

# ОГЛАВЛЕНИЕ

---

Предисловие .....	7
Список сокращений и условных обозначений .....	9
Введение .....	10
<b>Глава 1.</b> Определение и философия паллиативной медицинской помощи. Идеология и принципы оказания паллиативной помощи.....	11
1.1. Виды паллиативной помощи .....	13
1.2. Места оказания паллиативной медицинской помощи .....	15
1.3. История создания хосписов .....	16
<b>Глава 2.</b> Особенности работы медицинских сестер, оказывающих паллиативную медицинскую помощь .....	20
2.1. Оказание паллиативной медицинской помощи при дыхательной недостаточности .....	23
2.2. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения ...	33
2.3. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с деменцией .....	36
2.4. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с хроническим болевым синдромом .....	42
2.5. Оказание паллиативной медицинской помощи пациентам с гастроэнтерологическими нарушениями .....	49
2.5.1. Кахексия .....	50
2.5.2. Дисфагия .....	54
2.5.3. Тошнота и рвота .....	55
2.5.4. Запор .....	56
2.5.5. Диарея .....	57
2.6. Оказание паллиативной медицинской помощи при хронических ранах/пролежнях.....	59
2.6.1. Классификация пролежней .....	59
2.6.2. Дифференциальная диагностика дерматита, вызванного недержанием, и пролежней .....	60

2.6.3. Общие подходы к профилактике пролежней . . . . .	61
2.6.4. Общие подходы к лечению пролежней . . . . .	63
2.7. Оказание паллиативной медицинской помощи стомированным пациентам . . . . .	64
2.7.1. Трахеостома, классификация, правила ухода . . . . .	67
2.7.2. Гастростома, классификация, правила ухода . . . . .	79
2.7.3. Еюностома . . . . .	87
2.7.4. Илеостома . . . . .	89
2.7.5. Колостома . . . . .	93
2.7.6. Нефростома . . . . .	100
2.7.7. Уростома . . . . .	104
2.7.8. Цистостома . . . . .	112
2.7.9. Психологические аспекты жизни стомированных больных . . . . .	119
2.8. Оказание паллиативной медицинской помощи катетеризированным пациентам . . . . .	125
2.8.1. Катетеризация мочевого пузыря. Разновидности и типы мочевых катетеров . . . . .	125
2.8.2. Правила ухода за мочевыми катетерами . . . . .	128
<b>Глава 3.</b> Шкалы в работе медицинской сестры . . . . .	131
3.1. Оценка психического статуса . . . . .	131
3.2. Гериатрическая шкала оценки депрессии . . . . .	133
3.3. Оценка функционального статуса пациента. Шкала Карновского . . . . .	135
3.4. Оценка активности повседневной жизни. Индекс Бартел . . .	137
3.5. Оценка функциональной независимости пациента. Шкала Рэнкина . . . . .	138
3.6. Оценка подвижности (мобильности) пациента. Индекс мобильности Ривермид . . . . .	141
3.7. Оценка общего состояния пациента при паллиативном лечении . . . . .	141
3.8. Оценка интенсивности боли . . . . .	144
3.9. Оценка риска падения . . . . .	148
3.10. Оценка риска возникновения пролежней . . . . .	149
<b>Глава 4.</b> Инновации в работе медицинской сестры при оказании паллиативной медицинской помощи . . . . .	154

<b>Глава 5.</b> Этические аспекты в работе медицинской сестры при оказании паллиативной медицинской помощи .....	169
<b>Глава 6.</b> Потеря, смерть, горе. Помощь в проживании .....	175
<b>Глава 7.</b> Посмертный уход .....	178
<b>Глава 8.</b> Профилактика синдрома эмоционального выгорания медицинского персонала .....	181
Тестовые задания .....	185
Эталоны ответов .....	187
Список литературы .....	188
<b>Приложения</b> .....	190
1. Краткая шкала оценки психического статуса .....	190
2. Гериатрическая шкала депрессии .....	193
3. Шкала Карновского .....	194
4. Шкала Бартел .....	195
5. Шкала Рэнкина .....	197
6. Индекс Ривермид .....	198
7. Шкала оценки общего состояния пациента при паллиативном лечении .....	200
8. Визуально-аналоговая шкала .....	202
9. Опросник Мак-Гилла .....	202
10. Шкала Вонг–Бейкер .....	203
11. Шкала Морзе .....	204
12. Шкала Хендрика .....	205
13. Шкала Хампти-Дампти .....	206
14. Шкала Нортон .....	208
15. Шкала Ватерлоу .....	209
16. Шкала Брейден .....	211
17. Стандартная операционная процедура «Профилактика дерматита, вызванного недержанием» .....	212
18. Стандартная операционная процедура «Профилактика, оценка степени тяжести и обработка пролежней» .....	216
19. Стандартная операционная процедура «Проведение перевязки при нарушениях целостности кожного покрова» .....	222

6 • Оглавление

20. Стандартная операционная процедура «Катетеризация мочевого пузыря» .....	224
21. Стандартная операционная процедура «Уход за мочевым катетером» .....	227
22. Стандартная операционная процедура «Санация трахеобронхиального дерева» .....	229
23. Стандартная операционная процедура «Техника постановки желудочного питательного зонда» .....	231
24. Стандартная операционная процедура «Техника кормления пациента через зонд» .....	233

# ПРЕДИСЛОВИЕ

---

Цель пособия — обучение принципам и навыкам паллиативной помощи медицинских работников, родственников, сотрудников социальных служб, волонтеров и всех неравнодушных людей, готовых прийти на помощь безнадежно больным пациентам для облегчения их страданий.

Изучив данное пособие, медицинская сестра будет знать все особенности оказания паллиативной медицинской помощи и сможет помочь пациентам в облегчении тягостных симптомов.

Практическая значимость этого издания заключается в том, что в нем отражены практические аспекты деятельности медицинской сестры в паллиативной медицинской помощи. Помимо теоретического материала, собраны и основные алгоритмы (пошаговые инструкции), необходимые при оказании паллиативной медицинской помощи, то есть реальные инструменты в помощь практикующей медицинской сестре.

Учебное пособие будет полезно как тем, кто только осваивает азы медицины и еще учится, так и тем, кто давно в профессии. Может стать настольной книгой для медицинских сестер, оказывающих паллиативную медицинскую помощь.

# ВВЕДЕНИЕ

---

Паллиативная медицинская помощь (ПМП) на сегодняшний день служит одним из самых актуальных видов медицинской помощи. К огромному сожалению, спрос на нее будет только увеличиваться в силу многих причин. Следовательно, медицинские сестры, профессионально владеющие навыками оказания ПМП, будут всегда востребованы.

Необходимо постоянно повышать обеспечение доступности и качества оказания ПМП. Качественное оказание ПМП невозможно без высокой профессиональной подготовки специалистов. Медицинские сестры играют ключевую роль в оказании ПМП. Цель представленного учебного пособия — обучение медицинских сестер принципам и навыкам ПМП.

Учебное пособие ценно тем, что написано практиком, специалистом сестринского дела и вобрало в себя все самое ценное из богатого практического опыта, а также опыта преподавания медицинским сестрам. Таким образом, в нем сочетаются накопленные знания и многолетний опыт.

База знаний, формируемая пособием, станет прекрасной основой для понимания как теоретических, так и практических основ ПМП.

## ГЛАВА 2

# ОСОБЕННОСТИ РАБОТЫ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПАЛЛИАТИВНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

---

В сфере внимания ПМП находятся пациент и его семья. Можно выделить специфические составляющие паллиативной помощи:

- особое значение мнения больного;
- оказание помощи всей семье;
- важность решения психологических и социальных проблем;
- привлечение к оказанию помощи волонтеров;
- использование мультидисциплинарного подхода.

Идеологические постулаты паллиативной помощи:

- гуманное отношение к страданиям пациентов и их родственников;
- бесплатность оказания услуг;
- общедоступность и равнодоступность помощи;
- открытость диагноза;
- искренность и доброжелательность в отношениях с пациентами и их родственниками;
- работа в команде (пациент, его родные и близкие, врач, медицинская сестра, младшая медицинская сестра, волонтеры, религиозные деятели);
- преемственность оказания помощи (территориальная поликлиника, выездная служба, стационар);
- полноценная коррекция симптомов и синдромов, отягощающих течение болезни.

Медицинские сестры — основной ресурс системы здравоохранения, они служат его движущей силой. Можно смело утверждать, что медицинские сестры играют ключевую роль в организации паллиативной помощи. Медицинские сестры — это поставщики медицинских услуг, которые проводят больше времени со своими пациентами и членами

их семей, чем любой представитель медицинского коллектива. Именно медицинские сестры имеют уникальную возможность поддержать надежду пациентов и членов их семей, предоставляя превосходное паллиативное лечение, направленное на удовлетворение физических, психосоциальных и духовных потребностей. Соответственно у них есть возможность влиять на качество жизни больного в последние дни. Медицинские сестры находятся в тесном контакте с пациентами, поэтому идеально подходят для наблюдения и оценки результатов лечения.

Основные направления сестринской деятельности при оказании ПМП:

- динамическое наблюдение за общим состоянием пациента (оценка витальных показателей: артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, диуреза, дефекации);
- своевременное осуществление назначенной врачом фармакотерапии, активное выявление хронического болевого синдрома;
- обеспечение адекватной физической нагрузки: активная/пассивная гимнастика, дыхательная гимнастика, присаживание на постели, подъем в постели с помощью веревочной лестницы, ходьба с сопровождением, ходунки;
- осуществление мероприятий по уходу, обеспечивающих личную гигиену пациента, и всех противопролежневых действий (выполняют совместно с младшей медицинской сестрой под руководством медицинской сестры);
- обеспечение питания пациента [кормление с помощью ложки, поильника, уход за гастростомой, назогастральным зондом и нутритивная поддержка (использование смесей)];
- обучение пациентов и родственников навыкам ухода;
- оказание психологической поддержки;
- помощь при других тяжелых симптомах (таких как тошнота, рвота, одышка).

Медицинская сестра, оказывающая паллиативную помощь, должна обладать особыми качествами и знаниями. Особенности работы медицинской сестры при уходе за паллиативным пациентом — тонкое и виртуозное владение коммуникативными навыками; необходимость помнить, что профессиональный уровень медицинского работника оценивается больным и его родными в первую очередь по его умению общаться. Общение — основа качественного паллиативного лечения.

В практической работе медицинской сестры необходимо знание основ эргономики и безопасного перемещения пациентов, умение работать в команде, быть членом мультидисциплинарной бригады. Медицинские сестры постоянно проводят оценку риска травматизма и его



профилактику. Актуально знание психологических аспектов работы с умирающими пациентами.

К особенностям работы можно отнести умение пользоваться различными шкалами для оценки состояния больного, знание основ клинического питания и нутриционной поддержки больных (особенности и методы энтерального и парентерального питания).

В своей деятельности медицинская сестра должна знать и соблюдать правила ухода за пациентами с трахеостомой, гастростомой, эпицистостомой, правила катетеризации периферических вен при необходимости и ухода за мочевым катетером. Необходимы знания правил гигиенического ухода за тяжелобольными, основных правил лечения и профилактики пролежней.

Медицинские сестры предоставляют навыки физической оценки и нивелируют физические симптомы, удовлетворяют психологические, эмоциональные, социальные и духовные потребности пациента, уважают культуру семьи.

Медицинские сестры должны тесно сотрудничать с врачами и специалистами в других областях для оптимальной координации лечения. Роль медицинской сестры — быть частью многопрофильной группы. Слушать — значит присутствовать не только физически, но также мысленно и эмоционально. Выслушивание имеет разные уровни и требует приложения сил и участия. Использование присутствия — это способ выражения заботы и сочувствия.

Ключевая роль медсестринского ухода при оказании паллиативной помощи — «не делать что-то для..., а быть с...». Паллиативное лечение — не только действие, но и в значительной степени пребывание рядом с пациентами и их семьями. Профессиональный уход за тяжелобольным — это прежде всего максимально качественный уход. В данном ракурсе уход можно рассматривать как искусство.

Здесь будет уместно привести заповеди паллиативной помощи.

- Мы работаем с живыми людьми. Только они умирают раньше нас.
- Нельзя торопить или тормозить смерть. Каждый человек живет свою жизнь. Время ее не знает никто. Мы лишь попутчики на этом этапе жизни пациента.
- Не оставляй свою доброту, честность и искренность у пациента, всегда носи их с собой.
- Главное, что ты должен знать, — что знаешь очень мало.

Все вышесказанное можно выразить одной фразой: **«Слышать сердцем!»** Пожалуйста, вспоминайте об этом чаще. Приведу цитату, которую приписывают древнегреческому философу Эпиктету: «Природа дала нам один язык и два уха, чтобы мы могли слышать в два раза больше, чем говорить».

## 2.1. ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Дыхательная недостаточность (ДН) — патологическое состояние, при котором не обеспечивается поддержание нормального газового состава крови. Под ДН понимают патологическое состояние, при котором газообмен нарушен или поддерживается на нормальном уровне за счет такого функционального напряжения системы дыхания, которое ограничивает нормальную жизнедеятельность организма. ДН — патологический синдром, при котором парциальное напряжение кислорода в артериальной крови ( $p_aO_2$ ) меньше 60 мм рт.ст. и/или парциальное напряжение углекислого газа ( $p_aCO_2$ ) более 45 мм рт.ст.

В ПМП нуждаются пациенты с заболеваниями, сопровождающимися развитием ДН, такими как:

- злокачественная патология органов дыхания;
- терминальная стадия заболеваний бронхолегочной системы: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, муковисцидоз, облитерирующий бронхиолит, бронхоэктатическая болезнь, саркоидоз, асбестоз и др.;
- заболевания нервно-мышечной системы: спинальная мышечная атрофия, миопатии, синдром Ли (болезнь Лейга), мышечные дистрофии и др.;
- травмы верхних отделов шейного отдела позвоночника и спинного мозга, кифосколиоз;
- поражение дыхательного центра: врожденный синдром центральной гиповентиляции (синдром Ундины), инфекции (последствия перенесенного энцефалита или миелита), опухоли головного мозга, инсульты, черепно-мозговые травмы;
- сердечно-сосудистые заболевания: легочное сердце, правожелудочковая недостаточность, цереброваскулярная болезнь, тромбоэмболия легочной артерии.

Качество жизни пациентов с неонкологическими причинами ДН значительно ниже, чем с онкологическими заболеваниями дыхательной системы.

Среди основных симптомов у пациентов с бронхолегочными заболеваниями и ДН выделяют одышку, кашель, кровохарканье, боль в груди, нарушение звучности голоса (дисфонию) и терминальное нарушение дренажа трахеи и бронхов (предсмертный хрип).

*Одышка* — нарушение частоты и глубины дыхания. Это один из ведущих симптомов бронхолегочной патологии, встречается у 25–75% пациентов в терминальной стадии. Ощущение одышки связано

непосредственно с ДН, а также с психологическим восприятием пациентом чувства нехватки воздуха.

*Кашель* — защитный рефлекс, направленный на удаление инородных частиц из бронхов и формирующийся в ответ на раздражение кашлевых рецепторов. На последних стадиях заболевания присутствует практически у всех пациентов с раком легкого. Мучительный кашель может способствовать развитию осложнений, таких как кровоизлияние в конъюнктиву, кровохарканье, бессонница, пневмоторакс и др.

Кровохарканье наиболее часто развивается при раке легкого. Массивные кровотечения встречаются редко, в основном при центральном раке.

Боль в груди чаще возникает при раке плевры, метастазах в ребрах и грудном отделе позвоночника. Боль может усиливаться при кашле.

*Предсмертный хрип* — нарушение дренажной функции бронхов, сопровождающееся скоплением секрета в дыхательных путях. Проявляется шумным, булькающим дыханием. Состояние облегчается инъекциями антихолинэргических средств (скополамина или атропина) [9, с. 67–68].

### *Одышка*

Для удобства классификации выделяют три категории одышки:

- при физической нагрузке (прогнозируемая продолжительность жизни — несколько месяцев или лет);
- в состоянии покоя (прогнозируемая продолжительность жизни — несколько недель или месяцев);
- терминальная (прогнозируемая продолжительность жизни — несколько дней или недель).

Данные категории имеют прогностическое значение.

Соотношение трех категорий в терапии (исправить исправимое, немедикаментозное и медикаментозное лечение) изменяется по мере ухудшения состояния пациента (**рис. 2.1**) [8, с. 183].

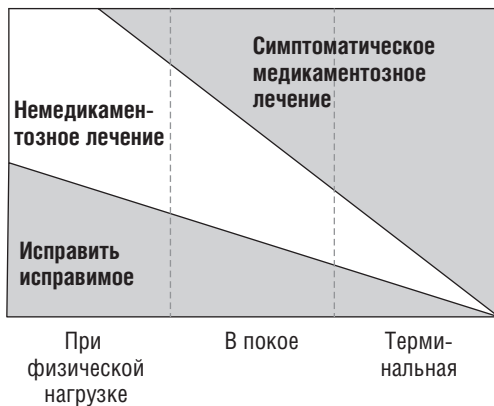
### *Исправить исправимое*

Следует уделить внимание выявлению и коррекции исправимых причин (**табл. 2.1**), включая тревожность, панику и/или депрессию. Это важно для периода, когда пациент еще может ходить.

### *Немедикаментозное лечение*

Важными аспектами немедикаментозного лечения служат обследование и объяснение обстоятельств пациенту.

Выявите восприятие одышки пациентом и людьми, осуществляющими уход. Какое значение имеет одышка для пациента и осуществляющих уход? При оценке состояния пациента следует выяснить, что он



**Рис. 2.1.** Лечение пациента с тяжелой одышкой

**Таблица 2.1.** Корректируемые причины одышки

Причина	Лечение
Респираторная инфекция	Антибактериальные препараты. Физиотерапия
ХОБЛ, бронхиальная астма	Бронходилататоры. Глюкокортикоиды. Физиотерапия
Гипоксия	Пробная кислородотерапия
Обструкция трахеи, бронхов	Глюкокортикоиды. Лазерная терапия. Лучевая терапия. Стентирование
Гидроторакс/плевральный выпот	Торакоцентез. Дренирование
Анемия	Гемотрансфузия
Сердечная недостаточность	Диуретики. Ингибиторы ангиотензин-превращающего фермента
Тромбоземболия легочной артерии	Антикоагулянты
Слабость дыхательных мышц	Вспомогательная вентиляция, например у пациентов с боковым амиотрофическим склерозом

знает и думает об одышке, что делает при одышке и какое влияние она на него оказывает. Расскажите пациенту и тем, кто за ним ухаживает, что одышка сама по себе не представляет угрозы для жизни. Поясните, что может случиться (или, напротив, не случиться). Согласуйте с пациентом и его близкими реалистичные цели. Если постепенное ухудшение неизбежно, помогите пациенту и его близким адаптироваться к этому.

Усиливайте ощущение контроля одышки.

План действий при приступах:

- письменные инструкции, написанные простым языком и содержащие поэтапный план действий;
- повышение уверенности пациента в способности преодолеть приступ.

Возможно использование вентилятора.

Повышайте функциональную способность. Поощряйте физическую нагрузку, которая вызывает одышку. Такая нагрузка способствует поддержанию хорошей физической формы, а также замедляет ухудшение физического состояния. Возможно использование вспомогательных приспособлений для ходьбы.

Простые модели позволяют пациентам и людям, осуществляющим уход, понять механизмы, действующие по принципу порочного круга и усугубляющие одышку. К ним относится, например, механизм «тревога–паника». Данные модели помогают понять целесообразность немедикаментозной терапии [8, с. 186]. Иллюстрация механизмов, образующих порочный круг и усугубляющих одышку, представлена на **рис. 2.2**.

### *Контроль дыхания*

Поверхностное, быстрое дыхание неэффективно: этот тип дыхания усугубляет чувство тревоги и паники. При контролируемом дыхании пациентам рекомендовано делать нормальные полные вдохи и выдохи, расслабляя шею, плечи и верхнюю часть грудной клетки, чтобы:

- содействовать спокойному и расслабляющему дыханию: «Медленно вдыхаем воздух, наслаждаемся выдохом»;
- уменьшить работу дыхания;
- создать чувство контроля дыхания, которое поможет уверенно справиться с приступами одышки.

Основная цель — использовать при дыхании диафрагму в большей степени, чем вспомогательные мышцы. В идеале пациенты должны дышать носом и осуществлять пассивный выдох (в 1,5–2 раза длиннее, чем вдох), а в конце выдоха задерживать дыхание. Освоить правильное дыхание поможет «правило трех П».

*Подъем:* при вдохе дайте животу надуться. Не вдыхайте воздух сверх необходимости.

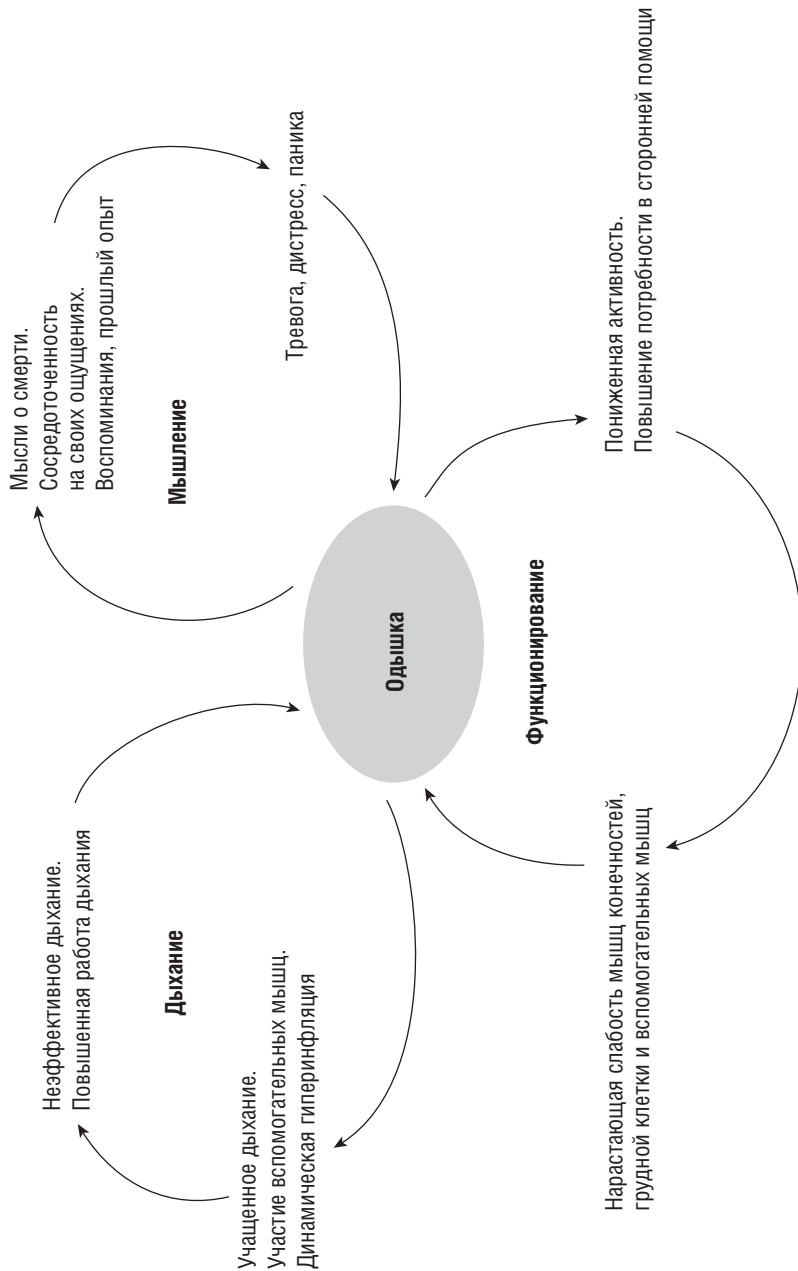


Рис. 2.2. Модель «Дыхание—мышление—функциональное»

*Покой:* расслабьте живот, сделайте спокойный выдох.

*Пауза:* не спешите делать следующий вдох, дождитесь, пока он наступит сам.

Данную технику в основном используют для восстановления после одышки. Следует тренироваться каждый день по 10 мин, чтобы приемы было легко вспомнить в случае необходимости. Кроме того, это хороший способ снять напряжение.

У пациентов с тяжелой ХОБЛ и высоким риском динамической гиперинфляции технику контроля дыхания можно использовать в сочетании с дыханием через плотно сжатые губы. Необходимо сделать вдох через нос и затем выдох через частично сомкнутые губы. Некоторые пациенты делают это инстинктивно.

Технику контроля дыхания *нельзя* использовать у пациентов с тяжелой гиперинфляцией легких и уплощенной, слабой диафрагмой, у которых дыхание в покое зависит от работы вспомогательных мышц.

### *Позиционирование*

В некоторых случаях улучшения состояния пациента при одышке можно добиться с помощью позиционирования (изменения положения). Пациентам можно посоветовать следующие варианты положения тела (если они уже не приняли их инстинктивно).

- Для пациентов с ХОБЛ: наклонить корпус вперед, руки или локти положить на колени либо стол. При данном положении тела давление в брюшной полости возрастает, что повышает эффективность работы диафрагмы, если она уплощена. Положение рук фиксирует плечевой пояс, повышая эффективность работы вспомогательных мышц.
- Для пациентов с поражением одного легкого (например, ателектаз, инфильтрат, плевральный выпот): лечь на сторону здорового легкого, чтобы максимально повысить вентиляционно-перфузионное соотношение (данное преимущество теряется при массивном плевральном выпоте).
- Фиксация положения рук (положить руки на колени или стол): может быть полезна для любого пациента, у которого для дыхания используются вспомогательные мышцы. Можно также завести руки за голову, принять упор у стены, положить руки на бедра или талию, в карманы, завести пальцы за ременные петли.

### *Использование вентилятора*

Многие пациенты отмечают положительный эффект от обдувания лица струей прохладного воздуха. Возможно, это связано со стимуляцией холодовых рецепторов лица и носоглотки. В большинстве случаев вентилятор используют в сочетании с методами, описанными выше, для

облегчения одышки после нагрузки. Вентилятор следует держать на расстоянии 15–20 см от лица и направлять на область носа и рта.

### *Повышение функциональной способности*

Одышка может создать порочный круг: уменьшение физической активности → ослабление скелетных мышц → усиление одышки. Регулярная физическая нагрузка и выполнение упражнений помогут скомпенсировать это явление, а также уменьшить проявления одышки и повысить функциональные возможности пациента.

Необходимо объяснить пациенту, что одышка неопасна, хотя и доставляет неудобства, и что физические упражнения, вызывающие одышку, следует поощрять, а не избегать их.

Уровень физической нагрузки определяют индивидуально с учетом целей, которые перед собой ставит пациент, его заболевания, общего состояния и прогноза. Возможны различные варианты: от увеличения длительности ежедневной прогулки до участия в реабилитационных программах средней степени интенсивности, например для сердечно-сосудистой и дыхательной систем [8, с. 185–187].

### *Кислородотерапия/оксигенотерапия*

Ингаляцию кислорода часто применяют для облегчения одышки, при этом большинство исследований свидетельствует об отсутствии дополнительных преимуществ чистого кислорода перед кислородно-воздушной смесью, вдыхаемой через носовые канюли.

Это позволяет сделать вывод о том, что ощущение воздушного потока — важный фактор, определяющий эффективность процедуры. В связи с этим пациентам следует рекомендовать использование портативного или ручного вентилятора: прохладный воздух может дать положительный эффект [8, с. 190].

Кислородотерапия увеличивает продолжительность жизни, уменьшает одышку, повышает толерантность к физическим нагрузкам, улучшает показатели крови, функции дыхательных мышц и психологический статус. При незлокачественных заболеваниях (ХОБЛ и др.) применение кислородотерапии в должном объеме увеличивает продолжительность жизни на 5–10 лет. При этом улучшается качество жизни: уменьшается одышка, нивелируются депрессивные состояния.

Для ингаляции кислорода используют кислородные аппараты, носовые катетеры, носовые канюли, кислородные маски, при тяжелых состояниях — интубационные трубки, трахеостомические канюли.

Проведение кислородотерапии возможно не только в стационаре, но и на дому.

Для лечения и контроля состояния пациентов с хронической ДН в домашних условиях используют следующее оборудование.



- Концентраторы кислорода, осуществляющие очистку воздуха, выделение из него кислорода, увлажнение и подачу в дыхательные пути. Компактны, мобильны, работают от электросети. Возможно использование как в квартире, так и на прогулках.
- Портативные баллонные системы со сжатым кислородом.
- Увлажнители кислорода, лицевые маски, носовые канюли.
- Небулайзеры (ультразвуковые, компрессорные и магистральные) для аэрозольного введения лекарственных препаратов.
- Пульсоксиметры для измерения уровня сатурации крови (регулярный контроль содержания кислорода в крови при кислородотерапии).
- Пикфлоуметры (для оценки степени бронхиальной обструкции).
- Аппараты для вспомогательной вентиляции легких.

Слишком высокая концентрация кислорода и/или излишне длительная терапия могут способствовать угнетению дыхательного центра и нарушению дыхания, вплоть до его остановки.

Неправильное применение может иметь серьезные последствия, вплоть до летального исхода. У пациентов с гиперкапнической ДН активность дыхательного центра регулируется уровнем гипоксии, поэтому у них должна поддерживаться более низкая целевая сатурация крови кислородом (88–92%).

Неконтролируемая кислородотерапия может вызвать негативные последствия со стороны дыхательной системы: раздражение, воспаление слизистых оболочек дыхательных путей, развитие ателектазов. Со стороны центральной нервной системы возможны судороги, нарушение терморегуляции, потеря сознания. Более безопасно использование увлажненных кислородных смесей с невысокой концентрацией кислорода.

Для облегчения симптомов и улучшения дренажной функции у пациентов с ослабленными дыхательными мышцами или патологией диафрагмы можно рекомендовать к использованию откашливатель (механический инсуффлятор-эксуффлятор). Стимуляция выведения секрета из дыхательных путей происходит за счет интенсивного нагнетания давления в маске аппарата и наполнения легких воздухом (имитация глубокого вдоха перед кашлем). Затем возникают резкое снижение давления в легких и стимуляция выдоха пациентом, в результате чего мокрота выводится [9, с. 73–75].

В случае приближения смерти и при отсутствии ДН не следует использовать кислород даже при тяжелой гипоксемии. Более того, у большинства пациентов, получающих кислород, его отмена не вызывает ДН [8, с. 190].

## **Кашель**

Кашель помогает очистить центральные дыхательные пути (трахею и крупные бронхи) от инородных тел, мокроты или гноя. Как правило, его не следует подавлять. Кашель бывает патологическим в следующих случаях:

- он неэффективен, например сухой или непродуктивный;
- отрицательно влияет на сон, отдых, питание или социальную активность;
- вызывает другие симптомы: растяжение мышц, перелом ребра, рвоту, обморок, головную боль или недержание мочи.

У онкологических пациентов распространенность кашля составляет до 50–80%, наиболее высока она у пациентов с раком легких. Острый кашель определяют как кашель длительностью менее 3 нед, хронический — более 8 нед [8, с. 191].

Наиболее распространенная причина острого кашля — инфекция дыхательных путей. При прогрессирующем онкологическом заболевании хронический кашель, как правило, возникает вследствие опухоли крупного бронха. В идеале терапия должна быть направлена на причину кашля (**табл. 2.2**).

### *Исправить исправимое*

Влажный кашель обычно имеет физиологическое предназначение, поэтому пациентам следует рекомендовать откашливание. Сухой кашель такого предназначения не имеет, и его необходимо купировать. Влажный кашель, вызывающий мучение у умирающего пациента, у которого откашливание затруднено из-за слабости, необходимо купировать с помощью противокашлевых средств.

### *Немедикаментозное лечение*

- Дайте пациенту совет, как кашлять продуктивно, поясните, что лежа на спине откашляться эффективно невозможно.
- Физиотерапия.
- Паровые ингаляции.

**Таблица 2.2.** Корректируемые причины кашля

<b>Причина</b>	<b>Лечение</b>
Курение	Прекращение курения; медиана времени до улучшения — 4 нед
Бронхиальная астма	Бронходилататоры ± глюкокортикоиды
ХОБЛ	Прекращение курения. Бронходилататоры. Глюкокортикоиды (в отдельных случаях)

Форсированный выдох (хаффинг) после поверхностного вдоха (при малом объеме легких) или неглубокого вдоха (при среднем объеме легких):

- эффективен для выведения мокроты;
- лучше переносится, чем ассистируемый кашлевой прием (включает компрессию нижней части грудной клетки и живота руками);
- требует меньше усилий со стороны пациента;
- эффект выдоха с усилием можно увеличить с помощью постурального дренажа.

### *Медикаментозная терапия*

Отхаркивающие средства делают откашливание более эффективным и менее мучительным за счет снижения вязкости мокроты.

Противокашлевые препараты снижают интенсивность и частоту кашля, подавляя кашлевой рефлекс.

Существует несколько видов отхаркивающих средств:

- 0,9% раствор натрия хлорида через небулайзер (2,5 мл 4 раза в сутки и по потребности, а также перед физиотерапией);
- раздражающие муколитики (стимулируют секрецию мокроты в большем объеме, но меньшей вязкости);
- химические муколитики (уменьшают вязкость мокроты).

Гипертонический раствор натрия хлорида (3–7%) применяют через небулайзер при муковисцидозе, а также других заболеваниях, например бронхоэктазах.

Противокашлевые препараты можно разделить на две группы: уменьшающие раздражение слизистой оболочки бронхов (действующие периферически) и опиоиды (действующие центрально) [8, с. 191–195].

### *Респираторная поддержка*

Респираторная терапия служит одним из наиболее эффективных методов помощи пациентам с хронической ДН.

Для оказания длительной респираторной поддержки в стационарных и амбулаторных условиях, включая помощь на дому, организуют респираторные центры. В таком центре в условиях стационара больному оказывают специализированную медицинскую помощь, проводят подбор режима респираторной поддержки для дальнейшей помощи на дому, обучение родственников и людей, осуществляющих уход.

Виды респираторной поддержки:

- неинвазивная искусственная вентиляция легких (ИВЛ) — техника поддержания дыхания через носовые и лицевые маски, шлемы;
- инвазивная ИВЛ — проведение вентиляции через эндотрахеальную или трахеостомическую трубку [9, с. 72].

### *Общие мероприятия*

Для пациента очень важны общий уход и комфортная психологическая обстановка. Напряжение и волнение дополнительно усугубляют приступы удушья.

Советы пациенту и его семье по облегчению симптомов ДН:

- 1) дополнительное увлажнение воздуха;
- 2) проветривание помещения;
- 3) исключение как активного, так и пассивного курения, воздействия неблагоприятных атмосферных загрязнений;
- 5) обучение приемам управления дыханием;
- 6) часто одышка, кашель и боль уменьшаются при принятии больным определенного положения (некоторые пациенты предпочитают спать полусидя);
- 7) очень важны гигиенические мероприятия, включая гигиену полости рта, в качестве профилактики инфекционных осложнений.

Пациенту важно оказывать психологическую поддержку для профилактики и лечения тревожных состояний и депрессии, разрыва порочного круга, связанного с психологическим стрессом, способствующим усугублению общего состояния: стресс → одышка → тревога → учащение дыхания → утомление дыхательных мышц → усиление одышки → нарастание тревоги → еще большее учащение дыхания → еще большее утомление дыхательных мышц → страх смерти, паника.

Применение психотерапии и антидепрессантов значительно улучшает качество жизни пациентов.

Нутритивная поддержка определяется необходимостью восполнения энергетических затрат организма, направленных на дополнительную работу дыхательной мускулатуры. В рационе пациента должно быть увеличено количество белков и витаминов.

Программы физической поддержки должны быть направлены на тренировку дыхательной группы мышц, что улучшает их функционирование и силу. Для респираторной тренировки рекомендовано использование дыхательных тренажеров [9, с. 75–76].

## **2.2. ОКАЗАНИЕ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ, ПЕРЕНЕСШИМ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Острое нарушение мозгового кровообращения — инсульт — продолжает занимать ведущее место в структуре смертности (1,23 случая на 1 тыс. человек) и первое место по инвалидизации.