних дней и требуют прежнего обезболивания и противорвотных. Дозы подбирают по реакции, путь введения при нарушении глотания — подкожный. Нельзя объяснять все жалобы «умиранием» и оставлять их без лечения.

Дыхание. Появляются неровное дыхание, паузы (дыхание Чейна–Стокса), «предсмертный храп» из-за скопления секрета в глотке. Храп обычно не мучает больного, но пугает родных. Помогают положение на боку, приподнятый головной конец, осторожная санация, гиосцина бутилбромид или гликопирролат 0,2–0,4 мг подкожно. Кислород дают при субъективной одышке, морфин подкожно уменьшает чувство нехватки воздуха.

Кожа и кровообращение. Конечности холодеют, появляются мраморность, пятна лividности, снижается мочеотделение. Больного укрывают, но не перегревают, меняют положение, используют мягкие матрасы, следят за пролежнями. Уход за кожей и промежностью остаётся обязательным.

Сознание и поведение. Возможны сонливость с короткими пробуждениями, дезориентация, беспокойство, терминальное возбуждение. Важно исключить боль, переполненный мочевой пузырь, запор. Тихое окружение, знакомый голос, приглушённый свет, присутствие близких успокаивают. При выраженном беспокойстве — мидазолам подкожно.

Что говорить семье. Объясняют, что отказ от еды, сонливость и изменение дыхания — признаки приближающейся смерти, а не ошибки ухода. Родным предлагают быть рядом, говорить, держать за руку, включать любимую музыку. Обсуждают, что делать в момент смерти, и поддерживают после утраты. Родным дают телефон для связи и разрешают звонить в любое время.

Вопрос 3. Неотложные состояния: удушье во время еды, гипогликемия, передозировка опиоидов

Удушье во время еды. Профилактика важнее: оценивают глотание, подбирают консистенцию (протёртая пища, загущённые жидкости), кормят медленно, малыми порциями, в положении сидя под углом не менее 30–45 градусов, не отвлекая разговором, и оставляют сидеть ещё 30 минут после еды. Если человек поперхнулся и кашляет — поощряют кашель. При неэффективном кашле, невозможности говорить и дышать — пять ударов между лопатками, затем пять толчков в живот (приём Хаймлиха); у тучных и беременных — толчки в грудь. При потере сознания начинают сердечно-лёгочную реанимацию, удаляют видимый предмет, но не действуют вслепую пальцем. После эпизода оценивают дыхание, исключают аспирацию, пересматривают план кормления. Если человек без сознания, нельзя вливать ему жидкость или пищу в рот.

Гипогликемия. Признаки: потливость, дрожь, сердцебиение, голод, затем спутанность, сонливость, судороги, кома. Если больной в сознании и глотает — дают 15–20 г быстрых углеводов (сок, глюкоза), через 15 минут проверяют уровень. Если глотание нарушено — глюкоза 40 % 20–40 мл внутривенно или глюкагон 1 мг подкожно, при отсутствии доступа — глюкозный гель за щёку. Повторяют при сохраняющемся низком уровне. Затем дают сложные углеводы и пересматривают лечение диабета: в конце жизни цели мягкие, главное — не допускать гипогликемии, поэтому инсулин и сахароснижающие препараты часто уменьшают или отменяют.

Передозировка опиоидов. Признаки: узкие зрачки, частота дыхания ниже 8–10 в минуту, нарастающая сонливость, апноэ, цианоз, потеря сознания. Немедленно вызывают помощь, обеспечивают проходимость дыхательных путей, дают кислород и вентилируют мешком Амбу. Налоксон 0,4 мг внутривенно, подкожно или внутримышечно, разведённый 1:4 физиологическим раствором, вводят титрованно до восстановления адекватного дыхания, а не полного пробуждения; повторяют каждые 2–3 минуты. У больного с болью действуют осторожно, чтобы не спровоцировать тяжёлую абстиненцию и болевой криз. Налоксон действует 30–90 минут, короче морфина, поэтому наблюдают и при необходимости вводят повторно или капельно. После стабилизации ищут причину — ошибка дозы, почечная недостаточность, обезвоживание, взаимодействие препаратов, — корректируют схему и обучают родных. Профилактика повторных эпизодов включает понятную инструкцию и регулярный пересмотр лечения.

БИЛЕТ 16. Кожные симптомы, судороги, помощь в конце жизни

Вопрос 1. Лечение прочих симптомов (флегмона при лимфадеме, пролежни, зуд)

Флегмона при лимфадеме. На фоне лимфостаза даже небольшая травма или трещина кожи быстро осложняется рожистым воспалением и флегмоной. Признаки: локальная краснота с чёткими или размытыми границами, отёк, жар, боль, повышение температуры, иногда лимфангит и увеличение регионарных узлов. Нужно очертить границы покраснения, чтобы следить за динамикой, и исключить тромбоз глубоких вен. Антибиотик выбирают эмпирически: флуклоксациллин или цефалексин по 500 мг четыре раза в сутки; из доступных в Казахстане препаратов применяют цефазолин или цефалексин, при аллергии на пенициллин — клиндамицин. При частых рецидивах и подозрении на метициллин-резистентный стафилококк — клиндамицин или доксициклин. Курс обычно 7 дней, при тяжёлом течении дольше. Конечность приподнимают, кожу увлажняют, компрессию возобновляют после стихания воспаления, лечат грибок стоп как входные ворота инфекции. Профилактика — уход за кожей, защита от травм, своевременная обработка ран.

Пролежни. Риск оценивают по шкалам Ватерлоу или Брейден. Стадии: покраснение без побеления, повреждение поверхностных слоёв, глубокая язва до фасции, поражение до кости и сухожилий. Профилактика: смена положения каждые два часа, противопролежневый матрас, осмотр кожи ежедневно, сухость и чистота, достаточный белок, избегание трения и сдвига, нельзя массировать покрасневшую кожу. Лечение: промывание физиологическим раствором, удаление некроза, повязки по стадии — гидроколлоидные, пенные, гидрогелевые, альгинатные; при признаках инфекции — антимикробные повязки и системный антибиотик. Обязательно обезболивание перед перевязкой, разгрузка зоны и документирование.

Зуд. Причины: холестаз, уремия, сухость кожи, опиоиды, аллергия, лимфома, паранеопластический процесс, чесотка. Начинают с ухода: тёплый, не горячий душ, эмоленты после него, мягкие ткани, коротко остриженные ногти, увлажнение воздуха. При холестазе — холестирамин 4 г в сутки, рифампицин 150–300 мг в сутки. При уремическом зуде помогают эмоленты, габапентин или прегабалин, ультрафиолетовое облучение. Опиоидный зуд уменьшают сменой препарата или малыми дозами антагонистов. При аллергии — лоратадин 10 мг, при нейропатическом зуде — габапентин. Седативные антигистаминные у пожилых избегают. Чесотку лечат перметрином с обработкой контактов.

Оценка и документирование. Кожу осматривают при каждом контакте, описывают размер, отделяемое, запах, признаки инфекции и боль. В плане ухода фиксируют средства, частоту обработки и обучения родных; это позволяет вовремя заметить ухудшение и не менять схему наугад.

Вопрос 2. Симптоматическое лечение психических нарушений (судороги, эпилептический статус, миоклония, мышечный спазм)

Судороги. Причины: метастазы в мозг, инсульт, гипогликемия, гипонатриемия, гипокальциемия, уремия, инфекция, отмена алкоголя или противоэпилептических

средств, повышение внутричерепного давления. Во время приступа больного защищают от травмы, поворачивают на бок, не удерживают силой и не вставляют ничего в рот, дают кислород, санируют дыхательные пути, засекают время, проверяют глюкозу. Если приступ длится более 5 минут или повторяется — это эпилептический статус.

Неотложная терапия. Диазепам 5–10 мг внутривенно медленно или 10–20 мг ректально; лоразепам 0,05–0,1 мг/кг внутривенно (взрослым обычно 2–4 мг); при отсутствии венозного доступа — мидазолам 10 мг буккально или внутримышечно. При статусе после бензодиазепина вводят фенитоин 15–20 мг/кг внутривенно под контролем сердца или леветирацетам 40–60 мг/кг внутривенно. При рефрактерном статусе — интенсивная терапия, инфузия мидазолама или пропофола.

Профилактика. Леветирацетам 500–1500 мг в сутки, ламотриджин, вальпроат натрия 300–1000 мг в сутки. При опухолях мозга добавляют дексаметазон для уменьшения отёка. Учитывают взаимодействия с химиотерапией и риск удлинения QT. При нарушении глотания используют инъекционные формы или растворы, следят за приверженностью.

Миоклония. Внезапные короткие подёргивания мышц, часто при метаболических нарушениях, поражении ствола мозга, приёме опиоидов. Применяют клоназепам 0,5 мг на ночь с повышением, вальпроат, леветирацетам; ищут и корректируют причину.

Мышечный спазм. Баклофен 5–20 мг в сутки, тизанидин 2–8 мг в сутки, при необходимости диазепам; при локальном спазме — ботулинический токсин. Помогают физиотерапия, правильное положение конечности, растяжение мышц. Седативный эффект препаратов суммируется с опиоидами, поэтому дозы повышают постепенно.

Чего не делать. Нельзя резко отменять противоэпилептические средства — это провоцирует приступы и статус. Не следует удерживать больного во время приступа, разжимать зубы ложкой, вливать лекарство в рот при нарушенном сознании. При восстановлении после приступа проверяют дыхание, уровень глюкозы, температуру и признаки травмы.

Готовность на дому. Родных обучают времени приступа, положению на боку, вызову помощи и применению ректального диазепама или буккального мидазолама. Набор неотложных средств и понятная инструкция должны быть доступны у постели, а схема профилактики — записана и согласована с врачом.

Вопрос 3. Помощь в конце жизни: психическая дееспособность, планирование помощи в конце жизни, последние дни жизни

Психическая дееспособность. Это способность понимать информацию о своём состоянии и лечении, удерживать её, взвешивать варианты и выражать решение. Дееспособность предполагается, пока не доказано обратное, и оценивается отдельно для каждого решения. Мешают боль, делирий, депрессия, страх, нарушения слуха и речи; беседу проводят в лучшее время суток, с родным или переводчиком, простыми словами. При отсутствии дееспособности решение принимают законный представитель или близкий родственник в интересах больного, с обсуждением в консилиуме. Оценку документируют.

Планирование помощи в конце жизни. Разговор начинают заранее, когда больной способен участвовать. Обсуждают цели, ценности, страхи, что для человека важно,

где он хочет умереть, отношение к реанимации, искусственной вентиляции, питанию, госпитализации, паллиативной седации. Оформляют предварительные распоряжения, назначают доверенное лицо, которое озвучит волю, если больной утратит способность говорить. В Казахстане юридические механизмы таких документов ограничены, поэтому особенно важны запись в истории болезни, участие семьи и решение консилиума. План пересматривают при изменении состояния; больной вправе передумать. Вопросы религии и культуры обсуждают деликатно.

Последние дни жизни. Появляются нарастающая слабость, сонливость с короткими пробуждениями, отказ от еды и питья, нарушение глотания, неровное дыхание, «предсмертный храп», похолодание и мраморность конечностей, снижение мочеотделения, беспокойство или, наоборот, глубокое спокойствие. Задача — комфорт: обезболивание морфином подкожно, мидазолам при тревоге и возбуждении, гиосцина бутилбромид или гликопирролат 0,2–0,4 мг для уменьшения секреции, уход за полостью рта, смена положения, мягкая постель. Отменяют ненужные препараты и исследования, не кормят насильно, кислород оставляют при одышке.

Духовные и культурные аспекты. У постели умирающего особенно важны тишина, молитва, чтение, соблюдение обрядов и уважение к тому, как семья понимает смерть. Нельзя навязывать свои представления или торопить события; команда спрашивает, что важно, и помогает это выполнить.

Последние часы. Дыхание становится прерывистым, пульс слабым и частым, сознание угасает. Родным объясняют, что слух может сохраняться, поэтому говорят спокойно и без паники. Родных готовят к изменениям, объясняют их естественность, обеспечивают возможность проститься, уважают тишину и религиозные обряды. Детям, если они хотят, разрешают попрощаться в доступной форме, без принуждения и запугивания. После смерти подтверждают факт смерти, поддерживают семью и предлагают помощь в переживании утраты.

БИЛЕТ 17. Грибовидные раны, пролежни и утомляемость; альтернативные методы обезболивания; отказ от реанимации

Вопрос 1. Лечение прочих симптомов: опухолевые грибовидные разрастания, пролежни, повышенная утомляемость.

Что такое грибовидная рана. Грибовидная (фунгозная) рана возникает, когда опухоль прорастает кожу и изъязвляется. Такая рана почти всегда влажная, с неприятным запахом, легко кровоточит и причиняет боль при перевязках. Полного заживления не будет; цель ухода — контроль запаха, экссудата, кровоточивости и боли, защита окружающей кожи и сохранение достойного внешнего вида пациента.

Запах. Источник запаха — анаэробная флора в некротических тканях. Местно накладывают гель метронидазола 0,75–1 % на 10–15 минут или на повязку; при выраженном запахе назначают метронидазол внутрь по 400 мг три раза в сутки в течение 5–7 дней. Помогают повязки с активированным углём, ежедневная смена повязок, промывание раны, частое проветривание комнаты и влажная уборка. Освежители воздуха только маскируют запах и не устраняют причину.

Экссудат. При обильном отделяемом применяют альгинатные, гидроволоконные и пенные повязки, которые впитывают жидкость и не прилипают к ране. Меняют их один-два раза в сутки или по мере промокания. Кожу вокруг раны защищают барьерным кремом с оксидом цинка, иначе она мацерируется.

Кровоточивость. Рана кровоточит от любого прикосновения. Используют гемостатическую повязку, пропитанную транексамовой кислотой, или салфетку с аминокапроновой кислотой, прижав её на несколько минут; иногда применяют пасту сукральфата. Присохшую повязку размачивают раствором натрия хлорида 0,9 %. Грубые манипуляции и частые смены повязок вредны.

Боль. За 30 минут до перевязки дают плановый анальгетик, при необходимости добавляют инъекцию опиоида короткого действия. Поверхность и края раны обрабатывают гелем лидокаина 2 %. Перевязку ведёт один и тот же сотрудник, спокойно и быстро, в удобном для пациента положении.

Косметика. Свободная одежда из мягкой ткани, бандаж или накладка скрывают повязку. Это возвращает пациенту возможность выходить из палаты и общаться.

Пролежни. Риск оценивают по шкалам Ватерлоу или Брейден при поступлении и далее регулярно. Выделяют четыре стадии: стойкая эритема, поверхностное повреждение кожи, рана до подкожной клетчатки, поражение мышц и кости. Смена положения — каждые два часа, противопролежневый матрас, чистое сухое бельё, белок 1,2–1,5 г на килограмм массы тела. Покраснение не массируют. Повязки подбирают по стадии: гидроколлоидные и пенные на поверхностные дефекты, альгинатные при экссудате, гидрогель при сухом некрозе, с осторожностью при ишемии. Каждую рану описывают в карте и фотографируют по протоколу.

Повышенная утомляемость. Планируют нагрузку и отдых, короткий дневной сон не более 30 минут, посильную ходьбу и упражнения. Проверяют гемоглобин: при анемии назначают препараты железа и витамин B12, при гемоглобине ниже 80 г/л обсуждают эритропоэтин и трансфузию. Утренний дексаметазон 2–4 мг даёт

кратковременный прилив сил. При выраженной слабости без депрессии применяют метилфенидат 5–10 мг утром и в обед, не позднее 16 часов, или модафинил. Семью обучают помогать в быту, не отнимая у пациента самостоятельность полностью.

Вопрос 2. Альтернативные способы лечения боли, реалистические ожидания.

Смысл подхода. Немедикаментозные и вспомогательные методы служат дополнением к анальгетикам. Они позволяют снизить дозу опиоидов, уменьшают тревогу, улучшают сон и возвращают пациенту ощущение контроля над своим состоянием.

Физические методы. Тепло на спазмированные мышцы, холод при локальной боли, массаж спины и конечностей. Чрескожная электронейростимуляция помогает при нейропатической и костной боли, применяют также акупунктуру. Обязательны позиционирование с ортопедическими подушками, фиксация болезненной конечности, лечебная физкультура в пределах безболезненности и компрессия при отёке.

Психологические методы. Обучение диафрагмальному дыханию, прогрессивная мышечная релаксация, визуализация, гипнотерапия, музыка, отвлечение, медитация. Когнитивно-поведенческие приёмы уменьшают катастрофизацию боли. Эти методы работают лучше, когда им обучает подготовленный психолог или медсестра и пациент в них верит.

Интервенционные методы. При локальной боли выполняют блокады с местным анестетиком и глюкокортикоидом. При рефрактерной боли проводят химический нейролиз спиртом или фенолом; при раке поджелудочной железы применяют нейролиз чревного сплетения под ультразвуковым контролем. Если пероральный приём невозможен или боль плохо контролируется, используют эпидуральное либо субарахноидальное введение опиоидов через имплантированную систему. При множественных костных метастазах назначают радиофармпрепараты (стронций-89, самарий-153) и локальную паллиативную лучевую терапию.

Лекарственные альтернативы. Когда опиоиды недоступны или плохо переносятся, применяют парацетамол до 4 г в сутки, нестероидные противовоспалительные средства с защитой желудка, при пароксизмальной боли — клоназепам. Комбинация препаратов разных групп часто эффективнее простого наращивания дозы одного средства.

Как выбирать метод. Ориентируются на причину боли, желание и возможность пациента, безопасность и доступность. Метод должен быть простым, чтобы его могли повторить дома родственники, и не должен заменять назначенные лекарства. Если приём не даёт эффекта за 20–30 минут, его отменяют и пробуют другой.

Реалистические ожидания. С самого начала договариваются, что цель — управляемая боль, уровень около 3 баллов из 10, сохранённый сон, возможность вставать и общаться. Полное устранение боли у части пациентов невозможно из-за сопутствующих болезней, побочных эффектов и толерантности. Пациенту и семье объясняют, что доза будет подбираться, а побочные эффекты профилактируются. План обезболивания записывают в карту: препараты, дозы, часы приёма и действия при прорыве боли. Переоценка проводится каждые 24–72 часа и при любом изменении состояния.

Вопрос 3. Решение об отказе сердечно-лёгочной реанимации, прекращение лечения.

Суть решения. Отказ от сердечно-лёгочной реанимации (в документах встречаются формулировки «не реанимировать») — это заранее принятое решение не проводить массаж сердца, искусственное дыхание и дефибрилляцию при остановке сердца или дыхания. Оно не означает отказа от помощи вообще.

Кто и на каком основании принимает. Решение принимает лечащий врач или консилиум с участием пациента, а если пациент не может выразить волю — с участием семьи и с учётом ранее высказанных пожеланий. Основания: терминальная стадия неизлечимой болезни, отсутствие благоприятного прогноза, тяжёлое необратимое поражение мозга, выраженные страдания, а также зафиксированное желание самого пациента. По Кодексу о здоровье народа пациент имеет право отказаться от медицинского вмешательства; отказ оформляют записью в медицинской карте с подписью.

Что решение не отменяет. Отказ от реанимации не прекращает обезболивание, лечение одышки, уход, питание по желанию и психологическую поддержку. Для семьи это главное: массаж сердца делать не будут, но боль и страх уберут.

Документирование. В карте фиксируют дату, участников обсуждения, основания, формулировку решения и то, кому оно сообщено. Сведения передают дежурной смене, вносят в выписку и сообщают в службу скорой помощи.

Обучение семьи. Родственникам объясняют, как будет выглядеть ухудшение и смерть, что делать при остановке дыхания, кого вызывать. Если пациент находится дома, отказ от реанимации оформляют заранее и уведомляют службу скорой помощи, иначе бригада при неопределённости начинает реанимацию.

Прекращение лечения. Это смена цели: от активной терапии, направленной на болезнь, переходят к терапии комфорта. Решение также принимает консилиум. Прекращают химиотерапию, диализ, искусственную вентиляцию лёгких, вазопрессоры и переводят на симптоматическое лечение. Переход планируют заранее: премедикация морфином и мидазоламом, чтобы при отключении аппарата не было боли и удушья; отключение проводят медленно, в присутствии семьи, если она этого хочет.

Питание и жидкость. В терминальном состоянии искусственное питание и инфузии часто лишь усиливают отёки, тошноту и одышку. Их объём определяют по комфорту: небольшие глотки воды, уход за полостью рта, при необходимости подкожное введение небольших объёмов жидкости. Всё это обсуждают с семьёй и документируют.

БИЛЕТ 18. Правовая база паллиативной помощи в РК; неотложные состояния и уход при ОНМК; диабет в конце жизни

Вопрос 1. Нормативно-правовые акты для оказания паллиативной помощи в РК.

Основной закон. Право на паллиативную помощь закреплено в Кодексе Республики Казахстан о здоровье народа и системе здравоохранения. В нём паллиативная помощь определяется как комплекс медицинских, психологических, социальных и духовных мер для пациентов с неизлечимыми заболеваниями и их семей, и указано, что она входит в гарантированный объём бесплатной медицинской помощи. Кодекс закрепляет право пациента на уважительное отношение, обезболивание, отказ от вмешательства и конфиденциальность.

Подзаконные акты. Правила оказания паллиативной помощи утверждает уполномоченный орган в области здравоохранения; они определяют порядок направления, уровни помощи, показания к госпитализации в хоспис, работу выездных бригад и требования к помещениям. Действуют стандарты и клинические протоколы по обезболиванию, отдельным нозологиям и симптомам. Отдельно регулируются оборот и выписывание наркотических средств и психотропных веществ, ведение учёта и отчётности.

Где оказывают помощь. Стационарные хосписы для пациентов с прогнозом в недели и месяцы; паллиативные отделения и койки в многопрофильных больницах и онкологических диспансерах; кабинеты паллиативной помощи в поликлиниках; выездные мобильные бригады, которые обслуживают пациентов на дому и консультируют участковых врачей; детские паллиативные службы. Помощь на дому организует первичная медико-санитарная помощь при поддержке специалистов.

Документация. Используют шкалы оценки боли и симптомов, дневник наблюдения, лист назначений, протоколы перевязок и осмотров, записи о беседах с пациентом и семьёй. Ведётся учёт наркотических препаратов, их списания и уничтожения.

Финансирование и кадры. Паллиативная помощь финансируется в рамках гарантированного объёма бесплатной медицинской помощи и обязательного социального медицинского страхования. Предусмотрены обучение персонала, повышение квалификации, наставничество и психологическая поддержка сотрудников.

Общественный компонент. Работа строится во взаимодействии с общественными организациями, ассоциациями хосписов и волонтёрами; они помогают с уходом, обучением родственников и психосоциальной поддержкой.

Права пациента. Нормативная база опирается на принципы ВОЗ и международные ориентиры по паллиативной помощи. Пациент даёт информированное согласие на вмешательства, имеет право на врачебную тайну, на получение полной информации о диагнозе и прогнозе в доступной форме и на обезболивание, включая наркотические средства. За неоказание помощи и необоснованный отказ в ней предусмотрена ответственность. Эти положения применяются вместе с правилами внутреннего распорядка учреждения и должностными инструкциями персонала.

Вопрос 2. Неотложные состояния: обструкция верхней полой вены, компрессия спинного мозга, паллиативная помощь, уход за пациентами с ОНМК.

Обструкция верхней полой вены. Синдром возникает при сдавлении или тромбозе верхней полой вены опухолью средостения, чаще при раке лёгкого и лимфомах. Признаки: отёк лица, шеи и верхних конечностей, расширенные вены грудной клетки, одышка, чувство распирания, усиление симптомов в положении лёжа, головная боль, при тяжёлом течении — спутанность. Помощь: приподнятое положение, кислород при гипоксемии, дексаметазон 8–16 мг в сутки, при подтверждённом тромбозе — низкомолекулярный гепарин 1 мг/кг два раза в сутки. Быстрый эффект даёт стентирование верхней полой вены; при чувствительной опухоли проводят лучевую или химиотерапию. Нужен мониторинг дыхания, отёка и неврологического статуса. Инъекции и забор крови по возможности выполняют на нижних конечностях, чтобы не усиливать отёк верхней половины тела и не создавать дополнительную нагрузку на коллатерали.

Компрессия спинного мозга. Это неотложное состояние при метастазах в позвоночник. Тревожные признаки: усиливающаяся боль в спине, опоясывающая радикулярная боль, слабость в ногах, онемение, нарушение походки, задержка мочи или стула. Действия: немедленно дексаметазон 16 мг в сутки, по 8 мг два раза в сутки внутривенно, затем внутрь, с защитой желудка омепразолом 20–40 мг; срочная МРТ позвоночника; консультация нейрохирурга и радиолога. До вмешательства сохраняют осторожную ходьбу и иммобилизацию по показаниям. Лечение — хирургическая декомпрессия или лучевая терапия. Моторику проверяют повторно, поскольку ухудшение требует пересмотра тактики.

Паллиативная помощь и уход при ОНМК. После стабилизации задачи — облегчение страданий и профилактика осложнений. Положение с приподнятым головным концом, повороты каждые два часа, противопролежневый матрас, уход за кожей и промежностью. Неврологический дефицит оценивают по шкале NIHSS и следят за динамикой. Кормление с проверкой глотания, полусидя, протёртая пища и загущённые жидкости, при стойкой дисфагии — зонд или гастростома. Обязательны санация ротоглотки, уход за полостью рта и профилактика аспирации, иначе развивается пневмония. Контроль мочеиспускания: катетер или впитывающие средства, профилактика инфекции. Пассивная гимнастика и укладка конечности для профилактики контрактур. С семьёй обсуждают прогноз честно, объясняют признаки ухудшения. При плохом прогнозе и терминальной стадии агрессивные вмешательства (длительная искусственная вентиляция, трахеостома, реанимация) не наращивают, комфорт выходит на первый план, если это соответствует воле пациента.

Вопрос 3. Лечение сахарного диабета в конце жизни.

Смена цели. В конце жизни строгий контроль глюкозы теряет смысл: он не продлевает жизнь и повышает риск тяжёлой гипогликемии, которая мучительна и опасна. Цель — избежать гипогликемии, гипергликемической комы и неприятных симптомов, сохранить комфорт.

Целевые показатели. Ориентируются на глюкозу 6–12 ммоль/л, допускают более широкие колебания. Гликозилированный гемоглобин не является целью; значения 8–8,5 % и выше приемлемы. Контроль глюкозы — один-два раза в сутки, чаще только при изменении состояния или появлении симптомов.

Упрощение схемы. Отменяют препараты с высоким риском гипогликемии и сложные схемы. Метформин продолжают при сохранной функции почек, при её снижении отменяют. Сульфонилурею (глибенкламид, гликлазид) отменяют или оставляют в минимальной дозе, особенно при плохом аппетите. Ингибиторы ДПП-4 переносятся хорошо и не дают гипогликемии. Инсулин пролонгированного действия в низкой дозе можно сохранить.

Если пациент не ест. При терминальном состоянии и отказе от еды инсулин можно пропустить, если глюкоза ниже 15 ммоль/л. При глюкозе выше 15 ммоль/л вводят небольшую дозу инсулина короткого действия, чтобы избежать гипергликемии и обезвоживания. Дозы уменьшают, ориентируясь на самочувствие и уровень глюкозы, а не на прежнюю схему. Если питание идёт через зонд или внутривенно, схему инсулина подбирают под фактический объём углеводов, а не под прежний рацион.

Гипогликемия. Признаки: потливость, дрожь, спутанность, сонливость. Если пациент может глотать, дают 15 г быстрых углеводов; при нарушении глотания наносят глюкозный гель за щёку или вводят глюкозу внутривенно, при возможности — глюкагон. После эпизода пересматривают дозы и режим питания. Признаки гипергликемии — жажда, сухость во рту и полиурия; при жажде питьё сохраняют и корректируют дозу инсулина.

Уход и сопутствующие проблемы. Ежедневный осмотр стоп, уход за ногтями, обработка ран и трофических язв, правильный подбор обуви. При нейропатии проводят обезболивание. При инфекции и некрозе обсуждают с пациентом объём вмешательства: иногда достаточно консервативной обработки, ампутация оправдана только при реальной пользе. Семью обучают распознавать гипогликемию и гипергликемию, обращаться за помощью и вести дневник. Решение об упрощении схемы документируют и согласуют с пациентом и родственниками.

БИЛЕТ 19. Неотложные состояния; нарушения дыхания; урологические симптомы

Вопрос 1. Неотложные состояния: кровотечение, нестерпимая боль, непреодолимый дистресс, гиперкальциемия.

Кровотечение. Оценивают источник, объём и стабильность: пульс, давление, сознание, цвет кожи. При наружном кровотечении — прижатие, давящая повязка, возвышенное положение. Местно применяют салфетки с аминокапроновой кислотой или раствор эпинефрина 1:1000 на влажной салфетке. Системно вводят транексамовую кислоту 500–1000 мг внутривенно медленно. При кровотечении из распадающейся опухоли дополнительно используют гемостатическую губку и бережную тампонаду, а повязку меняют без рыхления сгустка. При кровохарканье укладывают пациента на больную сторону, чтобы кровь не заливала здоровое лёгкое, успокаивают, назначают опиоид для подавления кашля, при выраженном страхе — мидазолам. При носовом кровотечении помогают пальцевое прижатие, холод на переносицу и передняя тампонада. При массивном кровотечении вызывают скорую и госпитализируют; в терминальной ситуации цель — комфорт, затемнение палаты и присутствие семьи.

Нестерпимая боль (болевой криз). Признаки: пациент стонет, не может найти положение, отказывается от еды, напряжён, дышит часто. Действуют быстро: морфин подкожно 2,5–5 мг каждые 1–2 часа до снижения боли, затем переходят на пролонгированную форму с расчётом суточной дозы. При нейропатической рефрактерной боли добавляют кетамин 0,1–0,2 мг/кг в час. При недостаточном эффекте обсуждают смену опиоида на метадон и консультацию специалиста. При крайней рефрактерности проводят паллиативную седацию мидазоламом. Обязательны оценка боли по шкале до и после каждой дозы, контроль дыхания и запись в карте.

Непреодолимый дистресс. Сначала ищут причину: некупированная боль, одышка, тревога, депрессия, делирий, духовные страдания. Корректируют то, что можно исправить. Если страдание остаётся невыносимым и не поддаётся лечению, обсуждают паллиативную седацию: мидазолам 1–2 мг в час подкожно или внутривенно, при необходимости добавляют левомепромазин 12,5–25 мг. Седация должна быть пропорциональной, решение принимает врач с согласия пациента или семьи, всё документируют.

Гиперкальциемия. Признаки: жажда, полиурия, затем обезвоживание и задержка мочи, запор, тошнота, слабость, спутанность, сонливость. Подтверждают уровнем общего кальция выше 2,75 ммоль/л. Лечение: гидратация раствором натрия хлорида 0,9 % 2–4 л в сутки, золедроновая кислота 4 мг внутривенно однократно или памидронат 60–90 мг. Отменяют препараты витамина D и тиазиды. Кальцитонин 4 МЕ/кг подкожно каждые 12 часов используют как быстрый мост. При рецидиве цикл повторяют через 3–4 недели.

Вопрос 2. Симптоматическое лечение нарушений дыхания: одышка, кашель.

Одышка. Одышка — субъективное чувство нехватки воздуха, и её выраженность не всегда совпадает с показателями сатурации. Сначала устраняют обратимые причины: плевральный выпот, отёк лёгких, анемию, бронхоспазм, тревогу.

Немедикаментозные меры. Приподнятое положение с опорой на подушки, открытое окно или вентилятор, направленный на лицо, прохладный воздух, дыхание с удлинённым выдохом, релаксация. Эти приёмы часто действуют не хуже лекарств.

Кислород. Назначают при подтверждённой гипоксемии, когда сатурация ниже 90 %; при нормальной сатурации рутинно он не помогает и сушит слизистую.

Опиоиды. Морфин уменьшает чувство нехватки воздуха даже при нормальной сатурации. Опиоид-наивному пациенту дают 2,5–5 мг внутрь или подкожно, при необходимости повторяют через час, затем подбирают регулярную дозу. Пациенту, уже получающему опиоиды, добавляют 10–25 % суточной дозы.

Другие препараты. При тревоге — лоразепам 0,5–1 мг или диазепам коротким курсом; бензодиазепины не заменяют опиоиды. При лимфангите и обструкции верхней полой вены — дексаметазон 8–16 мг в сутки. При отёке — диуретик, при бронхоспазме — бронхолитик через небулайзер.

Кашель. Ищут причину: аспирация, постназальный затек, инфекция, опухоль, плевральный выпот, гастроэзофагеальный рефлюкс, приём ингибиторов АПФ. Увлажняют воздух, меняют положение, обучают безопасному глотанию, санируют полость рта.

Противокашлевые средства. При сухом изнуряющем кашле — кодеин 10–20 мг или морфин в малых дозах, декстрометорфан. При влажном кашле с вязкой мокротой — муколитики и достаточное питьё, но в терминальной стадии обильная мокрота скорее мешает, и тогда предпочитают уменьшение секреции. При «предсмертном хрипе» — бутилскополамин 20 мг подкожно, положение на боку, санация только по необходимости.

Ингаляции. Лидокаин через небулайзер при раздражении дыхательных путей, бронхолитики при обструкции, физиологический раствор для увлажнения. Каждое назначение оценивают по эффекту и отменяют бесполезное.

Оценка. Одышку оценивают по шкале от 0 до 10, кашель — по частоте и влиянию на сон. Записывают эффект препаратов и побочные явления: запор, тошноту, сонливость.

Обучение пациента и семьи. Заранее объясняют, что делать при приступе одышки, как включить вентилятор и принять нужное положение, когда звонить в скорую. Простые письменные памятки и заранее приготовленные препараты снижают панику и число вызовов. Полезно обсудить, что удушье не всегда означает скорую смерть, и разобрать тревожные мысли.

Вопрос 3. Урологические симптомы: частое мочеиспускание, императивный позыв.

Почему возникают. Частое мочеиспускание и императивный позыв, то есть внезапное неудержимое желание помочиться, у паллиативного пациента связаны с воспалением мочевых путей, опухолью или сдавлением мочевого пузыря, гиперактивностью детрузора, поражением нервных путей при опухолях малого таза и спинного мозга, диабетом, приёмом диуретиков и временем их назначения, а также с запорами.

Оценка. Ведут дневник мочеиспускания с объёмом, частотой, эпизодами недержания и временем приёма жидкости. Проводят анализ мочи, при подозрении

на задержку — УЗИ с определением остаточной мочи, осматривают промежность и кожу. Уточняют, нет ли боли, лихорадки и примеси крови.

Режим и тренировка. Ограничивают жидкость за 2–3 часа до сна, убирают кофеин и алкоголь. Приучают к туалету по расписанию каждые 2–3 часа, помогают дойти или подают судно вовремя, не дожидаясь позыва. Полезны упражнения для мышц тазового дна, если пациент способен их выполнять.

Лекарства. При гиперактивном мочевом пузыре назначают оксибутинин по 5 мг два-три раза в сутки, толтеродин по 2–4 мг в сутки, мирабегрон по 25 мг в сутки. Начинают с малой дозы, учитывают сухость во рту, запор, задержку мочи и влияние на память. При инфекции лечат по результатам анализа мочи.

Уход. Ночью важны доступность судна или ёмкости у кровати, ночник, впитывающие средства по размеру, частая смена белья. Кожу промежности моют тёплой водой с мягким средством, просушивают и защищают кремом с оксидом цинка, чтобы не было опрелости и пролежней. Одежду подбирают удобную, с простыми застёжками.

Катетер. При задержке мочи, тяжёлом недержании с повреждением кожи, необходимости точного учёта или ухода за ранами ставят постоянный катетер. Уход: обработка вокруг катетера, мешок ниже уровня мочевого пузыря, регулярный слив, замена по графику и при показаниях. Профилактика инфекции — закрытая система, гигиена рук, раннее удаление катетера при возможности. При длительном стоянии катетера возможны камни, кровотечение и цистит, поэтому показания пересматривают.

Разговор с пациентом. Обсуждают, что частое мочеиспускание и недержание — часть болезни, а не вина пациента. Это снижает стыд и улучшает согласие с планом ухода.

БИЛЕТ 20. Нарушения дыхания, лекарства у детей, урогенитальные симптомы

Вопрос 1. Симптоматическое лечение нарушений дыхания: кровохарканье, икота, плевральный выпот

Кровохарканье: как оценить. Кровохарканье — выделение крови с кашлем из дыхательных путей. Его отличают от кровавой рвоты и носового кровотечения. Оценивают объём (прожилки в мокроте, чайная ложка, стакан), цвет, частоту, давление и пульс, одышку, гемоглобин, приём антикоагулянтов. Массивным считают кровотечение более 200–300 мл за сутки. Чаще кровохарканье небольшое, но пугает сильнее, чем угрожает жизни.

Неотложная помощь. Вызывают помощь, обеспечивают проходимость дыхательных путей, дают кислород, ставят венозный доступ. Пациента укладывают на сторону поражения, чтобы кровь не заливала здоровое лёгкое; если лежать не может — сажают полусидя. Держатся спокойно: паника передаётся больному. Дают лёд или холодное питьё, горячее исключают. Вводят транексамовую кислоту 500–1000 мг внутривенно медленно, затем по 500 мг три раза в сутки, антикоагулянты отменяют. Дозу опиоида увеличивают, чтобы подавить кашлевой рефлекс: морфин 2,5–5 мг подкожно или внутривенно. При кровоточащей опухоли бронха возможна короткая паллиативная лучевая терапия, при рецидивирующем массивном кровотечении — эмболизация бронхиальных артерий.

Разговор с семьёй. Кровь выглядит страшнее, чем вредит: чайная ложка крови окрашивает много мокроты. Объясняют, что делать при повторе, готовят домашний набор с гемостатиком и опиоидом, используют тёмные полотенца.

Икота. Это непроизвольные сокращения диафрагмы и межрёберных мышц с внезапным закрытием голосовой щели. Причины: растяжение желудка, метастазы в печени, асцит, раздражение диафрагмы, уремия, глюкокортикоиды, опиоиды, поражение нервной системы. Рефлекс идёт через блуждающий и диафрагмальный нервы. Немедикаментозно помогают дробное питание, отказ от газированных напитков и заглатывания воздуха, вертикальное положение после еды, лечение запоров, при растяжении желудка — зонд. Стимулируют носоглотку: чайная ложка сахара, кусочек льда, задержка дыхания. Из препаратов применяют метоклопрамид 10 мг три раза в сутки, хлорпромазин 25 мг три раза, баклофен 5–10 мг два-три раза с повышением до 20 мг три раза, габапентин от 300 мг в сутки при упорной икоте. При метастазах в печени добавляют дексаметазон 4–8 мг в сутки.

Плевральный выпот. Признаки: нарастающая одышка, сухой кашель, тяжесть в груди, отставание половины грудной клетки при дыхании, притупление перкуторного звука, ослабление дыхания. Диагностика — прежде всего УЗИ у постели: оно видит 50–100 мл жидкости и служит навигатором для пункции; рентгенография выявляет 200–300 мл. Чаще выпот злокачественный, но исключают сердечную недостаточность, пневмонию и гипоальбуминемию.

Лечение выпота. При отсутствии симптомов наблюдают. При одышке выполняют лечебный торакоцентез под УЗИ-контролем, удаляя 1–1,5 л медленно, не более 1,5 л за сеанс из-за риска реэкспансионного отёка лёгкого. Повторные пункции нужны каждые несколько дней или недель. При рецидиве проводят плевродез после полного расправления лёгкого: тальк 4–5 г в 50–100 мл физиологического раствора

через дренаж либо доксициклин 500 мг в 50 мл раствора, с обезболиванием опиоидом и поворотами пациента. Альтернатива — постоянный плевральный катетер, позволяющий дренировать жидкость дома два-три раза в неделю. При чувствительных опухолях эффективна системная противоопухолевая терапия. Диуретики помогают только при сердечной причине. После дренирования важны дыхательные упражнения и ранняя активизация.

Вопрос 2. Назначение лекарственных препаратов детям

Почему ребёнок — не маленький взрослый. Дозы у детей рассчитывают на массу тела, а у части препаратов, например цитостатиков и некоторых антибиотиков, — на площадь поверхности тела. Фармакокинетика отличается: больше воды и меньше жира, выше относительная площадь поверхности, незрелые ферменты печени и низкая клубочковая фильтрация у новорождённых. Поэтому эффект и токсичность менее предсказуемы. Массу тела берут измеренную, в килограммах, взвешивание вместо оценки «на глаз», пересчитывают при каждом назначении, сверяют с максимальной взрослой дозой и возрастными ограничениями. Используют детские формы и мерные шприцы, а не чайные ложки. Расчёт проверяет второй сотрудник. Работают по правилу «правильный пациент, препарат, доза, путь, время», с письменным назначением и согласием родителей, которым объясняют цель, дозу и побочные эффекты.

Обезболивание и лихорадка. Парацетамол 10–15 мг/кг на приём каждые 4–6 часов, не более 60 мг/кг в сутки; у новорождённых интервал больше. Ибупрофен 5–10 мг/кг каждые 6–8 часов, не более 30 мг/кг в сутки, не применяют у детей до 3 месяцев, при обезвоживании и почечной недостаточности, дают с едой. Морфин при боли: внутрь 0,15–0,3 мг/кг каждые 4 часа, внутривенно или подкожно 0,05–0,1 мг/кг каждые 2–4 часа, постоянная подкожная инфузия 0,02–0,04 мг/кг в час; у новорождённых дозы ниже. Кодеин и трамадол детям до 12 лет не назначают из-за риска угнетения дыхания у быстрых метаболизаторов; после тонзиллэктомии кодеин запрещён до 18 лет.

Тошнота, тревога, другие симптомы. Ондансетрон 0,1 мг/кг три раза в сутки, не более 4 мг внутривенно и 8 мг внутрь на приём. Метоклопрамид 0,1–0,15 мг/кг три раза в сутки, не более 0,5 мг/кг в сутки. Мидазолам при тревоге, судорогах и перед процедурой: внутрь 0,3–0,5 мг/кг в сутки дробно, внутривенно или подкожно 0,05–0,1 мг/кг, интраназально 0,2–0,3 мг/кг. Дексаметазон 0,1–0,2 мг/кг в сутки. Гиосцина бутилбромид 0,3–0,6 мг/кг на приём каждые 6–8 часов при секреции и спазмах. Галоперидол 0,01–0,05 мг/кг в сутки при делирии. Лактулоза 1–2 мл/кг в сутки при запоре. Амоксициллин 25–50 мг/кг в сутки, цефтриаксон 50–80 мг/кг в сутки при инфекциях.

Организация и безопасность. Ведут детский формуляр и таблицу эквивалентных доз, проверяют функцию печени и почек, взаимодействия, уровень седации после опиоида, держат наготове налоксон. Родителям дают письменную схему с часами приёма, учат пользоваться шприцом-дозатором, объясняют признаки передозировки и когда звонить. Для детей важны простота схемы, вкус препарата, возможность растворить таблетку, наклейки и поощрение при приёме. Документируют каждую дозу, причину изменения и реакцию ребёнка.

Вопрос 3. Симптоматическое лечение нарушений урогенитальной системы: спазмы мочевого пузыря, уход за катетером,

затруднённое мочеиспускание

Спазмы мочевого пузыря. Это непроизвольные сокращения детрузора: внезапный императивный позыв, боль над лоном, подтекание мочи вокруг катетера, иногда потливость и беспокойство. Причины — раздражение баллоном катетера, прорастание опухолью, лучевой цистит, инфекция, запор. Сначала проверяют проходимость катетера, его положение и объём баллона (обычно 10 мл, переполнять не нужно), исключают инфекцию и запор. Антихолинергики: оксибутинин 5 мг два-три раза в сутки, толтеродин 2 мг два раза, солифенацин 5 мг в сутки; у пожилых учитывают антихолинергическую нагрузку и риск спутанности. Мирабегрон 25–50 мг в сутки — альтернатива при непереносимости. При упорных спазмах выполняют инстилляцию оксибутинина 5 мг в 30 мл раствора или лидокаина 2% 10–20 мл перед сменой катетера, вводят гиосцина бутилбромид 20 мг подкожно. Парацетамол или НПВП усиливают эффект. При неэффективности — ботулинотерапия, блокада, консультация уролога.

Уход за катетером. Катетер ставят по показаниям: задержка мочи, недержание с повреждением кожи, необходимость точного учёта, комфорт в терминальной фазе. Установка стерильная: перчатки, антисептик, лубрикант, размер 12–14 French у взрослого, баллон 10 мл, фиксация к бедру без натяжения, закрытая дренажная система, пакет ниже уровня мочевого пузыря и не на полу. Опорожняют при наполнении наполовину, соблюдают гигиену рук. Ежедневно осматривают область уретры, промывают водой с мылом без рутинных антисептиков, следят за отсутствием перегибов. Латексный катетер меняют каждые 2–4 недели, силиконовый — каждые 4–12 недель, раньше при закупорке, инфекции, боли. Оценивают цвет, осадок, запах и объём мочи. При отсутствии противопоказаний дают 1,5–2 л жидкости в сутки. Профилактика инфекции — закрытая система, отказ от лишней катетеризации, гигиена; бессимптомную бактериурию не лечат, при симптомах берут посев и назначают антибиотик. Дополнительно возможны цитраты и метенамин.

Затруднённое мочеиспускание. Причины: аденома простаты, сдавление опухолью (простата, шейка матки, мочевой пузырь, прямая кишка), стриктура уретры, неврологические нарушения, сдавление спинного мозга, опиоиды, антихолинергики, запор, обездвиженность, непривычная обстановка. Острая задержка с болью — неотложное состояние. Боль в спине, седловидная анестезия и слабость ног требуют исключения компрессии спинного мозга, немедленного введения дексаметазона и консультации нейрохирурга.

Что делать. Обеспечивают приватность и удобное положение: мужчине легче стоя или сидя, женщине — сидя с опорой под ногами. Помогают тепло, звук льющейся воды, тёплое судно, лёгкий массаж над лоном, расслабление, двойное опорожнение. При аденоме простаты назначают тамсулозин 0,4 мг на ночь с осторожностью при гипотонии. Бетанехол 10–25 мг три раза в сутки применяют редко. Если моча не отходит, катетеризируют: предпочтительна прерывистая чистая катетеризация три-четыре раза в день, при необходимости — постоянный катетер или надлобковый дренаж. Уролог решает вопрос о стентировании мочеточника, нефростоме, трансуретральной резекции. В терминальной ситуации допустимо принять недержание и использовать впитывающие средства ради комфорта.

БИЛЕТ 21. Принципы лечения боли, предсмертный храп, вопросы персонала

Вопрос 1. Общие принципы и терапия боли

Цель и принципы. Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей. В паллиативной помощи она есть у большинства пациентов. Цель — уровень, при котором человек спит, двигается и общается, обычно 3 и меньше по десятибалльной шкале; ноль баллов не обязателен. Главные принципы: назначать строго по часам; подбирать дозу индивидуально; использовать лестницу обезболивания ВОЗ; предупреждать побочные эффекты; пересматривать схему при каждом изменении. К постоянной дозе добавляют резервную на прорывную боль — обычно 10–15% суточной дозы, не чаще трёх-четырёх раз в день; если резервная доза нужна чаще, базовую увеличивают. Пациента и семью обучают вести дневник боли.

Оценка. Выясняют причину и тип боли: ноцицептивная (соматическая, висцеральная), нейропатическая, смешанная. Оценивают интенсивность по цифровой шкале, у детей и при деменции — по поведению, влияние на сон, движение, настроение. Смотрят текущие препараты и дозы, сопутствующие болезни, функцию почек и печени, побочные эффекты, приверженность, психосоциальные и духовные факторы. Боль усиливают тревога, депрессия, бессонница, запор, пролежни.

Лестница ВОЗ. Первая ступень — неопиоидные: парацетамол 500–1000 мг каждые 4–6 часов, не более 4 г в сутки (у ослабленных 3 г), ибупрофен 400 мг три раза, диклофенак 50 мг два-три раза, всегда с гастропротекцией и осторожностью при болезнях почек, сердца, желудка. Вторая ступень — слабые опиоиды: трамадол 50–100 мг два-три раза, не более 400 мг в сутки, кодеин 15–30 мг три-четыре раза; их сочетают с неопиоидом. Третья ступень — сильные опиоиды: морфин внутрь 5–10 мг каждые 4 часа с титрованием, подкожно 2,5–5 мг каждые 4 часа; оксикодон 5–10 мг каждые 4 часа; при стабильной боли — фентанил трансдермально 12–25 мкг/час или бупренорфин 5–10 мкг/час. При переходе с одного опиоида на другой учитывают эквианальгетические дозы и снижают расчётную дозу на 25–50% из-за перекрёстной толерантности.

Пути введения и адъюванты. Начинают с приёма внутрь; если глотание нарушено — подкожно (дома удобна бабочка или канюля с инфузионным насосом), затем внутривенно, трансдермально, ректально, сублингвально, интраназально. Адъюванты: при нейропатической боли амитриптилин 10–25 мг на ночь, габапентин от 100–300 мг в сутки с титрованием, прегабалин 75 мг два раза, дулоксетин. При боли в костях — НПВП, дексаметазон 4–8 мг, лучевая терапия, золедроновая кислота 4 мг внутривенно или деносумаб. При спазмах — гиосцина бутилбромид 20 мг, при растяжении капсулы печени — дексаметазон, при мышечном спазме — баклофен или диазепам.

Побочные эффекты. Запор предупреждают всем, кто получает опиоид: сенна с лактулозой или бисакодил с первого дня. Тошноту в первые дни купируют метоклопрамидом 10 мг три раза или галоперидолом 1–2 мг. Сонливость обычно проходит за несколько дней; стойкая требует снижения дозы. Угнетение дыхания при правильном титровании редко. При зуде меняют препарат или добавляют антигистаминное, при миоклониях снижают дозу и добавляют клоназепам. Эффект

оценивают по боли, сну, активности и побочным эффектам.

Вопрос 2. Предсмертный храп

Механизм. Предсмертный храп — шумное дыхание, вызванное колебанием слюны и слизи в глотке, гортани и трахее. В последние дни жизни сознание угнетается, глотательный и кашлевой рефлексы слабеют, секрет накапливается и не откашливается; воздух проходит через жидкость и даёт вибрирующий звук. Шум не связан с болью, удушьем, голодом или жаждой. Шум появляется обычно за один–три дня, иногда за часы до смерти, и встречается у большинства умирающих.

Что чувствует пациент и что чувствует семья. Сам пациент, как правило, ничего не ощущает из-за угнетения сознания. Страдают близкие: звук ассоциируется с задыханием, вызывает ужас, бессонницу, чувство вины и беспомощности. Поэтому половина работы — объяснение. Спокойно говорят: «Он не задыхается и не чувствует боли. Это скопившаяся жидкость, которую он не может откашлять. Мы делаем всё, чтобы ему было комфортно». Слово «задыхается» не употребляют. Разрешают быть рядом, держать за руку, говорить тихо, включать знакомую музыку. Предупреждают, что шум может усилиться к концу — это не значит, что страдания стали сильнее.

Оценка. Убеждаются, что шум не вызван другими причинами: западением языка, обструкцией дыхательных путей, бронхоспазмом, отёком лёгких, аспирацией, сухостью слизистой, неудобным положением. Смотрят сознание, дыхание, кашель, температуру, наличие инфекции. Если есть одышка и беспокойство, лечат причину, шум при этом уходит.

Немедикаментозные меры. Поворачивают на бок, голову поворачивают в сторону, головной конец приподнимают на 30 градусов, если нет противопоказаний. Уменьшают внутривенные вливания и объём питья, если это не причиняет страданий: меньше жидкости — меньше секрета. Полость рта обрабатывают каждые 2–4 часа влажной салфеткой, смазывают губы вазелином, увлажняют воздух. Отсасывание применяют только при явной обструкции, коротко и мягко: оно травмирует слизистую, стимулирует отделение слизи и учащает процедуру. Не кормят и не поят насильно.

Лекарства. Антихолинергики снижают секрецию: гиосцина бутилбромид 20 мг подкожно каждые 4–6 часов или 60–120 мг в сутки через насос; гликопирролат 0,2–0,4 мг подкожно или внутривенно каждые 4–6 часов, он меньше проникает в мозг и реже вызывает возбуждение. Гиосцин гидробромид в виде пластыря 1,5 мг за ухом на 72 часа удобен, но у пожилых может вызвать спутанность. Атропин из-за тахикардии и возбуждения в паллиативной практике нежелателен. Эффект оценивают через 30–60 минут, при необходимости повторяют. Профилактически всем подряд препараты не назначают.

После смерти. Дают семье побыть рядом, отвечают на вопросы, объясняют, что произошло. Проводят дебрифинг команды, если случай был тяжёлым.

Вопрос 3. Профессиональные и личные вопросы персонала паллиативной службы

Двойственность темы. У сотрудника паллиативной службы профессиональные и личные вопросы переплетены: он ежедневно встречает смерть, горе, боль и вопросы смысла. Профессиональная часть — это роль, компетенция, границы,

команда, этика. Личная — здоровье, семья, собственные утраты, баланс работы и жизни. Такое разграничение нужно для устойчивости: выгоревший сотрудник не может быть опорой.

Границы роли. Помогать — не значит спасать всех и брать на себя всю боль. Профессиональная дистанция не равна равнодушию: теплота сочетается с ясными рамками. Нужно понимать свою компетенцию и вовремя передавать пациента психологу, психиатру, юристу, духовному лицу. Опасны подарки, деньги, романтические отношения, превращение в «члена семьи», обещания, которые нельзя выполнить. Границы защищают и пациента, и специалиста.

Команда и коммуникация. Работает мультидисциплинарная команда: врач, медсестра, фельдшер, психолог, социальный работник, духовный работник, волонтёры. Нужны регулярные плановые встречи, ясные роли, единая запись в документации, разбор конфликтов и ошибок без поиска виновного. Психологическая безопасность — это когда можно сказать «я не знаю» и «мне тяжело» без наказания. Молодых специалистов вводят постепенно, с наставником, обратной связью и правом задавать вопросы; им не устраивают «боевое крещение» в одиночку.

Этика и моральный дистресс. Сотрудник страдает, когда не может обеспечить должное обезболивание из-за бюрократии, когда семья скрывает диагноз, когда приходится принимать трудные решения о седации или гидратации. Помогают этические разборы, консилиумы, опора на клинические протоколы и закон, обсуждение в команде. Моральный дистресс нельзя перетерпеть: он ведёт к цинизму и ошибкам.

Утрата и ритуалы. Смерть каждого пациента — маленькая утрата. Накопленное горе проявляется раздражительностью, бессонницей, обесцениванием работы. Помогают дебрифинг после тяжёлых смертей, минута молчания, общий разбор, символический ритуал памяти, возможность попрощаться и прийти на похороны, если это уместно. Важно замечать свои чувства и называть их, а не прятать.

Личная устойчивость. Режим сна, еда, движение, отпуск, хобби, общение с близкими, психолог для сотрудников, страхование и социальные гарантии по трудовому законодательству Казахстана. Полезны супервизия, балинтовские группы, поддержка коллег, «ритуал перехода» после смены: переодеться, пройтись, принять душ, не обсуждать детали дома. Собственные утраты и болезни родственников могут стать триггером: тогда нужна супервизия и, возможно, пауза в работе с похожими случаями.

Роль руководителя. Следить за нагрузкой и графиком, ротацией, перерывами, проводить анонимные опросы, реагировать на признаки выгорания, самому показывать здоровое поведение и не превращать сверхурочность в норму. Забота о персонале — часть качества паллиативной помощи, а не роскошь.

БИЛЕТ 22. Психологические аспекты, неотложные состояния, переход во взрослую службу

Вопрос 1. Психологические аспекты: воздействие болезни, ограничивающей продолжительность жизни, утрата и смена роли, отрицание, гнев, тревога и депрессия

Как болезнь меняет жизнь. Болезнь, ограничивающая продолжительность жизни, отнимает здоровье и разрушает привычный уклад: работу, планы, поездки, роли в семье, ощущение контроля над телом и будущим. Человек может перестать быть добытчиком, матерью, сильным, водителем и стать «пациентом». Меняются тело, внешность, сексуальность, зависимость от других. Появляются страх боли и удушья, тревога за близких, финансовые заботы, вопросы смысла и веры. психологическая реакция — нормальный ответ на угрозу.

Утрата и смена роли. Пациент теряет прежние роли и оплакивает их. Ему важно оставаться человеком: сохранять участие в решениях, посильные обязанности, привычки, обращение по имени. В семье роли тоже смещаются: супруг становится сиделкой, ребёнок — взрослым, появляются усталость, обида, вина. Полезны открытый разговор о том, кто что делает, перераспределение задач, сохранение семейных ритуалов, обсуждение интимности и планов на оставшееся время.

Отрицание. Человек может не верить диагнозу, говорить «это ошибка», отказываться обсуждать прогноз. Отрицание бывает защитным: оно даёт время привыкнуть. Спорить и «открывать глаза» силой не нужно. Спрашивают: «Что вы знаете о своей болезни?», «Что вам сказали?», «Хотите ли вы знать больше?». Идут в темпе пациента, возвращаются к разговору позже. Опасен «заговор молчания», когда семья скрывает диагноз, а пациент уже всё понимает: это усиливает одиночество. Каждого члена семьи спрашивают отдельно.

Гнев. Злость на врачей, близких, Бога, здоровых людей — частая реакция на бессилие и страх. Её не принимают на свой счёт и не отвечают агрессией. Говорят: «Я вижу, что вы злитесь, и понимаю почему». Одновременно очерчивают границы недопустимого поведения. Гнев может быть полезен, если направляет энергию на защиту интересов, но разрушает, если бьёт по близким. Семье объясняют, что гнев вызван болезнью.

Тревога. Проявляется беспокойством, бессонницей, мыслями о будущем, страхом задохнуться, умереть одному, паникой. Сначала исключают телесные причины: боль, одышку, гипогликемию, делирий, действие стероидов и метоклопрамида. Помогают присутствие, честная информация, дыхательные упражнения, релаксация, музыка, психотерапия. Из лекарств кратковременно диазепам 2–5 мг или лоразепам 0,5–1 мг, при стойкой тревоге — антидепрессант из группы СИОЗС, эффект которого отложен. Боль всегда лечат в первую очередь: пока она есть, тревога не уйдёт.

Депрессия. Печаль нормальна, депрессия — болезнь. О ней говорят стойкое снижение настроения больше двух недель, потеря интереса и удовольствия, чувство безнадёжности и вины, нарушения сна и аппетита, заторможенность, мысли о смерти. Соматические критерии у паллиативного пациента размыты, поэтому спрашивают прямо, в том числе о суицидальных мыслях: такой вопрос безопасен и даёт возможность помочь. Лечение: психотерапия, СИОЗС (сертралин 25–50 мг, эсциталопрам 5–10 мг), миртазапин 15 мг при бессоннице и плохом

аппетите, иногда психостимулятор для быстрого эффекта. Обязательно лечат боль, анемию, гипотиреоз.

Инструменты поддержки. Активное слушание, эмпатия, нормализация («так бывает у многих»), психообразование, тишина и присутствие, духовная поддержка, семейные встречи, внимание к детям, помощь в горе. При выраженных расстройствах подключают психолога и психиатра. Всё это документируют и обсуждают в команде.

Вопрос 2. Неотложные состояния: гипогликемия, передозировка опиоидов

Гипогликемия: распознать. Это снижение глюкозы крови ниже 3,9 ммоль/л, при выраженных симптомах — ниже 3,0. В паллиативной практике причиной бывают инсулин и производные сульфонилмочевины при плохом питании, почечная и печёночная недостаточность, сепсис, алкоголь, отмена стероидов, опухолевая гипогликемия. Симптомы адренергические (дрожь, потливость, сердцебиение, тревога, голод) и нейрогликемические (спутанность, странное поведение, сонливость, невнятная речь, судороги, кома). У пожилых и на бета-блокаторах картина стёрта. Любое острое изменение сознания у паллиативного пациента требует измерения глюкозы.

Помощь при гипогликемии. Если пациент в сознании и глотает, дают 15–20 г быстрых углеводов: три-четыре чайные ложки сахара, 150 мл сока, таблетки глюкозы, мёд. Через 15 минут проверяют уровень, при необходимости повторяют, затем дают сложный углевод. Если глотание нарушено, вводят 20–40 мл 40% глюкозы внутривенно медленно или 200 мл 10%, затем поддерживающую инфузию 5–10% до уровня выше 5,5 ммоль/л. Без венозного доступа — глюкагон 1 мг внутримышечно или подкожно (0,5 мг при массе меньше 25 кг), но он не сработает при истощении гликогена, алкоголе, печёночной недостаточности и передозировке сульфонилмочевины; тогда нужен октреотид 50–100 мкг подкожно. Контроль каждые 15–30 минут. Затем пересматривают сахароснижающую терапию, при терминальной фазе её нередко отменяют и допускают умеренную гипергликемию ради комфорта. Семью учат распознавать симптомы, пользоваться глюкометром и набором глюкагона.

Передозировка опиоидов: распознать. Причины — ошибка титрования, накопление метаболитов при почечной недостаточности, взаимодействие с седативными и алкоголем, быстрое наращивание дозы у истощённого пациента. Классическая триада: точечные зрачки, угнетение дыхания (частота меньше 8 в минуту) и кома; добавляются цианоз, храп, гипотония, брадикардия, гипотермия, отёк лёгких. Иногда картина нарастает постепенно: седация, спутанность, миоклонии, галлюцинации. Мониторят частоту дыхания и шкалу седации; жалобой на боль контроль не заменяют.

Помощь при передозировке. Прекратить опиоид, обеспечить проходимость дыхательных путей, дать кислород, при частоте дыхания ниже 8 или падении сатурации — вентиляция мешком Амбу. главное — дыхание, полного пробуждения ждать не нужно. Налоксон вводят дробно: 0,04–0,1 мг внутривенно, повторяя каждые 2 минуты до восстановления дыхания, не до полного бодрствования, иначе возникнут острая боль, агрессия, абстиненция и отёк лёгких. Без вены — внутримышечно, подкожно или интраназально 0,4 мг. Действие налоксона короче, чем у большинства опиоидов, поэтому наблюдают 2–4 часа, при необходимости

повторяют или ставят инфузию. После стабилизации дозу опиоида снижают на 25–50%, пересматривают схему, добавляют неопиоидные препараты и слабительные. У умирающего пациента терминальное угнетение дыхания не всегда требует налоксона: если нет признаков страдания, приоритет — комфорт.

Профилактика. Письменные схемы, правильный пересчёт доз, учёт функции почек, мониторинг седации, отказ от лишних седативных, налоксон и глюкагон в домашнем наборе у групп риска, обучение семьи и хранение препаратов в недоступном для детей месте.

Вопрос 3. Перевод детей под наблюдение служб для взрослых

Что это такое. Перевод ребёнка под наблюдение служб для взрослых — управляемый процесс перехода от детской паллиативной помощи к взрослой. В Казахстане детский возраст обычно определяется до 18 лет, планирование начинают с 12–14 лет, активную передачу — в 16–18 лет, но при отдельных болезнях сроки сдвигаются по местным протоколам. Цель — сохранить непрерывность помощи, доверие и качество жизни.

Принципы. Переход начинают заранее, за год-два. Он индивидуален и мультидисциплинарен, в центре процесса — подросток, болезнь лишь контекст. Назначают координатора или кейс-менеджера. Составляют письменный план и выписку-резюме. Знакомят с новой командой до перевода, проводят совместные приёмы, обеспечивают «тёплую передачу» в виде устного и письменного отчёта при личном контакте команд. Первый приём у взрослых назначают в течение двух-четырёх недель, затем звонят и проверяют, что пациент не потерялся.

Подготовка подростка. Его учат знать диагноз, препараты, дозы, признаки ухудшения, кому звонить, как записываться на приём, как получать льготы и документы. Постепенно передают навыки самоконтроля: самостоятельный приём лекарств, уход за катетером или гастростомой, понимание своих прав, вопросы о сексуальности, контрацепции, алкоголе, вождении, учёбе и работе. Важно спрашивать его мнение отдельно от родителей и соблюдать конфиденциальность после 18 лет.

Подготовка семьи. Родители боятся, что взрослая система холоднее и менее опытна в редких детских болезнях, что их перестанут слышать. Страх снимают знакомством с новой командой, экскурсией, разговором о различиях в работе, планом участия родителей. Обсуждают, кто теперь будет главным врачом, как сохранится помощь на дому, что делать ночью, как продлить рецепты на опиоиды и кислород.

Документы и организация. Передают диагноз, анамнез, результаты, список препаратов и аллергий, устройства, план ухода, реанимационные предпочтения, группу инвалидности, социальные льготы, психологическую и семейную историю. Проверяют, что взрослая служба принимает пациента, имеет койки, оборудование и финансирование. При когнитивных нарушениях решают вопрос опеки и согласия. Перевод не должен прерывать обезболивание, питание, кислород и уход.

Эмоциональная сторона. Подросток хочет самостоятельности и одновременно боится потерять знакомого врача; он переживает, что не успел прожить обычную жизнь. Полезны постепенное прощание с детской командой, встреча с другими молодыми пациентами, психолог, поддержка сверстников. Родителям нужно время, чтобы отпустить контроль. Команда тоже переживает расставание, и это стоит

признавать.

Барьеры и решения. Нехватка взрослых паллиативных коек, разные критерии приёма, разрозненные записи, транспорт и село. Помогают единые протоколы перехода, телемедицина, координатор, обучение взрослых специалистов детским болезням и обратная связь. Критерий успеха — пациент наблюдается, получает препараты и помощь без разрыва, а семья знает, к кому обращаться.

БИЛЕТ 23. Нарушения дыхания, лекарства у детей, урогенитальные симптомы

Формулировки билета 23 идентичны билету 20 (в листе преподавателя пункты пронумерованы 4–6); ответ приводится в полном объёме.

Вопрос 1. Симптоматическое лечение нарушений дыхания: кровохарканье, икота, плевральный выпот

Кровохарканье: как оценить. Кровохарканье — выделение крови с кашлем из дыхательных путей. Его отличают от кровавой рвоты и носового кровотечения. Оценивают объём (прожилки в мокроте, чайная ложка, стакан), цвет, частоту, давление и пульс, одышку, гемоглобин, приём антикоагулянтов. Массивным считают кровотечение более 200–300 мл за сутки. Чаще кровохарканье небольшое, но пугает сильнее, чем угрожает жизни.

Неотложная помощь. Вызывают помощь, обеспечивают проходимость дыхательных путей, дают кислород, ставят венозный доступ. Пациента укладывают на сторону поражения, чтобы кровь не заливала здоровое лёгкое; если лежать не может — сажают полусидя. Держатся спокойно: паника передаётся больному. Дают лёд или холодное питьё, горячее исключают. Вводят транексамовую кислоту 500–1000 мг внутривенно медленно, затем по 500 мг три раза в сутки, антикоагулянты отменяют. Дозу опиоида увеличивают, чтобы подавить кашлевой рефлекс: морфин 2,5–5 мг подкожно или внутривенно. При кровоточащей опухоли бронха возможна короткая паллиативная лучевая терапия, при рецидивирующем массивном кровотечении — эмболизация бронхиальных артерий.

Разговор с семьёй. Кровь выглядит страшнее, чем вредит: чайная ложка крови окрашивает много мокроты. Объясняют, что делать при повторе, готовят домашний набор с гемостатиком и опиоидом, используют тёмные полотенца.

Икота. Это непроизвольные сокращения диафрагмы и межрёберных мышц с внезапным закрытием голосовой щели. Причины: растяжение желудка, метастазы в печени, асцит, раздражение диафрагмы, уремия, глюкокортикоиды, опиоиды, поражение нервной системы. Рефлекс идёт через блуждающий и диафрагмальный нервы. Немедикаментозно помогают дробное питание, отказ от газированных напитков и заглатывания воздуха, вертикальное положение после еды, лечение запоров, при растяжении желудка — зонд. Стимулируют носоглотку: чайная ложка сахара, кусочек льда, задержка дыхания. Из препаратов применяют метоклопрамид 10 мг три раза в сутки, хлорпромазин 25 мг три раза, баклофен 5–10 мг два-три раза с повышением до 20 мг три раза, габапентин от 300 мг в сутки при упорной икоте. При метастазах в печени добавляют дексаметазон 4–8 мг в сутки.

Плевральный выпот. Признаки: нарастающая одышка, сухой кашель, тяжесть в груди, отставание половины грудной клетки при дыхании, притупление перкуторного звука, ослабление дыхания. Диагностика — прежде всего УЗИ у постели: оно видит 50–100 мл жидкости и служит навигатором для пункции; рентгенография выявляет 200–300 мл. Чаще выпот злокачественный, но исключают сердечную недостаточность, пневмонию и гипоальбуминемию.

Лечение выпота. При отсутствии симптомов наблюдают. При одышке выполняют лечебный торакоцентез под УЗИ-контролем, удаляя 1–1,5 л медленно, не более 1,5 л за сеанс из-за риска реэкспансионного отёка лёгкого. Повторные пункции нужны

каждые несколько дней или недель. При рецидиве проводят плевродез после полного расправления лёгкого: тальк 4–5 г в 50–100 мл физиологического раствора через дренаж либо доксициклин 500 мг в 50 мл раствора, с обезболиванием опиоидом и поворотами пациента. Альтернатива — постоянный плевральный катетер, позволяющий дренировать жидкость дома два-три раза в неделю. При чувствительных опухолях эффективна системная противоопухолевая терапия. Диуретики помогают только при сердечной причине. После дренирования важны дыхательные упражнения и ранняя активизация.

Вопрос 2. Назначение лекарственных препаратов детям

Почему ребёнок — не маленький взрослый. Дозы у детей рассчитывают на массу тела, а у части препаратов, например цитостатиков и некоторых антибиотиков, — на площадь поверхности тела. Фармакокинетика отличается: больше воды и меньше жира, выше относительная площадь поверхности, незрелые ферменты печени и низкая клубочковая фильтрация у новорождённых. Поэтому эффект и токсичность менее предсказуемы. Массу тела берут измеренную, в килограммах, взвешивание вместо оценки «на глаз», пересчитывают при каждом назначении, сверяют с максимальной взрослой дозой и возрастными ограничениями. Используют детские формы и мерные шприцы, а не чайные ложки. Расчёт проверяет второй сотрудник. Работают по правилу «правильный пациент, препарат, доза, путь, время», с письменным назначением и согласием родителей, которым объясняют цель, дозу и побочные эффекты.

Обезболивание и лихорадка. Парацетамол 10–15 мг/кг на приём каждые 4–6 часов, не более 60 мг/кг в сутки; у новорождённых интервал больше. Ибупрофен 5–10 мг/кг каждые 6–8 часов, не более 30 мг/кг в сутки, не применяют у детей до 3 месяцев, при обезвоживании и почечной недостаточности, дают с едой. Морфин при боли: внутрь 0,15–0,3 мг/кг каждые 4 часа, внутривенно или подкожно 0,05–0,1 мг/кг каждые 2–4 часа, постоянная подкожная инфузия 0,02–0,04 мг/кг в час; у новорождённых дозы ниже. Кодеин и трамадол детям до 12 лет не назначают из-за риска угнетения дыхания у быстрых метаболизаторов; после тонзиллэктомии кодеин запрещён до 18 лет.

Тошнота, тревога, другие симптомы. Ондансетрон 0,1 мг/кг три раза в сутки, не более 4 мг внутривенно и 8 мг внутрь на приём. Метоклопрамид 0,1–0,15 мг/кг три раза в сутки, не более 0,5 мг/кг в сутки. Мидазолам при тревоге, судорогах и перед процедурой: внутрь 0,3–0,5 мг/кг в сутки дробно, внутривенно или подкожно 0,05–0,1 мг/кг, интраназально 0,2–0,3 мг/кг. Дексаметазон 0,1–0,2 мг/кг в сутки. Гиосцина бутилбромид 0,3–0,6 мг/кг на приём каждые 6–8 часов при секреции и спазмах. Галоперидол 0,01–0,05 мг/кг в сутки при делирии. Лактулоза 1–2 мл/кг в сутки при запоре. Амоксициллин 25–50 мг/кг в сутки, цефтриаксон 50–80 мг/кг в сутки при инфекциях.

Организация и безопасность. Ведут детский формуляр и таблицу эквивалентных доз, проверяют функцию печени и почек, взаимодействия, уровень седации после опиоида, держат наготове налоксон. Родителям дают письменную схему с часами приёма, учат пользоваться шприцом-дозатором, объясняют признаки передозировки и когда звонить. Для детей важны простота схемы, вкус препарата, возможность растворить таблетку, наклейки и поощрение при приёме. Документируют каждую дозу, причину изменения и реакцию ребёнка.

Вопрос 3. Симптоматическое лечение нарушений урогенитальной системы: спазмы мочевого пузыря, уход за катетером, затруднённое мочеиспускание

Спазмы мочевого пузыря. Это непроизвольные сокращения детрузора: внезапный императивный позыв, боль над лоном, подтекание мочи вокруг катетера, иногда потливость и беспокойство. Причины — раздражение баллоном катетера, прорастание опухолью, лучевой цистит, инфекция, запор. Сначала проверяют проходимость катетера, его положение и объём баллона (обычно 10 мл, переполнять не нужно), исключают инфекцию и запор. Антихолинергики: оксибутинин 5 мг два-три раза в сутки, толтеродин 2 мг два раза, солифенацин 5 мг в сутки; у пожилых учитывают антихолинергическую нагрузку и риск спутанности. Мирабегрон 25–50 мг в сутки — альтернатива при непереносимости. При упорных спазмах выполняют инстилляцию оксибутинина 5 мг в 30 мл раствора или лидокаина 2% 10–20 мл перед сменой катетера, вводят гиосцина бутилбромид 20 мг подкожно. Парацетамол или НПВП усиливают эффект. При неэффективности — ботулинотерапия, блокада, консультация уролога.

Уход за катетером. Катетер ставят по показаниям: задержка мочи, недержание с повреждением кожи, необходимость точного учёта, комфорт в терминальной фазе. Установка стерильная: перчатки, антисептик, лубрикант, размер 12–14 French у взрослого, баллон 10 мл, фиксация к бедру без натяжения, закрытая дренажная система, пакет ниже уровня мочевого пузыря и не на полу. Опорожняют при наполнении наполовину, соблюдают гигиену рук. Ежедневно осматривают область уретры, промывают водой с мылом без рутинных антисептиков, следят за отсутствием перегибов. Латексный катетер меняют каждые 2–4 недели, силиконовый — каждые 4–12 недель, раньше при закупорке, инфекции, боли. Оценивают цвет, осадок, запах и объём мочи. При отсутствии противопоказаний дают 1,5–2 л жидкости в сутки. Профилактика инфекции — закрытая система, отказ от лишней катетеризации, гигиена; бессимптомную бактериурию не лечат, при симптомах берут посев и назначают антибиотик. Дополнительно возможны цитраты и метенамин.

Затруднённое мочеиспускание. Причины: аденома простаты, сдавление опухолью (простата, шейка матки, мочевой пузырь, прямая кишка), стриктура уретры, неврологические нарушения, сдавление спинного мозга, опиоиды, антихолинергики, запор, обездвиженность, непривычная обстановка. Острая задержка с болью — неотложное состояние. Боль в спине, седловидная анестезия и слабость ног требуют исключения компрессии спинного мозга, немедленного введения дексаметазона и консультации нейрохирурга.

Что делать. Обеспечивают приватность и удобное положение: мужчине легче стоя или сидя, женщине — сидя с опорой под ногами. Помогают тепло, звук льющейся воды, тёплое судно, лёгкий массаж над лоном, расслабление, двойное опорожнение. При аденоме простаты назначают тамсулозин 0,4 мг на ночь с осторожностью при гипотонии. Бетанехол 10–25 мг три раза в сутки применяют редко. Если моча не отходит, катетеризируют: предпочтительна прерывистая чистая катетеризация три-четыре раза в день, при необходимости — постоянный катетер или надлобковый дренаж. Уролог решает вопрос о стентировании мочеточника, нефростоме, трансуретральной резекции. В терминальной ситуации допустимо принять недержание и использовать впитывающие средства ради комфорта.

БИЛЕТ 24. Принципы лечения боли, предсмертный храп, вопросы персонала

Формулировки билета 24 идентичны билету 21 (в листе преподавателя пункты пронумерованы 4–6); ответ приводится в полном объёме.

Вопрос 1. Общие принципы и терапия боли

Цель и принципы. Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей. В паллиативной помощи она есть у большинства пациентов. Цель — уровень, при котором человек спит, двигается и общается, обычно 3 и меньше по десятибалльной шкале; ноль баллов не обязателен. Главные принципы: назначать строго по часам; подбирать дозу индивидуально; использовать лестницу обезболивания ВОЗ; предупреждать побочные эффекты; пересматривать схему при каждом изменении. К постоянной дозе добавляют резервную на прорывную боль — обычно 10–15% суточной дозы, не чаще трёх-четырёх раз в день; если резервная доза нужна чаще, базовую увеличивают. Пациента и семью обучают вести дневник боли.

Оценка. Выясняют причину и тип боли: ноцицептивная (соматическая, висцеральная), нейропатическая, смешанная. Оценивают интенсивность по цифровой шкале, у детей и при деменции — по поведению, влияние на сон, движение, настроение. Смотрят текущие препараты и дозы, сопутствующие болезни, функцию почек и печени, побочные эффекты, приверженность, психосоциальные и духовные факторы. Боль усиливают тревога, депрессия, бессонница, запор, пролежни.

Лестница ВОЗ. Первая ступень — неопиоидные: парацетамол 500–1000 мг каждые 4–6 часов, не более 4 г в сутки (у ослабленных 3 г), ибупрофен 400 мг три раза, диклофенак 50 мг два-три раза, всегда с гастропротекцией и осторожностью при болезнях почек, сердца, желудка. Вторая ступень — слабые опиоиды: трамадол 50–100 мг два-три раза, не более 400 мг в сутки, кодеин 15–30 мг три-четыре раза; их сочетают с неопиоидом. Третья ступень — сильные опиоиды: морфин внутрь 5–10 мг каждые 4 часа с титрованием, подкожно 2,5–5 мг каждые 4 часа; оксикодон 5–10 мг каждые 4 часа; при стабильной боли — фентанил трансдермально 12–25 мкг/час или бупренорфин 5–10 мкг/час. При переходе с одного опиоида на другой учитывают эквианальгетические дозы и снижают расчётную дозу на 25–50% из-за перекрёстной толерантности.

Пути введения и адъюванты. Начинают с приёма внутрь; если глотание нарушено — подкожно (дома удобна бабочка или канюля с инфузионным насосом), затем внутривенно, трансдермально, ректально, сублингвально, интраназально. Адъюванты: при нейропатической боли амитриптилин 10–25 мг на ночь, габапентин от 100–300 мг в сутки с титрованием, прегабалин 75 мг два раза, дулоксетин. При боли в костях — НПВП, дексаметазон 4–8 мг, лучевая терапия, золедроновая кислота 4 мг внутривенно или деносумаб. При спазмах — гиосцина бутилбромид 20 мг, при растяжении капсулы печени — дексаметазон, при мышечном спазме — баклофен или диазепам.

Побочные эффекты. Запор предупреждают всем, кто получает опиоид: сенна с лактулозой или бисакодил с первого дня. Тошноту в первые дни купируют метоклопрамидом 10 мг три раза или галоперидолом 1–2 мг. Сонливость обычно проходит за несколько дней; стойкая требует снижения дозы. Угнетение дыхания

при правильном титровании редко. При зуде меняют препарат или добавляют антигистаминное, при миоклониях снижают дозу и добавляют клоназепам. Эффект оценивают по боли, сну, активности и побочным эффектам.

Вопрос 2. Предсмертный храп

Механизм. Предсмертный храп — шумное дыхание, вызванное колебанием слюны и слизи в глотке, гортани и трахее. В последние дни жизни сознание угнетается, глотательный и кашлевой рефлексы слабеют, секрет накапливается и не откашливается; воздух проходит через жидкость и даёт вибрирующий звук. Шум не связан с болью, удушьем, голодом или жаждой. Шум появляется обычно за один–три дня, иногда за часы до смерти, и встречается у большинства умирающих.

Что чувствует пациент и что чувствует семья. Сам пациент, как правило, ничего не ощущает из-за угнетения сознания. Страдают близкие: звук ассоциируется с задыханием, вызывает ужас, бессонницу, чувство вины и беспомощности. Поэтому половина работы — объяснение. Спокойно говорят: «Он не задыхается и не чувствует боли. Это скопившаяся жидкость, которую он не может откашлять. Мы делаем всё, чтобы ему было комфортно». Слово «задыхается» не употребляют. Разрешают быть рядом, держать за руку, говорить тихо, включать знакомую музыку. Предупреждают, что шум может усилиться к концу — это не значит, что страдания стали сильнее.

Оценка. Убеждаются, что шум не вызван другими причинами: западением языка, обструкцией дыхательных путей, бронхоспазмом, отёком лёгких, аспирацией, сухостью слизистой, неудобным положением. Смотрят сознание, дыхание, кашель, температуру, наличие инфекции. Если есть одышка и беспокойство, лечат причину, шум при этом уходит.

Немедикаментозные меры. Поворачивают на бок, голову поворачивают в сторону, головной конец приподнимают на 30 градусов, если нет противопоказаний. Уменьшают внутривенные вливания и объём питья, если это не причиняет страданий: меньше жидкости — меньше секрета. Полость рта обрабатывают каждые 2–4 часа влажной салфеткой, смазывают губы вазелином, увлажняют воздух. Отсасывание применяют только при явной обструкции, коротко и мягко: оно травмирует слизистую, стимулирует отделение слизи и учащает процедуру. Не кормят и не поят насильно.

Лекарства. Антихолинергики снижают секрецию: гиосцина бутилбромид 20 мг подкожно каждые 4–6 часов или 60–120 мг в сутки через насос; гликопирролат 0,2–0,4 мг подкожно или внутривенно каждые 4–6 часов, он меньше проникает в мозг и реже вызывает возбуждение. Гиосцин гидробромид в виде пластыря 1,5 мг за ухом на 72 часа удобен, но у пожилых может вызвать спутанность. Атропин из-за тахикардии и возбуждения в паллиативной практике нежелателен. Эффект оценивают через 30–60 минут, при необходимости повторяют. Профилактически всем подряд препараты не назначают.

После смерти. Дают семье побыть рядом, отвечают на вопросы, объясняют, что произошло. Проводят дебрифинг команды, если случай был тяжёлым.

Вопрос 3. Профессиональные и личные вопросы персонала паллиативной службы

Двойственность темы. У сотрудника паллиативной службы профессиональные и личные вопросы переплетены: он ежедневно встречает смерть, горе, боль и вопросы смысла. Профессиональная часть — это роль, компетенция, границы, команда, этика. Личная — здоровье, семья, собственные утраты, баланс работы и жизни. Такое разграничение нужно для устойчивости: выгоревший сотрудник не может быть опорой.

Границы роли. Помогать — не значит спасать всех и брать на себя всю боль. Профессиональная дистанция не равна равнодушию: теплота сочетается с ясными рамками. Нужно понимать свою компетенцию и вовремя передавать пациента психологу, психиатру, юристу, духовному лицу. Опасны подарки, деньги, романтические отношения, превращение в «члена семьи», обещания, которые нельзя выполнить. Границы защищают и пациента, и специалиста.

Команда и коммуникация. Работает мультидисциплинарная команда: врач, медсестра, фельдшер, психолог, социальный работник, духовный работник, волонтёры. Нужны регулярные плановые встречи, ясные роли, единая запись в документации, разбор конфликтов и ошибок без поиска виновного. Психологическая безопасность — это когда можно сказать «я не знаю» и «мне тяжело» без наказания. Молодых специалистов вводят постепенно, с наставником, обратной связью и правом задавать вопросы; им не устраивают «боевое крещение» в одиночку.

Этика и моральный дистресс. Сотрудник страдает, когда не может обеспечить должное обезболивание из-за бюрократии, когда семья скрывает диагноз, когда приходится принимать трудные решения о седации или гидратации. Помогают этические разборы, консилиумы, опора на клинические протоколы и закон, обсуждение в команде. Моральный дистресс нельзя перетерпеть: он ведёт к цинизму и ошибкам.

Утрата и ритуалы. Смерть каждого пациента — маленькая утрата. Накопленное горе проявляется раздражительностью, бессонницей, обесцениванием работы. Помогают дебрифинг после тяжёлых смертей, минута молчания, общий разбор, символический ритуал памяти, возможность попрощаться и прийти на похороны, если это уместно. Важно замечать свои чувства и называть их, а не прятать.

Личная устойчивость. Режим сна, еда, движение, отпуск, хобби, общение с близкими, психолог для сотрудников, страхование и социальные гарантии по трудовому законодательству Казахстана. Полезны супервизия, балинтовские группы, поддержка коллег, «ритуал перехода» после смены: переодеться, пройтись, принять душ, не обсуждать детали дома. Собственные утраты и болезни родственников могут стать триггером: тогда нужна супервизия и, возможно, пауза в работе с похожими случаями.

Роль руководителя. Следить за нагрузкой и графиком, ротацией, перерывами, проводить анонимные опросы, реагировать на признаки выгорания, самому показывать здоровое поведение и не превращать сверхурочность в норму. Забота о персонале — часть качества паллиативной помощи, а не роскошь.

БИЛЕТ 25. Психологические аспекты, неотложные состояния, переход во взрослую службу

Формулировки билета 25 идентичны билету 22 (в листе преподавателя пункты пронумерованы 4–6); ответ приводится в полном объёме.

Вопрос 1. Психологические аспекты: воздействие болезни, ограничивающей продолжительность жизни, утрата и смена роли, отрицание, гнев, тревога и депрессия

Как болезнь меняет жизнь. Болезнь, ограничивающая продолжительность жизни, отнимает здоровье и разрушает привычный уклад: работу, планы, поездки, роли в семье, ощущение контроля над телом и будущим. Человек может перестать быть добытчиком, матерью, сильным, водителем и стать «пациентом». Меняются тело, внешность, сексуальность, зависимость от других. Появляются страх боли и удушья, тревога за близких, финансовые заботы, вопросы смысла и веры. психологическая реакция — нормальный ответ на угрозу.

Утрата и смена роли. Пациент теряет прежние роли и оплакивает их. Ему важно оставаться человеком: сохранять участие в решениях, посильные обязанности, привычки, обращение по имени. В семье роли тоже смещаются: супруг становится сиделкой, ребёнок — взрослым, появляются усталость, обида, вина. Полезны открытый разговор о том, кто что делает, перераспределение задач, сохранение семейных ритуалов, обсуждение интимности и планов на оставшееся время.

Отрицание. Человек может не верить диагнозу, говорить «это ошибка», отказываться обсуждать прогноз. Отрицание бывает защитным: оно даёт время привыкнуть. Спорить и «открывать глаза» силой не нужно. Спрашивают: «Что вы знаете о своей болезни?», «Что вам сказали?», «Хотите ли вы знать больше?». Идут в темпе пациента, возвращаются к разговору позже. Опасен «заговор молчания», когда семья скрывает диагноз, а пациент уже всё понимает: это усиливает одиночество. Каждого члена семьи спрашивают отдельно.

Гнев. Злость на врачей, близких, Бога, здоровых людей — частая реакция на бессилие и страх. Её не принимают на свой счёт и не отвечают агрессией. Говорят: «Я вижу, что вы злитесь, и понимаю почему». Одновременно очерчивают границы недопустимого поведения. Гнев может быть полезен, если направляет энергию на защиту интересов, но разрушает, если бьёт по близким. Семье объясняют, что гнев вызван болезнью.

Тревога. Проявляется беспокойством, бессонницей, мыслями о будущем, страхом задохнуться, умереть одному, паникой. Сначала исключают телесные причины: боль, одышку, гипогликемию, делирий, действие стероидов и метоклопрамида. Помогают присутствие, честная информация, дыхательные упражнения, релаксация, музыка, психотерапия. Из лекарств кратковременно диазепам 2–5 мг или лоразепам 0,5–1 мг, при стойкой тревоге — антидепрессант из группы СИОЗС, эффект которого отложен. Боль всегда лечат в первую очередь: пока она есть, тревога не уйдёт.

Депрессия. Печаль нормальна, депрессия — болезнь. О ней говорят стойкое снижение настроения больше двух недель, потеря интереса и удовольствия, чувство безнадёжности и вины, нарушения сна и аппетита, заторможенность, мысли о смерти. Соматические критерии у паллиативного пациента размыты, поэтому спрашивают прямо, в том числе о суицидальных мыслях: такой вопрос

безопасен и даёт возможность помочь. Лечение: психотерапия, СИОЗС (сертралин 25–50 мг, эсциталопрам 5–10 мг), миртазапин 15 мг при бессоннице и плохом аппетите, иногда психостимулятор для быстрого эффекта. Обязательно лечат боль, анемию, гипотиреоз.

Инструменты поддержки. Активное слушание, эмпатия, нормализация («так бывает у многих»), психообразование, тишина и присутствие, духовная поддержка, семейные встречи, внимание к детям, помощь в горе. При выраженных расстройствах подключают психолога и психиатра. Всё это документируют и обсуждают в команде.

Вопрос 2. Неотложные состояния: гипогликемия, передозировка опиоидов

Гипогликемия: распознать. Это снижение глюкозы крови ниже 3,9 ммоль/л, при выраженных симптомах — ниже 3,0. В паллиативной практике причиной бывают инсулин и производные сульфонилмочевины при плохом питании, почечная и печёночная недостаточность, сепсис, алкоголь, отмена стероидов, опухолевая гипогликемия. Симптомы адренергические (дрожь, потливость, сердцебиение, тревога, голод) и нейрогликемические (спутанность, странное поведение, сонливость, невнятная речь, судороги, кома). У пожилых и на бета-блокаторах картина стёрта. Любое острое изменение сознания у паллиативного пациента требует измерения глюкозы.

Помощь при гипогликемии. Если пациент в сознании и глотает, дают 15–20 г быстрых углеводов: три-четыре чайные ложки сахара, 150 мл сока, таблетки глюкозы, мёд. Через 15 минут проверяют уровень, при необходимости повторяют, затем дают сложный углевод. Если глотание нарушено, вводят 20–40 мл 40% глюкозы внутривенно медленно или 200 мл 10%, затем поддерживающую инфузию 5–10% до уровня выше 5,5 ммоль/л. Без венозного доступа — глюкагон 1 мг внутримышечно или подкожно (0,5 мг при массе меньше 25 кг), но он не сработает при истощении гликогена, алкоголе, печёночной недостаточности и передозировке сульфонилмочевины; тогда нужен октреотид 50–100 мкг подкожно. Контроль каждые 15–30 минут. Затем пересматривают сахароснижающую терапию, при терминальной фазе её нередко отменяют и допускают умеренную гипергликемию ради комфорта. Семью учат распознавать симптомы, пользоваться глюкометром и набором глюкагона.

Передозировка опиоидов: распознать. Причины — ошибка титрования, накопление метаболитов при почечной недостаточности, взаимодействие с седативными и алкоголем, быстрое наращивание дозы у истощённого пациента. Классическая триада: точечные зрачки, угнетение дыхания (частота меньше 8 в минуту) и кома; добавляются цианоз, храп, гипотония, брадикардия, гипотермия, отёк лёгких. Иногда картина нарастает постепенно: седация, спутанность, миоклонии, галлюцинации. Мониторят частоту дыхания и шкалу седации; жалобой на боль контроль не заменяют.

Помощь при передозировке. Прекратить опиоид, обеспечить проходимость дыхательных путей, дать кислород, при частоте дыхания ниже 8 или падении сатурации — вентиляция мешком Амбу. главное — дыхание, полного пробуждения ждать не нужно. Налоксон вводят дробно: 0,04–0,1 мг внутривенно, повторяя каждые 2 минуты до восстановления дыхания, не до полного бодрствования, иначе возникнут острая боль, агрессия, абстиненция и отёк лёгких. Без вены —

внутримышечно, подкожно или интраназально 0,4 мг. Действие налоксона короче, чем у большинства опиоидов, поэтому наблюдают 2–4 часа, при необходимости повторяют или ставят инфузию. После стабилизации дозу опиоида снижают на 25–50%, пересматривают схему, добавляют неопиоидные препараты и слабительные. У умирающего пациента терминальное угнетение дыхания не всегда требует налоксона: если нет признаков страдания, приоритет — комфорт.

Профилактика. Письменные схемы, правильный пересчёт доз, учёт функции почек, мониторинг седации, отказ от лишних седативных, налоксон и глюкагон в домашнем наборе у групп риска, обучение семьи и хранение препаратов в недоступном для детей месте.

Вопрос 3. Перевод детей под наблюдение служб для взрослых

Что это такое. Перевод ребёнка под наблюдение служб для взрослых — управляемый процесс перехода от детской паллиативной помощи к взрослой. В Казахстане детский возраст обычно определяется до 18 лет, планирование начинают с 12–14 лет, активную передачу — в 16–18 лет, но при отдельных болезнях сроки сдвигаются по местным протоколам. Цель — сохранить непрерывность помощи, доверие и качество жизни.

Принципы. Переход начинают заранее, за год-два. Он индивидуален и мультидисциплинарен, в центре процесса — подросток, болезнь лишь контекст. Назначают координатора или кейс-менеджера. Составляют письменный план и выписку-резюме. Знакомят с новой командой до перевода, проводят совместные приёмы, обеспечивают «тёплую передачу» в виде устного и письменного отчёта при личном контакте команд. Первый приём у взрослых назначают в течение двух-четырёх недель, затем звонят и проверяют, что пациент не потерялся.

Подготовка подростка. Его учат знать диагноз, препараты, дозы, признаки ухудшения, кому звонить, как записываться на приём, как получать льготы и документы. Постепенно передают навыки самоконтроля: самостоятельный приём лекарств, уход за катетером или гастростомой, понимание своих прав, вопросы о сексуальности, контрацепции, алкоголе, вождении, учёбе и работе. Важно спрашивать его мнение отдельно от родителей и соблюдать конфиденциальность после 18 лет.

Подготовка семьи. Родители боятся, что взрослая система холоднее и менее опытна в редких детских болезнях, что их перестанут слышать. Страх снимают знакомством с новой командой, экскурсией, разговором о различиях в работе, планом участия родителей. Обсуждают, кто теперь будет главным врачом, как сохранится помощь на дому, что делать ночью, как продлить рецепты на опиоиды и кислород.

Документы и организация. Передают диагноз, анамнез, результаты, список препаратов и аллергий, устройства, план ухода, реанимационные предпочтения, группу инвалидности, социальные льготы, психологическую и семейную историю. Проверяют, что взрослая служба принимает пациента, имеет койки, оборудование и финансирование. При когнитивных нарушениях решают вопрос опеки и согласия. Перевод не должен прерывать обезболивание, питание, кислород и уход.

Эмоциональная сторона. Подросток хочет самостоятельности и одновременно боится потерять знакомого врача; он переживает, что не успел прожить обычную жизнь. Полезны постепенное прощание с детской командой, встреча с другими

молодыми пациентами, психолог, поддержка сверстников. Родителям нужно время, чтобы отпустить контроль. Команда тоже переживает расставание, и это стоит признавать.

Барьеры и решения. Нехватка взрослых паллиативных коек, разные критерии приёма, разрозненные записи, транспорт и село. Помогают единые протоколы перехода, телемедицина, координатор, обучение взрослых специалистов детским болезням и обратная связь. Критерий успеха — пациент наблюдается, получает препараты и помощь без разрыва, а семья знает, к кому обращаться.