



ЕВРОПА

3 Предоставление паллиативной помощи людям, живущим с ВИЧ

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДЛЯ ЕВРОПЕЙСКОГО РЕГИОНА ВОЗ

Содержание

I. Основная концепция, принципы и организация.....	97
1. Основная концепция.....	97
2. Принципы.....	97
3. Организация служб.....	98
II. Общие вопросы паллиативной помощи на дому для людей, живущих с ВИЧ.....	99
1. Меры предосторожности при уходе на дому.....	99
2. Обучение уходу за больным.....	100
3. Психосоциальная помощь семье пациента.....	100
III. Первичное обследование.....	101
IV. Лечение.....	102
1. Лечение боли.....	102
2. Лечение других симптомов.....	109
3. Тактика при потере веса.....	115
4. Тактика при лихорадке.....	115
5. Тактика при тошноте и рвоте.....	115
6. Тактика при язвах во рту и боли при глотании.....	116
7. Тактика при сухости во рту.....	117
8. Тактика при икоте.....	117
9. Тактика при диарее.....	118
10. Оценка обезвоживания у взрослых.....	118
11. Тактика при запоре длительностью более 2 суток.....	119
12. Тактика при недержании мочи и кала.....	119
13. Тактика при зуде.....	120
14. Тактика при пролежнях.....	121
15. Тактика при психических расстройствах.....	122
16. Тактика при нарушениях сна.....	123
17. Тактика при аффективных расстройствах.....	123
17.1 Депрессия.....	123
17.2 Мания и биполярное аффективное расстройство.....	126
18. Тактика при деменции.....	127
19. Тактика при кашле или затрудненном дыхании.....	128
20. Профилактика скованности и контрактур.....	130
21. Тактика при выделениях из влагалища, вызванных раком шейки матки.....	130
22. Лекарственные взаимодействия.....	130
V. Уход за умирающими: специальные рекомендации.....	131
1. Приготовления к смерти.....	131
2. Участие.....	131
3. Уход.....	131
4. Реакция на утрату.....	132
VI. Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях.....	135

Приложение 1. Эквивалентные дозы различных наркотических (опиоидных) анальгетиков.....	136
Библиография.....	137

I. Основная концепция, принципы и организация служб

1. Основная концепция

Паллиативная помощь направлена на улучшение качества жизни пациентов и их близких, столкнувшихся с тяготами опасного для жизни заболевания. В то время как целью специфического лечения является преодоление болезни, основная задача паллиативной помощи – предупреждение и облегчение страданий, причиняемых прогрессирующим неизлечимым заболеванием. Раннее выявление, тщательная оценка и эффективное лечение боли и других симптомов, а также психологических, социальных и духовных проблем являются неотъемлемой частью качественной паллиативной помощи (1–5). В идеале при хроническом смертельном заболевании оказание паллиативной помощи и предоставление специфического лечения не должны представлять собой два отдельных подхода, а составлять единое целое. Баланс между паллиативным и специфическим лечением в каждой конкретной ситуации будет зависеть от причин симптомов и жалоб, возможностей их устранения радикальными и/или паллиативными методами, а также от имеющихся в данной стране ресурсов (6).

- Паллиативная помощь – один из основных компонентов всесторонней помощи при ВИЧ/СПИДе.
- Паллиативная помощь должна быть доступна без искусственных ограничений по политическим или социальным мотивам. Паллиативная помощь должна предоставляться всем без исключения пациентам, которые в ней нуждаются и хотят ее получить.
- Паллиативная помощь должна предоставляться в соответствии с потребностями пациента и стандартами помощи, разработанными Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ).
- В лечении заболеваний или состояний, в частности предоставлении антиретровирусной терапии (АРТ), лечении туберкулеза (ТБ) или проведении заместительной терапии у потребителей инъекционных наркотиков (ПИН), не может быть отказано из-за стадии заболевания или состояния.
- Паллиативная помощь должна предоставляться на всех стадиях ВИЧ-инфекции, а не только умирающим пациентам.

2. Принципы

Основные принципы паллиативной помощи:

- облегчать боль и другие страдания для улучшения качества жизни пациента;
- предоставлять психологическую и духовную помощь;
- помогать пациенту вести максимально возможную активную жизнь;
- помогать близким пациента справляться с болезнью и утратой;
- обеспечивать наилучшее сочетание медикаментозного лечения и других мер, руководствуясь клиническим опытом и обменом информацией между пациентом, членами семьи и медработниками;
- ценить жизнь и воспринимать умирание как естественный процесс;
- не стремиться отдалить или ускорить наступление смерти.

3. Организация служб

- Потребности пациентов и членов их семей могут быть удовлетворены, если помощь, включая при необходимости психологическое консультирование при утрате, предоставляет многопрофильная команда.
- Службы паллиативной помощи могут действовать как консультативные службы при стационарах и поликлиниках.
- Службы паллиативной помощи могут действовать также при общественных организациях, при амбулаторных учреждениях и службах помощи на дому, координируя, если необходимо, свою работу со службами при стационарах.
- По возможности в службах по лечению синдрома приобретенного иммунодефицита (СПИДа) должны работать специалисты по паллиативной помощи. Если нет такой возможности, клиника по лечению СПИДа должна направлять больных в другие учреждения, в которых имеются специалисты и службы паллиативной помощи.
- Медицинские работники, занимающиеся лечением СПИДа, должны быть знакомы с основными принципами оказания паллиативной помощи для того, чтобы самостоятельно справляться с распространенными проблемами и без необходимости не направлять пациента к специалистам по паллиативной помощи.
- В предоставлении паллиативной помощи должны участвовать неправительственные организации.

II. Общие вопросы предоставления паллиативной помощи на дому людям, живущим с ВИЧ

Уход на дому и в социальных учреждениях – обязательная часть паллиативной помощи. Лица, ухаживающие за пациентами, должны получать исчерпывающие объяснения в ответ на их вопросы и опасения относительно их безопасности и предупреждения инфицирования со ссылкой на простые и проверенные временем меры, снижающие риск контаминации вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) и другими патогенными микроорганизмами, передающимися с кровью. Стандартные меры предосторожности для предупреждения передачи ВИЧ установлены в 1980-х гг. (7–8). Эти меры в отношении людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ), одинаковы для ухода в больницах, амбулаториях и на дому. Они основаны на стандартных принципах контроля инфекций, которые должны соблюдаться всегда и везде. Соблюдение этих принципов минимизирует риск контаминации при контакте с кровью и другими биологическими жидкостями, поскольку все эти жидкости считаются потенциально инфекционными и должны обрабатываться и уничтожаться с помощью постоянного использования простых методик.

1. Меры предосторожности при уходе на дому

Если паллиативная помощь предоставляется на дому, медицинский работник (врач или медсестра) должен предоставить членам семьи (или другим лицам, ухаживающим за больным) консультирование по следующим вопросам.

- Уход за больным СПИДом безопасен для членов семьи и других лиц, ухаживающих за больным; риск заражения ВИЧ очень низкий, если соблюдаются следующие правила:
 - при контакте с кровью и биологическими жидкостями больного нужно надевать латексные перчатки;
 - раны и повреждения кожи нужно закрывать повязками (и у больного, и у тех, кто ухаживает за ним); если повязка пропиталась кровью или биологическими жидкостями, своевременно менять ее и уничтожать соответствующим образом;
 - загрязнения кровью, калом и мочой удалять с помощью обычного бытового отбеливателя, используя перчатки;
 - постельное белье и одежду, загрязненные кровью, калом или другими биологическими жидкостями, держать отдельно; брать такое белье следует в перчатках или используя кусок пластика;
 - не пользоваться общими с больным зубными щетками, бритвами, иглами и другими острыми предметами;
 - мыть руки с мылом после замены испачканной одежды и постельного белья больного, а также после любого контакта с биологическими жидкостями;
- Обычные бытовые контакты безопасны (перчатки не требуются).
- Для мытья столовых приборов и посуды, стирки незагрязненного биологическими жидкостями постельного белья и одежды и уборки санузлов можно использовать обычные моющие средства.

2. Обучение уходу за больным

Посещающие пациента на дому врач или медсестра должны предоставить людям, ухаживающим за ним, четкие инструкции, что следует делать при тех или иных ситуациях, в частности:

- объяснить, что делать при появлении симптома;
- рассказать, как проводить самые необходимые неотложные процедуры и обучить, как это делать (для лучшего усвоения за один раз проработать небольшое число навыков);
- продемонстрировать выполнение процедуры (например, показать, как делать инъекцию);
- проверить знания и навыки – задать вопросы, попросить продемонстрировать выполнение процедуры;
- если у того, кто осуществляет уход, остаются вопросы или сомнения относительно приобретенных знаний и навыков, предложить еще раз обсудить проблему и повторить процедуру;
- объяснить, к кому и когда следует обращаться за помощью и как действовать в тех или иных ситуациях, особенно при появлении побочных эффектов или лекарственных взаимодействий.

3. Психосоциальная помощь семье пациента

Давая рекомендации близким ЛЖВ по предоставлению паллиативной помощи на дому, медицинский работник должен учитывать эмоциональное состояние членов семьи, домашнюю обстановку, социальные и экономические условия. Нередко близкие пациента испытывают:

- разочарование, печаль, горе;
- страх тоже оказаться инфицированным, если их ВИЧ-статус неизвестен;
- гнев и осуждение, направленные на пациента с ВИЧ/СПИДом, из-за его болезни;
- стигму и дискриминацию, которые возможны по отношению к пациенту, членам семьи, друзьям и другим лицам, осуществляющим уход;
- страх перед экономическими проблемами, связанными со смертельной болезнью, страх потери кормильца, а также перед перспективой сиротства для детей.

Необходимо предпринять следующие действия:

- оценить физические и эмоциональные возможности семьи по уходу за больным и выполнению других домашних обязанностей (в том числе учесть возраст членов семьи, которые будут ухаживать за больным);
- провести консультирование и обучение членов семьи, которые будут ухаживать за больным;
- оказать психологическую поддержку, направить к психологу, работающему с больными СПИДом и их близкими, а также в группы взаимопомощи;
- помочь в планировании и обеспечении помощи сиротам;
- направить в социальные службы для финансовой, юридической и другой помощи.

III. Первичное обследование

Первичное обследование ЛЖВ, нуждающихся в паллиативной помощи, проводится по тем же принципам, что и первичное обследование пациента с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией. Оно включает полный сбор анамнеза, физикальное исследование, определение стадии болезни (1-4 по классификации ВОЗ), а также оценку всех имеющихся проблем или других обстоятельств, требующих вмешательства или наблюдения (см. Протокол 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков»). Кроме того, для оценки объема необходимой паллиативной помощи требуется выявить все имеющиеся симптомы, оценить тип и тяжесть боли, эмоциональные, психологические, духовные, семейные и социальные проблемы.

Вставка 1.	Первичное обследование ЛЖВ, нуждающихся в паллиативной помощи
	<p>Анамнез</p> <ul style="list-style-type: none"> • Имеющиеся заболевания и проводимое лечение • Перенесенные заболевания, включая все сопутствующие болезни, осложнения ВИЧ-инфекции в прошлом, госпитализации, операции; дата постановки диагноза ВИЧ-инфекции • Анамнез, касающийся лекарственных средств • Данные анамнеза об употреблении наркотиков, наркотической зависимости и наркологическом лечении (см. Протокол 5 «ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь») • Семейный анамнез • Социальный анамнез • Социальные условия • Финансовые вопросы • Имеющиеся симптомы (боль, похудание, потеря аппетита, слабость, лихорадка, ночная потливость, бессонница, подавленное настроение, тревога, одышка, кашель, тошнота, рвота, диарея) • Хронология симптомов • Факторы, которые усиливают или облегчают симптомы • Принимаемые лекарственные препараты и другие способы симптоматического лечения • Причины, тип и интенсивность боли¹ • Причина, тип и особенности других симптомов • Влияние: <ul style="list-style-type: none"> ◦ симптомов на функциональные возможности ◦ одних симптомов на другие ◦ специфической терапии на каждый их симптомов ◦ симптомов на качество жизни пациента • Психические заболевания в анамнезе и их лечение (например, депрессия, тревожные расстройства, делирий, психоз), а также текущие психические нарушения.
	<p>Физикальное исследование</p> <ul style="list-style-type: none"> • Полный клинический осмотр • Исследование по системам органов: <ul style="list-style-type: none"> ◦ общее состояние (слабость, потеря аппетита, лихорадка, похудание) ◦ неврологическое исследование ◦ оценка психического статуса ◦ осмотр кожных покровов
	<p><i>Другие исследования (при необходимости)</i></p>

В результате первичного обследования должны быть получены данные о стадии ВИЧ-инфекции, сопутствующих заболеваниях и других медицинских, психических, социальных и бытовых проблемах, определены тип и интенсивность боли и других симптомов. Это позволит составить первичный план помощи, учитывающий потребности пациента и его семьи, в соответствии с основной концепцией паллиативной помощи, рассмотренной выше в разделе I.

¹ Интенсивность боли оценивают по 10-балльной шкале (0 – отсутствие боли, 10 – невыносимая боль).

IV. Лечение

Уже в начале эпидемии ВИЧ-инфекции было обнаружено, что пациенты с ВИЧ/СПИДом часто страдают от боли и других симптомов (9–24). Причиной боли и большинства других распространенных симптомов могут быть не только сама ВИЧ-инфекция, но и оппортунистические инфекции, злокачественные опухоли, побочные эффекты лекарственных средств и другие сопутствующие состояния. В соответствии с этим наиболее эффективным подходом к устранению симптомов может быть лечение заболеваний или состояний, лежащих в их основе, лечение ВИЧ-инфекции, замена препаратов менее токсичными и/или симптоматическая терапия.

1. Лечение боли

Выделяют две основные категории боли – ноцицептивную и нейропатическую.

Ноцицептивная боль возникает в результате раздражения интактных болевых рецепторов и бывает двух видов:

- соматическая боль (возникает в коже, мягких тканях, мышцах и костях);
- висцеральная боль (возникает во внутренних органах и полостях) (25).

Ноцицептивная боль обычно снимается ненаркотическими и наркотическими (опиоидными) анальгетиками.

У 40% и более ЛЖВ на поздней стадии заболевания возникает нейропатическая боль (21). В большинстве случаев она бывает обусловлена дистальной симметричной полинейропатией – аксональной нейропатией, обусловленной, по-видимому, самой ВИЧ-инфекцией. Для нее характерны онемение, покалывание, жжение, аллодиния, особенно в области голеней и стоп (26–31). При нейропатической боли обычно помогают ненаркотические и наркотические анальгетики в комбинации с вспомогательными средствами (адьюванты) – антидепрессантами или противосудорожными препаратами (1, 2, 24, 29, 31, 32).

Кроме того, причиной нейропатии со сходной симптоматикой и поражением голеней и стоп бывает нейротоксическое действие ряда антиретровирусных (АРВ) препаратов, в частности диданозина и ставудина. В этих случаях замена АРВ-препарата/препаратов обычно (но не всегда) приводит к улучшению состояния.

Лечение нужно начинать с подробной и систематической оценки боли, включая выяснение ее возможных причин и других характеристик. К последним относятся интенсивность и тип боли, последствия боли и средства, облегчающие боль.

- **Интенсивность боли.** Обычно оценивается по 10-балльной шкале, в которой 0 баллов соответствует отсутствию боли, а 10 – невыносимой боли (см. рис. 1). Использование у пациента одной и той же шкалы удобно для оценки изменений интенсивности боли с течением времени (33).
- **Тип боли.** Ноцицептивная боль обычно описывается как ноющая, режущая, глубокая, тупая, пульсирующая, а нейропатическая – как жжение, покалывание, онемение или другие неприятные ощущения. От типа боли зависит выбор анальгетиков, особенно при подозрении на нейропатическую боль.
- **Последствия боли.** Необходимо оценить влияние боли на функциональный статус, повседневную активность, эмоциональное состояние пациента.
- **Облегчение боли.** Необходимо выяснить, какие условия или вмешательства облегчают и устраняют боль.

Рис. 1. Шкалы для оценки интенсивности боли



1-я шкала: Простая описательная шкала интенсивности боли

2-я шкала: 10-балльная шкала интенсивности боли

Сильная хроническая боль чаще всего возникает при злокачественных опухолях, хроническом панкреатите, заболеваниях суставов, тяжелой нейропатии.

Хорошие результаты дает тактика постепенного применения обезболивающих средств при легкой, умеренной и сильной боли с использованием при необходимости дополнительных средств (см. рис. 2) (1). Начальные дозы анальгетиков и другие рекомендации по поэтапному лечению боли приведены в табл. 1.

Рис. 2. ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ У ЛЖВ: «ЛЕСТНИЦА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ» ВОЗ



±: с или без.

Легкая боль: 1–3 балла; умеренная боль: 4–6 баллов; сильная боль: 7–10 баллов (по 10-балльной шкале интенсивности боли). Ненаркотические анальгетики: ибупрофен, индометацин, аспирин, парацетамол.

Адъюванты: амитриптилин, имипрамин, габапентин, карбамазепин, вальпроевая кислота.

Слабые наркотические (опиоидные) анальгетики: кодеин, гидрокодон.

Сильные наркотические (опиоидные) анальгетики: морфин, оксикодон, метадон, гидроморфон, фентанил.

Примечание: адъювантные препараты бывают особенно эффективными при нейропатической боли. Не всегда все препараты для облегчения боли доступны.

Источник: адаптировано по материалам WHO, 1990 (1).

Некоторые важные моменты, касающиеся обезбоживания

- По возможности следует назначать анальгетики внутрь или ректально (при условии, что у пациента нет в анамнезе проктита, абсцессов прямой кишки и др. противопоказаний); в некоторых случаях при сильной боли анальгетики приходится вводить в/м, однако инъекции болезненные и могут привести к инфекционным осложнениям. Если необходимо и доступно, можно вводить сильные анальгетики внутривенно или подкожно, особенно в условиях стационара; хотя при наличии ресурсов можно делать такие инъекции и на дому.
- Схему обезбоживания подбирают с учетом режима сна, чтобы не приходилось будить пациента для введения очередной дозы анальгетика.
- Очередную дозу анальгетика нужно давать до того, как прекратится действие предыдущей.
- Следует начинать с низких доз анальгетика и постепенно повышать их до устранения боли.
- При обострении боли² дополнительно назначают анальгетик в дозе, составляющей 50–100% от очередной четырехчасовой дозы.
- Аспирин может снимать легкую и умеренную боль, однако из-за нарушений свертывания крови у ЛЖВ его нужно применять с осторожностью, особенно у пациентов с тяжелыми заболеваниями печени. Парацетамол также может вызывать проблемы у пациентов с активными заболеваниями печени, поэтому его следует применять с осторожностью; суточная доза, как правило, не должна превышать 2 г.

² Под обострением боли понимают появление боли в интервале между очередными приемами анальгетика. Такая боль бывает сильной, внезапной и может длиться до часа. Боль может быть разлитой тупой, локализованной режущей или жгучей. У разных пациентов обострения боли проявляются по-разному и нередко непредсказуемы.

Таблица 1. ЛечЕНИЕ БОЛИ		
Тип боли или вид лечения	Обычные начальные дозы (взрослые)	Рекомендации
А. Медикаментозное лечение^а		
ЭТАП 1: легкая боль		
Ненаркотические анальгетики	Парацетамол 500–1000 мг каждые 4–6 часов (выпускается также в ректальных свечах)	Доза не должна превышать 4 г/сут. При заболеваниях печени требуется тщательное наблюдение; токсичность зависит от дозы
	Ибупрофен 400 мг каждые 6 часов	Максимальная доза 2,4 г/сут. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать с осторожностью.
	Аспирин (ацетилсалициловая кислота) 325–500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов	Не назначать детям младше 12 лет. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать с осторожностью
ЭТАП 2: умеренная боль^б		
Ненаркотические анальгетики	Парацетамол 500–1000 мг каждые 4–6 часов (выпускается также в ректальных свечах)	Доза не должна превышать 4 г/сут. При заболеваниях печени требуется тщательное наблюдение; токсичность зависит от дозы
	Ибупрофен 400 мг каждые 6 часов	Максимальная доза 2,4 г/сут. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Больным с заболеваниями печени назначать с осторожностью
	Аспирин (ацетилсалициловая кислота) 325–500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов	Не назначать детям младше 12 лет. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Больным с заболеваниями печени назначать с осторожностью
Наркотические анальгетики^в	Кодеин 25–50 мг каждые 4 часа. Если кодеин недоступен, можно назначить аспирин или парацетамол. Выпускаются комбинированные препараты с фиксированной дозой, содержащие 25–60 мг кодеина и 325–500 мг парацетамола или аспирина.	Суточная доза кодеина не должна превышать 180–240 мг из-за возникновения запора; если этой дозы недостаточно, перейти на морфин. Для предупреждения запора следует назначить слабительные, размягчающие каловые массы и усиливающие кишечную перистальтику; при необходимости можно назначить другие слабительные. У ПИН до назначения кодеина используют нестероидное противовоспалительное средство ибупрофен; следует помнить, что пациент может злоупотреблять кодеином и другими препаратами на основе морфина. См. Протокол 5 «ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь»
	Трамадол 50–100 мг каждые 4–6 часов	—

Тип боли или вид лечения	Обычные начальные дозы (взрослые)	Рекомендации
ЭТАП 3: сильная боль		
<p>Ненаркотические анальгетики</p> <p style="text-align: center;">+</p> <p>Наркотические анальгетики^в</p>	<p>Парацетамол 500–1000 мг каждые 4–6 часов (выпускается также в ректальных свечах)</p>	<p>Доза не должна превышать 4 г/сут. При заболеваниях печени требуется тщательное наблюдение; токсичность зависит от дозы</p>
	<p>Аспирин (ацетилсалициловая кислота) 325–500 мг каждые 4 часа или 1000 мг каждые 6 часов</p>	<p>Не назначать детям младше 12 лет. Противопоказан пациентам с желудочно-кишечными кровотечениями и нарушениями свертываемости крови. Пациентам с заболеваниями печени назначать с осторожностью</p>
	<p>Морфин внутрь^г 10–20 мг каждые 3–4 часа (таблетки или раствор);</p> <p>Морфин в/в или в/м 5–10 мг каждые 3–4 часа. Если через сутки боль сохраняется, можно повысить дозу на 50%. Доза не ограничена.</p> <p>Оксикодон^г 5–10 мг каждые 4 часа. Если через сутки боль сохраняется, можно повысить дозу на 50%</p>	<p>Если морфин для приема внутрь недоступен, можно вводить ректально раствор морфина для инъекций: 5 мг/5 мл или 50 мг/5 мл в соответствии с потребностью в обезболивании и частотой дыхания (доза не ограничена; отменить, если частота дыхания <6 в минуту). Для профилактики запора назначить размягчающие слабительное и средство, стимулирующее перистальтику; при необходимости назначить другие слабительные.</p> <p>ПИН: анальгетики назначают так же, как остальным пациентам; однако обычно требуются более высокие дозы анальгетиков.</p> <p>Если пациент получает заместительную терапию опиоидами (ЗТО), то продолжают лечение замещающей дозой и добавляют наркотические анальгетики. Следует помнить о возможном злоупотреблении кодеином и другими производными морфина. См. Протокол 5 «ВИЧ/СПИД у потребителей инъекционных наркотиков: лечение и помощь»</p>
	<p>Гидроморфон 2–4 мг каждые 4 часа.</p> <p>Фентанил (накожный пластырь) 25 мкг с заменой каждые 72 часа</p>	<p>Препарат примерно в 4–6 раз сильнее морфина.</p> <p>Не использовать у пациентов, не получавшим опиоидов</p>
Б. Лечение боли в особых случаях		
<p>Нейропатическая боль</p> <p>Жгучая боль, необычная боль, стреляющая боль, покалывание и пощипывание. К распространенным причинам относится обусловленная ВИЧ периферическая нейропатия и опоясывающий лишай.</p>	<p><i>Использовать наркотические анальгетики с ненаркотическими или без них, как указано выше, плюс один из следующих адъювантов</i></p>	
	<p>Амитриптилин 25 мг на ночь (из-за побочных эффектов, например, слабости) или 12,5 мг 2 раза в сутки</p>	<p>Подождать эффекта 2 недели, затем постепенно повысить дозу до 50 мг на ночь или 25 мг 2 раза в сутки; обезболивающий эффект не достигается быстро, поэтому необходимо подождать как минимум 5 дней.</p>
	<p>Габапентин Максимальная доза 2,4 г/сут, если пациент получает высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ) с ингибитором протеазы (ИП)</p>	<p>См. в Протоколе 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков», раздел «Лекарственные взаимодействия с АРВ-препаратами».</p>
	<p>Карбамазепин 200–400 мг каждые 6 часов</p>	<p>Следить за уровнем лейкоцитов и лекарственными взаимодействиями</p>
<p>Клоназепам 0,5–1,0 мг 2–3 раза в сутки</p>	<p>—</p>	

Тип боли или вид лечения	Обычные начальные дозы (взрослые)	Рекомендации
Мышечные спазмы	Диазепам 5–10 мг 2–3 раза в сутки Тетразепам 50 мг/сут, можно повышать дозу до 200 мг/сут в 2 приема Баклофен Начинать с 5 мг 3 раза в сутки, раз в 3 дня повышать дозу до 25 мг 3 раза в сутки	ПИН: прежде чем назначить препарат, исключить злоупотребление одновременно несколькими психотропными веществами. Назначать только на короткий срок (не более 6–8 недель)
Лечение в терминальной стадии на дому при: <ul style="list-style-type: none"> • появлении отека вокруг опухоли; • выраженном кандидозном эзофагите с изъязвлением и нарушениями глотания; • сдавлении нерва; • упорной сильной головной боли вследствие повышения внутричерепного давления 	Дексаметазон 2–6 мг/сут Преднизолон 15–40 мг в течение 7 суток или как назначено специалистом	Целесообразно использовать в терминальной стадии; улучшает аппетит и самочувствие. Снизить дозу до минимально возможной. Если в течение 3 недель эффекта нет, отменить. Дексаметазон примерно в 7 раз сильнее преднизолона. Если необходимо использовать преднизолон, его доза должна быть выше дозы дексаметазона в 7 раз. При применении глюкокортикоидов может развиваться кандидоз.
Желудочно-кишечные колики	Бутилскополамин 3–5 раз в сутки по 10–20 мг	Имеет разный период полувыведения: при в/в введении выводится быстрее, чем при приеме внутрь; доза для в/в введения и приема внутрь одинакова. Начинать с в/в введения, при устойчивом результате перейти на прием внутрь; если при приеме внутрь достигнут устойчивый результат, в/в вводить препарат только при острых приступах боли.
	Кодеин 30 мг каждые 4 часа	Кодеин может вызвать запор и ухудшить состояние у ПИН. Следует помнить о риске злоупотребления кодеином и другими производными морфина
	Тримебутин 100–200 мг 3 раза в сутки до еды	—
В. Немедикаментозное лечение		
Психологическая, духовная, эмоциональная поддержка и консультирование как дополнение к медикаментозному лечению боли	Не применимо	Боль тяжелее переносится, если сопровождается чувством вины, страхом смерти, одиночеством, тревожностью или депрессией. Обсудив ситуацию, можно помочь пациенту преодолеть страх и тревогу.
Методы релаксации , в том числе физические (массаж, дыхательные методики) и когнитивные (например, прослушивание музыки)	Не применимо	Противопоказаны, если пациент находится в состоянии тяжелой депрессии и психоза

^a Одновременно можно назначать только 1 ненаркотический и 1 опиодный анальгетик; аспирин каждые 4 часа можно назначить с парацетамолом каждые 4 часа, составив график так, чтобы пациент получал один из двух препаратов каждые 2 часа.

^b Эквивалентные обезболивающие дозы наркотических анальгетиков см. в Приложении 1 (для выбора или замены анальгетика).

^c Если боль устранена, начинать быстро снижать дозу или сразу отменить препарат, если пациент принимал его в течение короткого времени; снижать дозу постепенно, если пациент принимал препарат больше 2 недель.

^d Морфин и оксикодон обычно доступны в формах длительного действия (с замедленным высвобождением); приведенные выше рекомендации относятся к лечению острой боли, которое следует начинать с препаратов быстрого действия; затем при необходимости длительного обезболивания переходят на препараты длительного действия.

Морфин и другие опиоиды часто вызывают побочные эффекты, которые можно легко предотвратить или устранить с помощью коррекции доз или других простых мер, перечисленных в табл. 2. Многие из этих симптомов со временем проходят сами по себе. В некоторых случаях, если симптомы сохраняются и не позволяют повысить дозу анальгетика, можно перейти на другой наркотический анальгетик. Эквивалентные обезболивающие дозы наркотических анальгетиков можно найти в Приложении 1.

Таблица 2.	ТАКТИКА ПРИ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТАХ МОРФИНА И ДРУГИХ ОPIOИДОВ
Побочный эффект	Лечение
Запор	<p>Увеличить в рационе количество жидкости и клетчатки, добавив фрукты, овощи или отруби.</p> <p>Вместе с опиоидным анальгетиком назначить размягчающее слабительное (докузат 200–800 мг/сут) плюс средство, стимулирующее перистальтику кишечника (сенна, 2–4 таблетки по 7,5–8,6 мг 2 раза в сутки). Если улучшения нет, добавить такие слабительные, как макроголь 13,125 г (однодозовые пакетики) 1–2 раза в сутки или лактолозу 10–20 мл 3 раза в сутки. Если и они неэффективны, назначить бисакодил 5–15 мг в таблетках внутрь или в ректальных свечах (если необходимо).</p> <p>Проводить профилактику запора одним или всеми перечисленными выше средствами (если у больного нет хронического поноса)</p>
Тошнота и/или рвота	Назначить противорвотное средство. Обычно тошнота и рвота через несколько дней прекращаются; может потребоваться круглосуточный прием противорвотного средства.
Угнетение дыхания (развивается редко, если доза морфина для приема внутрь с целью обезболивания повышается постепенно)	<p>Если частота дыхания >6–8 в минуту, обычно лечение не требуется.</p> <p>Если угнетение дыхания выраженное, отменить следующую дозу, затем сократить дозу наполовину</p>
Спутанность сознания или сонливость (вызванные опиоидным анальгетиком)	<p>Обычно развиваются в начале лечения или при повышении дозы.</p> <p>Обычно через несколько дней проходят.</p> <p>Могут также развиваться в терминальной стадии болезни у пациентов с почечной недостаточностью.</p> <p>Сократить дозу наполовину или увеличить интервал между приемами.</p>
Миоклонус (если выраженный или появляется в дневное время)	<p>Если доза препарата большая, попытаться ее уменьшить, или перейти на схему с чередованием доз, или назначить два опиоидных анальгетика.</p> <p>Еще раз оценить боль и лечение; при некоторых видах боли морфин неэффективен.</p>
Сонливость	<p>Длительный сон может свидетельствовать об истощении от боли.</p> <p>Если патологическая сонливость сохраняется более двух суток подряд, снизить дозу наполовину.</p>

Примечание: Снижение дозы морфина после устранения ее причины зависит от длительности его приема. Если морфин применялся в течение короткого времени, то отменить его сразу или быстро снизить дозу. Если прием морфина длился >2 недель, снижать дозу постепенно и следить за появлением симптомов отмены.

Таблица 3. Инструкции для членов семьи и социального работника по приему морфина внутрь	
Цель	Инструкции
Обучение членов семьи или социального работника, как давать пациенту небольшие дозы морфина внутрь с помощью шприца и что делать при побочных эффектах.	<p>Морфин для приема внутрь представляет собой сильнодействующий болеутоляющий препарат, который может назначить только медицинский работник.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Для того, чтобы дать пациенту морфин внутрь: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Налейте небольшое количество раствора морфина в чашку. ◦ Наберите точную дозу в шприц (ориентируйтесь на отметку мл на шприце). ◦ Выпустите раствор из шприца в рот пациенту (на шприце не должно быть иглы). • Давайте назначенную дозу каждые 4 часа, не дожидаясь появления боли. • На ночь дайте двойную дозу. • Если боль усиливается или появляется до очередной дозы, дайте дополнительную дозу и сообщите об этом медицинскому работнику; может потребоваться увеличение регулярной дозы препарата. • Тошнота обычно проходит сама через несколько дней приема морфина и больше не появляется. • Запор: профилактика запора показана всем пациентам, кроме страдающих поносом; используйте народные средства или такие слабительные, как сenna. Средства для лечения запора см. в табл. 2 выше и в разделе IV.11 ниже. • Сухость во рту: давать пить воду маленькими глотками. • Сонливость обычно проходит через несколько дней. Если она сохраняется или усиливается, снизить дозу морфина вдвое и сообщить медицинскому работнику. • Потливость или мышечные спазмы: обратиться к медицинскому работнику.

Таблица 4. Инструкции для членов семьи и социального работника по обезболиванию	
Цель	Инструкции
Обучить членов семьи и социального работника, как нужно давать анальгетики	<ul style="list-style-type: none"> • Объясните, что важно давать анальгетики по часам, а не дожидаться появления боли. • Подчеркните, что пациент должен получать следующую дозу препарата до окончания действия предыдущей. • Напишите четкие инструкции.
Обучить членов семьи и социального работника дополнительным методам облегчения боли	<p>Обсудите возможные способы снижения боли:</p> <ul style="list-style-type: none"> • психологическая поддержка; • физические методы (поглаживание, растирание, покачивание, вибрация), прикладывание холода или тепла, глубокое дыхание; • когнитивные методы: отвлечение внимания, прослушивание музыки, визуализация и др.; • духовная поддержка, медитация, молитва (уважать религиозные чувства пациента).

2. Лечение других симптомов

Практически, у ЛЖВ могут развиваться различные симптомы со стороны любой системы органов. Эти симптомы могут быть следствием оппортунистических инфекций, злокачественных новообразований, других сопутствующих заболеваний и самой ВИЧ-инфекции, а также побочных действий препаратов и наркотиков. В разных странах множество исследований показали высокую распространенность различных симптомов у больных СПИДом (см. табл. 5) (34). Некоторые распространенные симптомы, их причины, а также методы специфичес-

кого и паллиативного лечения приведены в табл. 6. В табл. 7–26 симптоматическое лечение рассматривается подробнее, с примечаниями, которые будут полезны при уходе на дому. По возможности следует стараться устранить причину симптома (например, лечить криптококковый менингит, вызвавший головную боль), однако зачастую симптоматическое лечение имеет не меньшее значение (например, лоперамид или кодеин при хронической диарее без выявленного возбудителя).

Таблица 5. Частота различных симптомов у больных СПИДом	
Симптомы	Распространенность
Слабость, упадок сил	48–45%
Похудание	37–91%
Боль	29–76%
Потеря аппетита	26–51%
Тревога	25–40%
Бессонница	21–50%
Кашель	19–60%
Тошнота и рвота	17–43%
Одышка, респираторные симптомы	15–48%
Депрессия или печаль	15–40%
Диарея	11–32%
Запор	10–29%

Источник: на основе имеющихся описательных исследований у больных СПИДом, в основном с поздней стадией болезни, 1990–2002 гг., у Selwyn & Forstein, 2003 (34).

Таблица 6. РАСПРОСТРАНЕННЫЕ СИМПТОМЫ У БОЛЬНЫХ СПИДОМ И ВАРИАНТЫ СПЕЦИФИЧЕСКОГО И СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ				
Тип симптомов	Симптомы	Возможные причины	Специфическое лечение	Симптоматическое лечение
Общие симптомы	Утомляемость, Слабость	СПИД Оппортунистические инфекции Анемия	ВААРТ Лечение конкретных инфекций Препараты эритропоэтина, переливание крови	Глюкокортикоиды (преднизон, дексаметазон) Психостимуляторы (метилфенидат, дексамфетамин)
	Похудание, потеря аппетита	ВИЧ-инфекция Злокачественные опухоли	ВААРТ Химиотерапия Поддержка питания, зондовое кормление	Глюкокортикоиды Мегестрола ацетат Анаболические стероиды (оксандролон, тестостерон)
	Лихорадка, потливость	Диссеминированная инфекция, вызванная атипичными микобактериями цитомегаловирусная (ЦМВ)-инфекция-ВИЧ-инфекция Лимфома, другие злокачественные опухоли	Азитромицин, этамбутол Ганцикловир, фоскарнет ВААРТ Химиотерапия	НСПВС ^а (ибупрофен, индометацин) Глюкокортикоиды Антихолинергические препараты (М-холиноблокаторы гиосцин, тиоридазин) H ₂ -блокаторы (циметидин)
Боль	Ноцицептивная боль: • соматическая • висцеральная	Оппортунистические инфекции, ВИЧ-ассоциированные злокачественные опухоли, неспецифические причины	Лечить основное заболевание	<i>При ноцицептивной боли:</i> <ul style="list-style-type: none"> • НСПВС^а • Опиоиды • Глюкокортикоиды • НСПВС^а • Опиоиды • Адьюванты <ul style="list-style-type: none"> ◦ трициклические антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин) ◦ бензодиазепины (клоназепам) ◦ противосудорожные (габапентин, карбамазепин) • Глюкокортикоиды • Иглоукальвание
	Нейропатическая боль	Периферическая ВИЧ-нейропатия ЦМВ-инфекция Опоясывающий лишай Вероятность токсичности дидезоксинуклеозидов (диданозин, ставудин) Другие препараты (изониазид)	ВААРТ Ганцикловир, фоскарнет Ацикловир, фамцикловир Заменить АРВ-препарат Заменить препарат	

Тип симптомов	Симптомы	Возможные причины	Специфическое лечение	Симптоматическое лечение
Желудочно-кишечные	Тошнота и рвота	Кандидозный эзофагит ЦМВ-инфекция ВААРТ	Флуконазол, амфотерицин В Ганцикловир, фоскарнет Заменить схему АРТ	Блокаторы дофаминовых рецепторов (галоперидол, прохлорперазин) Прокинетики (метоклопрамид) Антигистамины (прометазин, дифенгидрамин, гидроксизин) М-холиноблокаторы (гиосцин, скополамин) Н ₂ -блокаторы (циметидин) Ингибиторы Н ⁺ , К ⁺ -АТФазы (омепразол) Блокаторы серотониновых рецепторов (ондансетрон, гранисетрон) Бензодиазепины (лоразепам) Глюкокортикоиды
	Диарея	Инфекции, вызванные <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> Криптоспоридиоз ЦМВ-инфекция Микроспоридиоз Другие кишечные инвазии Бактериальный гастроэнтерит, нарушение всасывания	Азитромицин, этамбутол Паромомицин Ганцикловир, фоскарнет Альбендазол Другие противопаразитарные средства Другие антибиотики	Висмут, метилцеллюлоза, каолин Дифеноксилат с атропином. Лоперамид. Настойка опия (парегорик)
	Запор	Обезвоживание Злокачественная опухоль Холиноблокаторы, опиоиды	Введение жидкости Лучевая и химиотерапия Коррекция лечения	Физические упражнения, диета Профилактика запора при лечении опиоидными анальгетиками Слабительные, размягчающие каловые массы <ul style="list-style-type: none"> • поверхностно-активные (докузат) • увеличивающие объем кишечного содержимого (отруби, метилцеллюлоза) • осмотические (лактuloза, макроголь, сорбитол) • солевые (гидроксид магния) Симулирующие моторику <ul style="list-style-type: none"> • антрагликозиды (сенна) • дифенилметаны (бисакодил)

Тип симптомов	Симптомы	Возможные причины	Специфическое лечение	Симптоматическое лечение
Дыхательные	Одышка	Пневмоцистная пневмония Бактериальная пневмония Анемия Плевральный выпот/объемное образование/обструкция дыхательных путей; слабость дыхательных мышц	Триметоприм/сульфаметоксазол, пентамидин, атоваквон и др. Другие антибиотики Эритропоэтин, переливание крови Дренаживание, лучевая терапия, операция	Использовать вентилятор, держать окна открытыми, давать кислород Опиоиды Бронходилататоры Метилксантины Бензодиазепины (лоразепам)
	Кашель	Пневмоцистная пневмония, бактериальная пневмония Туберкулез	Противомикробные средства (как указано выше) Противотуберкулезная химиотерапия	Средства от кашля (декстрометорфан, кодеин, другие опиоиды). Средства, уменьшающие застой в легких, различные отхаркивающие
	Гиперсекреция («клокочущее дыхание»)	Перераспределение жидкости, неэффективный кашель, сепсис, пневмония	Антибиотики по показаниям	Атропин, гиосцин, скополамин (накожно или подкожно), гликопирролат, ограничение приема жидкости. Отмена инфузионной терапии
Кожные	Сухость кожи	Обезвоживание Терминальная стадия почечной недостаточности Терминальная стадия печеночной недостаточности, истощение	Введение жидкости Диализ Поддержка питания	Смягчающие средства с салицилатами или без них Увлажняющие мази
	Зуд	Грибковые инфекции Терминальная стадия почечной недостаточности Обезвоживание при терминальной стадии печеночной недостаточности Эозинофильный фолликулит	Противогрибковые средства Диализ Введение жидкости Стероиды, противогрибковые средства	Местные средства (ментол, фенол, каламин, капсаицин) Антигистамины (гидроксизин, цетиризин, дифенгидрамин) Глюкокортикоиды Антидепрессанты Транквилизаторы
	Пролежни	Плохое питание Снижение двигательной активности, длительный постельный режим	Улучшение питания Повышение двигательной активности	Профилактика (питание, двигательная активность, уход за кожей) Защита раневых поверхностей (полупроницаемые пленки, гидроколлоидные повязки). Обработка, удаление распавшихся тканей (изотонический раствор NaCl, ферментные средства, альгинаты)

Тип симптомов	Симптомы	Возможные причины	Специфическое лечение	Симптоматическое лечение
Неврологические и психические	Делирий/возбуждение	Нарушение баланса электролитов, обезвоживание	Коррекция нарушений, введение жидкости	Нейролептики (галоперидол, рисперидон, хлорпромазин).
		Токсоплазмоз; криптококковый менингит Сепсис	Сульфадиазин, пириметамин; противогрибковые средства Антибиотики	Бензодиазепины (лоразепам, мидазолам)
	Деменция	СПИД-дементный синдром	ВААРТ	Психостимуляторы (метилфенидат, дексамфетамин). Низкие дозы нейролептиков (галоперидол)
	Депрессия	Хроническое заболевание, реактивная депрессия, большая депрессия	Антидепрессанты (трициклические, ингибиторы обратного захвата серотонина, ингибиторы МАО, другие)	Психостимуляторы (метилфенидат, дексамфетамин). Кортикостероиды (преднизолон, дексаметазон)

^a НСПВС – нестероидные противовоспалительные средства.

Примечание: не все препараты могут быть доступны.

Источник: Selwyn & Forstein, 2003 (34).

3. Тактика при потере веса

Таблица 7.		ТАКТИКА ПРИ ПОТЕРЕ ВЕСА	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому	
Общее похудание	<p>Уговаривать больного принимать пищу, но не настаивать, так как это может вызвать рвоту.</p> <p>Предлагать пищу часто, маленькими порциями, выбирая еду, которая ему нравится.</p>	<p>Подумать о причинах потери веса (опухоли, кандидозный эзофагит, ТБ, инфекции, вызванные атипичными микобактериями, ЦМВ-колит, криптоспориديоз и др.).</p> <p>Стараться не готовить пищу рядом с больным.</p> <p>Позволить больному выбирать еду из той, что можно ему предложить.</p> <p>Учитывать, что по мере прогрессирования болезни больной будет есть все меньше.</p> <p>Обратиться к врачу, если больной быстро теряет в весе, постоянно отказывается от еды или не может ее проглотить</p>	
Потеря аппетита и сильная слабость	Преднизолон 5–15 мг/сут до 6 недель	Для стимуляции аппетита	
Тошнота и рвота	Противорвотные средства (см. табл. 9)	Кормить больного часто, маленькими порциями; предлагать еду, которая ему нравится; не настаивать	
Кандидозный стоматит или язвы во рту	См. табл. 10	—	
Диарея	См. табл. 13	—	

4. Тактика при лихорадке

Лихорадка может быть вызвана реакцией на АРВ-препараты (см. табл. 11 в Протоколе 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков»).

Таблица 8.		ТАКТИКА ПРИ ЛИХОРАДКЕ	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому	
Лихорадка	<p>Выявить причину и лечить</p> <p>Парацетамол или аспирин каждые 4 часа (не больше 8 таблеток парацетамола в сутки).</p> <p>Обеспечить достаточное потребление жидкости.</p>	<p>Часто давать больному питье: воду, некрепкий чай, фруктовые соки.</p> <p>Использовать физические методы, в частности холодные компрессы или прикладывание льда.</p>	

5. Тактика при тошноте и рвоте

Тошнота и неприятные ощущения в животе могут быть вызваны побочными эффектами АРВ-препаратов и препаратов, использующихся для лечения оппортунистических инфекций (см. табл. 11 в Протоколе 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков» и раздел «Инфекции ЖКТ» в Протоколе 2 «Тактика ведения пациентов с оппортунистическими инфекциями и общими симптомами ВИЧ/СПИДа»).

Таблица 9.		ТАКТИКА ПРИ ТОШНОТЕ И РВОТЕ	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому	
Тошнота и рвота	<p>Метоклопрамид 10 мг каждые 4–8 часов</p> <p>Галоперидол 1–2 мг 1–2 раза в сутки</p> <p>Хлорпромазин 25–50 мг каждые 6–12 часов</p> <p>Циклизин 50 мг до 4 раз в сутки</p> <p>Клемастин 1 мг 2 раза в сутки</p> <p>Цетиризин 10 мг 1 раз в сутки</p> <p>Гидроксизин 25–50 мг 3–4 раза в сутки</p> <p>Ондансетрон 8 мг 1–2 раза в сутки</p>	<p>Предлагать пациенту продукты (из тех, что ему нравятся), которые меньше вызывают тошноту.</p> <p>Кормить и поить больного часто, маленькими порциями и медленно.</p> <p>Обратиться к медицинскому работнику, если:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рвота сохраняется более суток; • сухой язык; • выделяется мало мочи; • появилась боль в животе. 	

6. Тактика при язвах во рту и боли при глотании

Причинами язв во рту и боли при глотании могут быть ЦМВ-стоматит и эзофагит, а также герпетический и кандидозный эзофагит.

Таблица 10.		ТАКТИКА ПРИ ЯЗВАХ ВО РТУ И БОЛИ ПРИ ГЛОТАНИИ	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому	
Обычное состояние	—	<p>Мягкой зубной щеткой осторожно удалять налет с зубов, десен, языка и неба.</p>	
Кандидозный стоматит (молочница)	<p>Миконазол таблетки для рассасывания 1 таблетка в сутки в течение 7 суток</p> <p>При тяжелом стоматите и/или неэффективности миконазола:</p> <p>Флуконазол Начальная ударная доза 200 мг (в первые сутки) Поддерживающая доза 100 мг/сут в течение 10–14 суток или до исчезновения симптомов</p>	<p>Давать больному полоскать рот подсоленной водой (щепотка соли на стакан воды) после еды и перед сном (3–4 раза в день).</p> <p>Облегчить боль могут местные анестетики.</p> <p>Растворить 2 таблетки аспирина в стакане воды и давать больному для полоскания рта до 4 раз в день.</p>	
Афтозный стоматит	<p>Преднизолон - растолочь таблетку и присыпать язву несколькими крупинками.</p> <p>Дексаметазон - раствор использовать для полоскания рта</p> <p>Кеналог, крем для смазывания язв</p>	<p>При необходимости дать анальгетики (см. табл. 1).</p> <p>Удалять остатки пищи марлевым тампоном, смоченным в подсоленной воде.</p> <p>Мягкая пища причиняет меньший дискомфорт.</p>	
Герпес	Ацикловир 400 мг внутрь 5 раз в сутки	<p>Пациенту легче глотать протертую и жидкую пищу.</p>	
Неприятный запах изо рта, обусловленный раком слизистой рта или другими поражениями ротовой полости	Метронидазол : раскрошить две таблетки, развести в воде и использовать для полоскания рта.	<p>Не кормить больного чересчур горячей, холодной или острой пищей.</p>	

7. Тактика при сухости во рту

Таблица 11.		ТАКТИКА ПРИ СУХОСТИ ВО РТУ	
Клиническая ситуация	Лечение	Рекомендации по уходу на дому	
Сухость во рту	Пересмотреть назначения: сухость во рту может быть побочным эффектом принимаемых препаратов.	Давать пить воду маленькими глотками. Регулярно смачивать полость рта водой. Давать сосать кусочки фруктов, например апельсина (при наличии язв во рту цитрусовые давать не следует).	
Значительно сниженное слюноотделение	Направить к стоматологу.	—	

8. Тактика при икоте

Таблица 12.		ТАКТИКА ПРИ ИКОТЕ	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому	
Обычная икота или с кандидозным стоматитом	Флуконазол 100 мг/сут, при тяжелом течении начать с 200 мг/сут, затем по 100 мг/сут до исчезновения симптомов (лечение стоматита)	Сначала попробовать остановить икоту следующими методами (стимулируют область горла): <ul style="list-style-type: none"> быстро съесть 2 чайных ложки с горкой сахара; выпить холодной воды; съесть раскрошенный лед; помассировать небо чистым носовым платком (по направлению к мягкому небу). Или попросить больного прервать нормальное дыхание:	
Растяжение желудка на поздней стадии рака	Симетикон до 100 мг 3 раза в сутки (снижает вздутие)		
При неэффективности симетикона или рецидивирующая икота	Метоклопрамид (1–2 таблетки по 10 мг 3–4 раза в сутки) Галоперидол (таблетка 5 мг: от четверти до 1 таблетки 1–3 раза в сутки)	Или попросить больного прервать нормальное дыхание: <ul style="list-style-type: none"> задержать дыхание или подышать в бумажный пакет, остановиться при появлении дискомфорта; прижать колени к груди и наклониться вперед (сдавить грудную клетку). 	
Опухоль головного мозга	Противоэпилептический препарат		

9. Тактика при диарее

Диарея может быть побочным действием АРВ-препаратов (см. табл. 11 в Протоколе 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков»), а также проявлением ЦМВ колита, криптоспоридиоза, микроспоридиоза, лямблиоза, других инфекций, саркомы Капоши и других заболеваний.

Таблица 13.		Тактика при диарее
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
Диарея	<p>Увеличить потребление жидкости для профилактики обезвоживания.</p> <p>При тяжелой диарее использовать раствор для пероральной регидратации.</p> <p>Назначить лечебное питание.</p> <p>Если нет крови в стуле и лихорадки, пациент старше 5 лет и не достиг пожилого возраста, назначить противодиарейные средства.</p> <p>Лоперамид 4 мг первая доза, затем 2 мг после каждого жидкого стула (максимум 12 мг/сут, однако некоторым больным требуется более высокая доза)</p> <p>Или (если эти препараты разрешены официально)</p> <ul style="list-style-type: none"> • кодеин 10 мг 3 раза в сутки (до 60 мг каждые 4 часа) • морфин внутрь 2,5–5 мг каждые 4 часа (при тяжелой диарее) 	<p>Давать обильное питье для возмещения потерь воды (давать пить часто понемногу).</p> <p>Увеличить частоту приема пищи, кормить понемногу; давать рисовый суп, овсянку, раствор для пероральной регидратации, бананы; воздержаться от молока и шоколада.</p> <p>Специальный уход за кожей перианальной области:</p> <ul style="list-style-type: none"> • после каждой дефекации протирать кожу туалетной бумагой или мягкой тканью; • обмывать перианальную область водой с мылом 3 раза в день; • если больной чувствует боль при дефекации, наносить на перианальную область вазелин. <p>Обращение за помощью к медицинскому работнику в любом из перечисленных ниже случаев:</p> <ul style="list-style-type: none"> • рвота и лихорадка; • кровь в стуле; • диарея длительностью более 5 суток; • нарастание слабости; • повреждение кожи вокруг заднего прохода; • язвы в перианальной области.
Болезненность в перианальной области	Мазь с анестетиком или вазелин для смазывания кожи	
Недержание кала	Вазелин для защиты кожи перианальной области	

10. Оценка обезвоживания у взрослых

У больных с хронической диареей необходимо внимательно следить за признаками обезвоживания.

Таблица 14.		Оценка обезвоживания у взрослых		
Клинические признаки	Обезвоживание			
	Легкое	Умеренное	Тяжелое	
Общее состояние	Слабость	Слабость	Беспокойство, раздражительность, холодная кожа, потливость, периферический цианоз	
Пульс	Нормальный	Небольшая тахикардия	Частый, слабый	
Дыхание	Нормальное	Нормальное	Частое и глубокое	
Тургор кожи	Нормальный	Медленное расправление кожной складки	Очень медленное расправление кожной складки	
Глаза	Норма	Запавшие	Глубоко запавшие	
Слизистые	Суховатые	Сухие	Очень сухие	
Диурез	Нормальный; темная моча	Сниженный; очень темная моча	Анурия; мочевой пузырь пустой	

11. Тактика при запоре длительностью более 2 суток

Таблица 15.		Лечение запора длительностью более 2 суток	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому	
Каловый завал	Провести ректальное пальцевое исследование и удалить каловые массы	Часто предлагать питье.	
Другие виды запора	<p>Дать средство, размягчающее каловые массы или увеличивающее объем кишечного содержимого:</p> <ul style="list-style-type: none"> • сначала слабительное, увеличивающее объем кишечного содержимого, например отруби, 4 таблетки в сутки, или семя подорожника 2–3 чайных ложки развести в воде или соке и пить до 3 раз в сутки; • макроголь, 13,125 г (одна доза) 1–2 раза в сутки; • лактолоза, 10–20 мл 3 раза в сутки; • бисакодил 5–15 мг на ночь; • сенна начать с 2 таблеток (по 7,5– 8,6 мг) 3 раза в сутки, затем до 2 таблеток каждые 4 часа. <p>Важно: при назначении опиоидов, в частности морфина или кодеина, всегда назначают средство, размягчающее каловые массы вместе со средством, стимулирующим перистальтику, или без него.</p>	<p>Включать в рацион больше фруктов (в том числе сухофрукты) и овощей, овсяную кашу, мягкую пищу.</p> <p>Давать столовую ложку растительного масла перед завтраком.</p> <p>Осторожно ввести в прямую кишку большого вазелин или кусочек мыла, если он не может сделать это сам. Для этой процедуры и при любом контакте с потенциально инфицированным материалом использовать медицинские перчатки.</p>	

12. Тактика при недержании мочи и кала

Таблица 16.		Тактика при недержании мочи и кала	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому	
Недержание мочи или кала	<ul style="list-style-type: none"> • Исключить неврологические причины (церебральный токсоплазмоз и другие оппортунистические инфекции). • Для мужчин: использовать мочеприемник, презерватив или катетер. • Для женщин: рассмотреть возможность катетеризации. • Для мужчин и женщин: использовать прокладки (дайперсы). • Лоперамид, чтобы добиться оформленного стула (см. табл. 13). 	<ul style="list-style-type: none"> • Регулярно менять белье и прокладки (дайперсы). • Содержать кожу чистой и сухой; при необходимости накладывать защитные мази. 	

13. Тактика при зуде

Сыпь, как легкой, так и тяжелой степени, может быть побочным эффектом АРВ-препаратов (см. табл. 11 в Протоколе 1 «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*»).

Таблица 17.		Тактика при зуде
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
Чесотка, зудящие дерматиты, экзема, дерматомикозы, сухость кожи, псориаз, желтуха	<p>Оценить, не является ли зуд побочным эффектом лекарственных препаратов.</p> <p><i>Общие мероприятия</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Кремы, содержащие стероиды, можно использовать при воспалении, если нет инфекции (бактериальной, грибковой или вирусной). • Антигистаминные препараты: <ul style="list-style-type: none"> ◦ хлорфенамин (4–5 мг 2 раза в сутки), цетиризин 10 мг 1 раз в сутки, гидроксизин 25–50 мг 3 раза в сутки; ◦ дифенгидрамин 25–50 мг на ночь или до 3 раз в сутки; бывает эффективен при сильном зуде. • При кожных инфекциях: после купания ополаскивать кожу 0,05% раствором хлоргексидина. • Если зуд обусловлен механической желтухой, можно назначить преднизолон (20 мг 1 раз в сутки) или галоперидол (2 таблетки по 1 мг 1 раз в сутки). При экземе показано осторожное мытье (без мыла) и высушивание кожи. На короткий срок можно назначить стероиды местно (не применять на лице). • При дерматомикозах наносить мазь Уитфилда (12% бензойной + 6% салициловой кислоты) или другой противогрибковый крем. При обширном поражении назначить флуконазол (в первый день 200 мг, затем 100 мг 1 раз в сутки). • Подумать о лечении чесотки, даже если нет типичных поражений кожи (ивермектин 200 мкг однократно). См. Протокол 2 «<i>Тактика ведения пациентов с оппортунистическими инфекциями и общими симптомами ВИЧ/СПИДа</i>», раздел «Общие симптомы». • При псориазе смазывать пораженные участки мазью, содержащей 5% дегтя и 2% салициловой кислоты; полезны солнечные ванны по 30–60 минут в день. 	<p>Уменьшить зуд помогают следующие меры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • смазывание зудящих участков вазелином; • добавление в воду для мытья растительного масла (1 столовая ложка масла на 5 л воды); • обработка кожи после купания раствором хлоргексидина (1 чайная ложка на 1 л воды); • теплые ванны. <p>При появлении болезненных пузырей на коже или обширного инфекционного поражения кожи обратиться к медицинскому работнику.</p>

14. Тактика при пролежнях

Таблица 18.		Тактика при пролежнях
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
Признаки инфекции	<p>Уход за кожей для профилактики пролежней обязателен для всех пациентов.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Удостовериться, что нет других очагов инфекции. • Если кожа красная, болезненная, горячая на ощупь, есть гной или корки, имеются лихорадка, или другие общие симптомы или распространение инфекции на мышцы, больного следует госпитализировать и назначить антибиотики в/в или в/м (или внутрь цефалексин или диклоксациллин). • Назначить цефалексин или диклоксациллин 500–1000 мг 4 раза в сутки, если есть любой из следующих признаков: <ul style="list-style-type: none"> ◦ размер поврежденного участка кожи превышает 4 см; ◦ красные полосы; ◦ болезненные узлы; ◦ более 6 абсцессов. • При наличии флюктуации дренировать абсцесс, придать конечности приподнятое положение; осмотреть на следующие сутки. • Если кожа красная, горячая и болезненная, но других симптомов нет, промыть поврежденный участок антисептиком, при наличии флюктуации дренировать абсцесс, осмотреть пациента через 2 дня. • Опухоли или язвы с неприятным запахом: присыпать пораженную область порошком метронидазола (растолочь таблетку). 	<p><i>Следующие меры помогают уменьшить боль и ускорить заживление пролежней</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Небольшие поврежденные участки осторожно промыть подсоленной водой и дать высохнуть. • Если поражение неглубокое, оставить рану открытой. • При боли регулярно давать анальгетик, например парацетамол или аспирин. • Глубокие или обширные пролежни ежедневно осторожно очищать и закрывать чистой легкой повязкой, чтобы ускорить заживление. • При любых изменениях цвета кожи или прогрессировании пролежней обратиться к медицинскому работнику. <p><i>Профилактика пролежней у лежащих ЛЖВ</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • По возможности время от времени сажать больного в кресло. • Чтобы не повредить кожу, сажая больного в кровати, нужно поднимать его за плечи и подкладывать подушку, а не подтаскивать больного к изголовью. • Часто менять положение больного в кровати (по возможности каждые 1–2 часа); для фиксации положения использовать подушки и валики. • После купания осторожно промокать кожу мягким полотенцем. • Смазывать кожу кремом, ланолином, косметическим или растительным маслом. • Массировать спину, бедра, локти и лодыжки, используя вазелин. • Если у больного недержание кала или мочи, наносить защитный слой вазелина на кожу промежности, спину, бедра, лодыжки и локти. • Поддерживать больного при пользовании судном, чтобы избежать травм и загрязнения постельного белья. <p><i>Постель</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Постельное белье должно быть чистым и сухим. • Подложить под больного мягкий материал, например махровое полотенце. • Если у больного недержание кала или мочи, положить клеенку под простыню, чтобы матрас оставался сухим.

15. Тактика при психических расстройствах

У ЛЖВ психическое здоровье требует особого внимания. Исследования показали, что ЛЖВ, которые страдают депрессией, хуже соблюдают режим приема АРВ-препаратов, а лечение депрессии улучшает приверженность лечению (35).

Психические расстройства у ЛЖВ могут развиваться независимо от ВИЧ-инфекции и быть проявлением соответствующего заболевания (органическое заболевание) или явиться реакцией на диагноз ВИЧ-инфекции и его последствия (например стигматизация и ухудшение здоровья).

Тревожные расстройства включают широкий ряд различных состояний. Тревожность может быть нормальной реакцией, проявлением болезни (например, депрессии или тиреотоксикоза) или самостоятельной патологией. Вариантами последней являются состояния с выраженной и стойкой тревогой (невроз тревоги), тревожность в определенных ситуациях, провоцируемая определенными событиями (посттравматическое стрессовое расстройство или фобии) или непредсказуемые приступы тревоги (панические приступы). Каждое из этих тревожных расстройств может быть выражено как в легкой, так и тяжелой степени.

Таблица 19. Тактика при тревожных расстройствах		
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
Невроз тревоги	<p>Обсуждение, как справиться с тревожностью, в соответствии с конкретной ситуацией; обучение методам релаксации; внимательное выслушивание и оказание моральной поддержки.</p> <p>Желательно обучить пациента преодолевать тревогу, используя принципы когнитивно-поведенческой психотерапии (КПП) или, если возможно, направить его к соответствующему специалисту (последнее предпочтительно). При КПП после короткого курса занятий с психотерапевтом или психиатром выясняются причины и предвестники тревоги, а также приобретаются навыки ее преодоления.</p> <p>Селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (СИОЗС) могут использоваться как препараты первого ряда, например циталопрам 10 мг 1 раз в сутки в течение первой недели, затем повысить дозу до 20 мг и выше (максимальная доза 60 мг/сут) в течение нескольких недель.</p> <p>Бензодиазепины могут быстро снять тревожность, однако из-за развития привыкания и зависимости их не следует использовать более 2–4 недель. Могут быть полезны в начале лечения СИОЗС для предупреждения усиления симптоматики в этот период.</p>	<p><i>Помощь при тревожности</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Найти время, чтобы внимательно выслушать пациента. • Обсудить проблему, соблюдая конфиденциальность. • Спокойная музыка и массаж могут помочь пациенту расслабиться. • Направить пациента в группу поддержки. • При нарастании тревожности или депрессии, направить пациента к врачу.
Паническое расстройство	<p>СИОЗС должны использоваться как препараты выбора.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Если они противопоказаны или неэффективны, можно назначить кломипрамин (в начале 25 мг 1 раз в сутки, в течение 2 недель повысить дозу до 100–150 мг/сут). <p>Чтобы помочь пациенту справляться с паническими приступами, следует использовать принципы КПП; желательно направить пациента для прохождения курса КПП.</p>	
Фобии	<p>Можно назначить СИОЗС. Важную роль играет КПП, например методы с постепенным нарастанием раздражителя.</p>	

16. Тактика при нарушениях сна

Бессонницей называют нарушение засыпания или поддержания сна. Выделяют нарушения засыпания, ночные просыпания и ранние пробуждения. Нередко бессонница является симптомом другого психического или физического нарушения и наблюдается при:

- боли;
- тревожности;
- депрессии;
- абстинентном синдроме (например связанном с приемом алкоголя, диазепама или героина).

Бессонница, ночные кошмары и сонливость могут быть побочными эффектами некоторых АРВ-препаратов, особенно эфавиренза (см. табл. 11 в Протоколе 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков»).

Таблица 20.	ТАКТИКА ПРИ БЕССОННИЦЕ	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
Бессонница	<p>Выявить возможную причину (депрессия, тревожность, боль, мания, абстинентный синдром) и назначить лечение.</p> <p>В отсутствие перечисленных выше причин нормализовать сон помогают следующие меры:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Физическая нагрузка днем, методы релаксации (медитация, прослушивание успокаивающей музыки); отход ко сну и вставание в одни и те же часы. • Не ложиться спать днем, не употреблять кофе и алкоголь, особенно перед сном. <p>Если в течение 20 минут не удается заснуть, встать и заняться каким-нибудь спокойным видом деятельности, прежде чем снова лечь спать.</p> <p>Некоторым пациентам на короткий срок можно назначить бензодиазепины (например, темазепам 5–10 мг на ночь) или другое снотворное (например зопиклон 3,75–7,5 мг) не менее чем за час до отхода ко сну. Назначать снотворные нужно не более чем на 3–4 недели, чтобы предотвратить привыкание и зависимость. В редких случаях лечение можно продолжать дольше; чтобы после отмены препарата не возникло бессонницы, дозу нужно снижать постепенно.</p>	<p>Поговорить с больным о переживаниях, которые мешают ему заснуть, успокоить его.</p> <p>По возможности обеспечить тишину.</p> <p>Не давать больному на ночь крепкий чай и кофе.</p> <p>Лечить боль, если нужно.</p>

17. Тактика при аффективных расстройствах

17.1. Депрессия

Симптомы депрессии:

- плохое настроение, упадок сил, снижение активности, утрата способности испытывать удовольствие;
- утрата интересов, нарушение концентрации внимания, очень быстрая утомляемость;

- нарушения сна и снижение аппетита;
- снижение самооценки и уверенности в себе (даже при легкой форме депрессии), чувство вины и собственной никчемности;

Плохое настроение сохраняется изо дня в день, независимо от обстоятельств, и может сопровождаться так называемыми «соматическими» симптомами, например ранними пробуждениями, выраженной заторможенностью, возбуждением, потерей аппетита, похуданием, утратой полового влечения.

Таблица 21. Тактика при депрессии		
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
Депрессия	<p>Оценить и классифицировать депрессию: риск суицида, большая или малая депрессия, осложненная реакция на утрату или другие тяжелые жизненные события и т.д.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Проконсультироваться с психиатром о лечении. • Исключить побочные эффекты препаратов; например причиной депрессии может быть эфавиренз (см. табл. 11 в Протоколе 1 «Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков») 	<p>Обеспечить поддержку и консультирование.</p> <p>Привлечь на помощь членов семьи и друзей, направить пациента в группу взаимопомощи ЛЖВ или в группы поддержки при религиозных организациях.</p> <p>Больного с суицидальными намерениями не оставлять одного:</p> <ul style="list-style-type: none"> • беседовать; • помочь наладить сон; • наблюдать.
Легкий депрессивный эпизод Обычно имеются два или три из перечисленных выше симптомов. Пациент подавлен, но в основном способен осуществлять обычные виды деятельности.	Антидепрессанты не рекомендуются, более важны наблюдение, решение проблем и физическая нагрузка	—

Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
<p>Умеренный депрессивный эпизод Обычно имеются четыре или более из перечисленных выше симптомов; пациенту трудно продолжать обычную деятельность</p>	<p>При единичном депрессивном эпизоде лечение рекомендуется продолжать 4–6 месяцев, при повторных приступах – дольше.</p> <p><i>Препараты первого ряда:</i> СИОЗС, например циталопрам, 10–20 мг/сут, можно повысить дозу до 60 мг/сут в течение нескольких недель. Всегда использовать минимальную эффективную дозу.</p> <p>В начале лечения СИОЗС внимательно наблюдать за пациентом; возможны беспокойство, возбуждение, суицидальное поведение. Многие ЛЖВ считают потерю полового влечения неприемлемым побочным эффектом.</p> <p><i>Препараты второго ряда:</i> Следует рассмотреть через 6–8 недель, если СИОЗС плохо переносятся или неэффективны. Можно назначить антидепрессант другого класса (обычно трициклический антидепрессант или ингибитор МАО, например амитриптилин, начиная с 25 мг 3 раза в сутки), соблюдая стандартные рекомендации по отмене или замене препарата. Однако следует помнить, что трициклические антидепрессанты очень токсичны при передозировке, поэтому противопоказаны пациентам с суицидальными наклонностями. Альтернативой может быть другой СИОЗС, например сертралин, начиная с 50 мг/сут.</p> <p><i>Предупреждение:</i> Обладающие антидепрессивным действием препараты зверобоя взаимодействуют с ингибиторами протеазы (ИП) и нуклеозидными ингибиторами обратной транскриптазы (ННИОТ), и снижают их концентрацию в крови; это может привести к появлению устойчивых штаммов ВИЧ, поэтому препараты зверобоя не рекомендуются пациентам, получающим ИП и ННИОТ.</p>	<p>—</p>
<p>Тяжелый депрессивный эпизод без психоза Некоторые из перечисленных выше симптомов сильно выражены, типичны чувство вины, собственной никчемности и низкая самооценка; часто суицидальные мысли и намерения, а также многочисленные «соматические» симптомы.</p>	<p>При тяжелой или устойчивой депрессии рекомендуются антидепрессанты в сочетании с КПП.</p> <p>В зависимости от тяжести состояния и факторов риска психиатр может назначить литий (уровень в плазме должен составлять 0,4–1,0 ммоль/л), электросудорожную терапию или венлафаксин (начальная доза 75 мг/сут); перед назначением препаратов провести соответствующую беседу с пациентом и исследования: электрокардиограмма (ЭКГ), функция почек и щитовидной железы (литий), ЭКГ и артериальное давление (венлафаксин).</p>	<p>Проконсультировать пациента и членов семьи относительно приема препарата и побочных эффектов.</p> <p>Направить на консультацию к специалисту.</p> <p>Обеспечить наблюдение.</p>

Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
Тяжелый депрессивный эпизод с психозом: тяжелая депрессия с галлюцинациями, бредом, психомоторной заторможенностью или ступором	При симптомах психоза могут потребоваться нейролептики, которые можно назначить после консультации психиатра.	—
Суицидальные мысли	Оценить, имеется ли у пациента план и средства для совершения суицида. Если да, то в связи с высоким риском суицида госпитализировать пациента.	Не оставлять пациента одного. Убрать опасные предметы. Привлечь членов семьи, друзей.

17.2. Мания и биполярное аффективное расстройство (БАР)

- ЛЖВ могут страдать от сопутствующего БАР, для которого характерны два или более эпизода нарушений настроения, одно из которых – мания (или гипомания).
- Описаны случаи мании у пациентов с поздней стадией ВИЧ-инфекции и очень низким числом CD4, у которых в личном и семейном анамнезе не было БАР.

Типичные признаки мании и БАР:

- Приподнятое настроение, не связанное с внешними обстоятельствами, от беззаботной веселости до почти неконтролируемого возбуждения.
- Эмоциональный подъем, сопровождающийся приливом сил, быстротой и многословием речи, снижением потребности в сне. Часто наблюдается выраженное нарушение концентрации внимания. Характерна повышенная самоуверенность и самооценка, идеи величия.
- Утрата социальных сдерживающих механизмов, которая может привести к безрассудному или неадекватному поведению, не характерному для данного человека.
- Кроме того, возможны бред (нередко бред величия) или галлюцинации.

Таблица 22. Тактика при мании и БАР		
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
Мания или БАР	<p>Стабилизаторы настроения (нормоти-мики), в том числе литий (уровень в плазме 0,4–1,0 ммоль/л), вальпроевая кислота, ламотригин и габапентин; использовать с осторожностью.</p> <p>Вальпроевая кислота (а также в разной степени и большинство других психотропных средств) подавляет активность ферментов, участвующих в метаболизме АРВ-препаратов, что нужно учитывать при назначении и отмене этого препарата.</p> <p><i>Предупреждение: карбамазепин</i> обычно не используют из-за взаимодействий с АРВ-препаратами и риска агранулоцитоза.</p> <p>Важную роль может играть КПП, благодаря которой пациент может научиться распознавать предвестники и провоцирующие факторы перепадов настроения.</p> <p>При развитии психоза после консуль-тации психиатра может потребоваться назначение нейролептиков.</p>	Ухаживающие за пациентом лица мо-гут помочь в соблюдении назначений и выявлении первых признаков аффек-тивного расстройства.

18. Тактика при деменции

Деменция – это синдром нарушения памяти, мышления, ориентации, понимания, счета, способности к обучению, речи, суждения и других высших функций коры головного мозга, обусловленный заболеванием головного мозга, обычно хронического и прогрессирующего характера. Необходимо отметить, что при этом:

- сознание ясное;
- нарушению когнитивных функций нередко сопутствует (а иногда и опережает их) ухудшение контроля эмоций, социального поведения (например растормаживание) или нарушение мотивации.

Нарушения когнитивных функций у ВИЧ-инфицированных могут иметь разные причины.

- Забывчивость и нарушения концентрации внимания нередко бывают проявлениями депрессии и тревожности, поэтому при постановке диагноза деменции их нужно исключать в первую очередь.
- Острые инфекции могут протекать со спутанностью сознания (делирием) и их также нужно учитывать при дифференциальной диагностике.
- В то же время, на поздней стадии ВИЧ-инфекции с очень низким числом лимфоцитов CD4 когнитивные нарушения могут быть обусловлены непосредственным влиянием ВИЧ на центральную нервную систему (ЦНС) или иммунным ответом на вирус.

Таблица 23. Тактика при деменции		
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
<p>Деменция</p>	<ul style="list-style-type: none"> Исключить другие причины, такие как депрессия и делирий. Выявить обратимые причины деменции, в частности нормотензивную гидроцефалию, операбельные опухоли, гипотиреоз, нейросифилис, дефицит витамина В12 и фолиевой кислоты. Провести соответствующее лечение. Возможно, причинами нарушений являются боль или страх; назначить соответствующее лечение. Основа лечения СПИД-дементного комплекса – ВААРТ. 	<p>Пациент должен находиться как можно дольше в привычной обстановке.</p> <ul style="list-style-type: none"> Следует держать вещи на своих местах, чтобы пациент мог их найти. Следует придерживаться привычного распорядка дня. Убрать опасные предметы. Использовать простые фразы; стремиться, чтобы два человека не говорили одновременно. Приглашать посторонние звуки. Пациент должен находиться под постоянным присмотром.
<p>Деменция с нарушениями поведения (агрессия или беспокойство)</p>	<p>Предпочтительны немедикаментозные методы, например попытаться успокоить пациента. Если пациент ведет себя беспокойно и нуждается в медикаментозном лечении, можно использовать низкие дозы кветиапина (12,5 мг/сут). Если пациент находится дома, семье нужно оказать поддержку, в частности пациента на некоторое время можно госпитализировать, чтобы дать передышку его близким. Лечение нарушений поведения у пациентов, которые находятся дома, особенно важно еще и потому, что со временем они отрицательно сказываются на членах семьи.</p>	
<p>Параноидные состояния, сильное возбуждение или ночная активность Беспокойное поведение пациента, в частности параноидный бред или другие симптомы психоза</p>	<p>В этом случае также предпочтительны немедикаментозные методы, в частности нужно постараться успокоить больного. Если пациент ведет себя беспокойно, после тщательной оценки психиатром природы симптомов можно назначить, например, низкие дозы кветиапина (12,5 мг/сут). При лечении нейролептиками требуется повышенное внимание из-за риска падений.</p>	

19. Тактика при кашле или затрудненном дыхании

Кашель и затрудненное дыхание могут быть вызваны часто наблюдающимися при ВИЧ/СПИДе оппортунистическими инфекциями, а также синдромом восстановления иммунитета (обычно развивается в первые два–три месяца АРТ). Подробнее в Протоколе 1 «*Обследование и антиретровирусная терапия у взрослых и подростков*», раздел «Воспалительный синдром восстановления иммунитета»).

Таблица 24.	ТАКТИКА ПРИ КАШЛЕ И ЗАТРУДНЕННОМ ДЫХАНИИ	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому
Одышка с бронхоспазмом	<p>Ингаляция кислорода через маску, если возможно.</p> <p><i>Лечение бронхоспазма</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ингаляции бронходилататора с помощью дозированного ингалятора через буферную насадку или маску или, если есть возможность, через распылитель. Продолжать лечение бронходилататорами, пока пациент способен ими пользоваться. Отменить, если дыхание поверхностное или очень затрудненное. • Преднизолон 1 мг/кг/сут (обычно 60 мг 1 раз в сутки утром); для оценки эффекта подождать неделю, дозу снижать постепенно, по 10 мг в неделю. 	<p><i>Простой кашель</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Домашние средства: мед, лимон, паровые ингаляции (например, с настойкой эвкалипта) • Если появился кашель с мокротой, который сохраняется больше 2 недель, возможен ТБ. Следует получить направление на трехкратное исследование мокроты на <i>Mycobacterium tuberculosis</i>. <p>Дополнительно к назначенному лечению</p> <ul style="list-style-type: none"> • Помочь пациенту принять позу, в которой ему легче дышать (обычно сидя). • Некоторым пациентам легче дышать, сидя с небольшим наклоном вперед, положив руки на стол. • Подложить под спину пациента подушки. • Обеспечить доступ свежего воздуха: открыть окно. • Обмахивать пациента. • При густой мокроте чаще давать больному питье (это улучшает отхождение мокроты).
Сердечная недостаточность или избыток жидкости	<p>Фуросемид 40–160 мг/сут в один или несколько приемов до облегчения симптомов (следить за диурезом)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Подложить под спину пациента подушки.
Кашель с густой мокротой	<ul style="list-style-type: none"> • Ингаляции физиологического раствора. • Если мокроты отходит более 30 мл в сутки, можно применять дыхательную методику (кашель с открытой голосовой щелью) и постуральный дренаж. • Аспирацию мокроты из трахеи лучше не проводить, так как она тяжело переносится больными. 	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечить доступ свежего воздуха: открыть окно. • Обмахивать пациента. • При густой мокроте чаще давать больному питье (это улучшает отхождение мокроты).
Обильная водянистая мокрота	<p>Гиосцин (М-холиноблокатор) 10 мг каждые 8 часов</p>	<p><i>Правила безопасности обращения с мокротой</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Обращаться с мокротой осторожно, чтобы избежать распространения инфекции.
Плевральный выпот (саркома Капоши, пневмония и др. причины)	<p>Сделать плевральную пункцию, если возможно (см. Протокол 2 «<i>Тактика ведения пациентов с оппортунистическими инфекциями и общими симптомами ВИЧ/СПИДа</i>»).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Для отхаркивания мокроты дать пациенту банку с крышкой. • Выливать содержимое банки в унитаз, после чего мыть ее дезинфицирующими средствами, либо обливать кипятком.
Сухой кашель	<p>Кодеин 5–10 мг 4 раза в сутки, если не помогает – морфин внутрь (2,5–5 мг) столько времени, сколько потребуется (попробовать снизить дозу через неделю).</p>	<p><i>Для оптимального использования функционального резерва легких:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Рассчитывать нагрузку, учитывая одышку.
Вновь появившийся кашель с мокротой, который сохраняется более 2 недель Туберкулез	<ul style="list-style-type: none"> • Направить 3 образца мокроты для исследования на кислотоустойчивые бактерии. • См. Протокол 4 «<i>Туберкулез и ВИЧ-инфекция: диагностика и лечение сочетанной инфекции</i>». • Продолжать лечение для предупреждения распространения инфекции. 	<ul style="list-style-type: none"> • Избегать скопления людей в комнате больного, не курить и не готовить пищу около него.
Одышка у больных в терминальном состоянии	<ul style="list-style-type: none"> • Морфин/трамадол внутрь в малой дозе. • Если пациент не получает морфин внутрь для обезболивания, назначить 2,5 мг каждые 6 часов; если эффекта нет, постепенно повышать дозу, ориентируясь на клинические показатели; лечить боль и тревожность. • Если пациент уже получает морфин внутрь, постепенно повысить дозу на 25%. 	

20. Профилактика скованности и контрактур

Таблица 25.		Профилактика скованности и контрактур	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому	
Скованность и контрактуры Мышечные спазмы	<p>Диазепам 5–10 мг 2–3 раза в сутки</p> <p>Тетразепам 50 мг/сут, до 200 мг/сут в 2 приема.</p> <p>Баклофен - начинать с 5 мг 3 раза в сутки, повышать дозу каждые 3 дня до 25 мг 3 раза в сутки.</p>	<p>Не ограничивайте двигательную активность пациента, поощряйте его желание двигаться.</p> <p>Если пациент неподвижен, выполняйте простой комплекс упражнений на амплитуду движений не менее 2 раз в день:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Чтобы не повредить сустав, при выполнении движений держите конечность выше и ниже сустава и поддерживайте ее. • Сгибайте, выпрямляйте и делайте другие движения в суставах, которые можно сделать без усилия. Будьте осторожны и выполняйте движения медленно, не причиняя боли. • Растягивайте суставы, прикладывая равномерное усилие и удерживая их, как указано выше. • Заведите руки больного за голову и поднимите его ноги на 90 градусов – предложите пациенту сначала самому поднять ноги, насколько он сможет, а затем помогите ему. <p>Регулярно делайте пациенту массаж.</p>	

21. Тактика при выделениях из влагалища, вызванных раком шейки матки

Таблица 26.		Тактика при выделениях из влагалища при раке шейки матки	
Клиническая ситуация	Лечение и дозы (для взрослых)	Рекомендации по уходу на дому	
Выделения из влагалища, вызванные раком шейки матки	Метронидазол , влагалищные таблетки 100 мг, 1 раз в сутки	<p>Обеспечить ежедневную гигиену.</p> <p>Можно 2 раза в день использовать сидячие ванны с добавлением в воду щепотки соли.</p>	

22. Лекарственные взаимодействия

Существует ряд причин, по которым ряд препаратов, используемых для паллиативной помощи, не рекомендуется назначать с АРВ-препаратами из-за лекарственных взаимодействий. Например, при приеме более сильнодействующих ИП (ритонавир, индинавир) или ННИОТ (невирапин, эфавиренз) следует избегать назначения триазолама, мидазолама, терфенадина, астемизола и препаратов зверобоя, так как печеночный метаболизм этих препаратов меняется из-за воздействия на цитохром P450 (36–40). Большинство других препаратов, в частности бензодиазепины длительного действия, противосудорожные средства и трициклические антидепрессанты, можно использовать при условии тщательного наблюдения за пациентом (для выявления признаков недостаточной дозировки или передозировки) и мониторинге сывороточной концентрации препаратов в тех случаях когда это доступно и может дать дополнительную информацию.

V. Уход за умирающими: специальные рекомендации

Членам семьи, теряющим близкого человека, будет значительно легче, если они заранее будут знать, какие медицинские, эмоциональные и духовные перемены происходят с умирающими в последние месяцы жизни. Медицинские работники могут многое сделать для членов семьи и других лиц, осуществляющих уход за больным, если расскажут им об этих переменах. В конце этого раздела в таблице 27 приведены основные изменения в состоянии больных в последние месяцы, недели, дни и часы жизни и рекомендации для близких. Ниже приведены также рекомендации для медицинских работников.

1. Приготовления к смерти

- Постарайтесь наладить общение между членами семьи и больным. Такое общение полезно для выявления страхов и опасений, которые испытывают как члены семьи, так и больной.
- Поговорите с больным о болезни; важно, чтобы он понимал происходящее и знал прогноз.
- Обсудите вопросы, беспокоящие больного, например, опеку над детьми, плату за их обучение, источники поддержки для семьи, старые ссоры, расходы на похороны.
- Расскажите больному о том, что его любят, и о нем будут помнить.
- Поговорите о смерти, если больной этого хочет. Возможно, больной пережил смерть кого-то, кто испытывал перед смертью страдания, и боится испытать такие же.
- Убедитесь, что больному помогают справиться с чувством вины или сожаления.
- Для удовлетворения духовных потребностей больного свяжитесь с его духовным наставником или религиозными организациями по его выбору (если он высказывает такое желание).

2. Участие

- Будьте рядом, проявляйте участие.
- Посещайте больного регулярно, держите за руку, слушайте, говорите.

3. Уход

Обеспечьте больному комфорт:

- смачивайте губы, рот, глаза;
- следите, чтобы белье всегда было чистым и сухим;
- лечите боль и лихорадку (при необходимости давайте препараты по часам);
- устраняйте другие симптомы, используйте симптоматические средства;
- кормите и поите больного понемногу, так часто, как требуется;
- поддерживайте физический контакт.

4. Реакция на утрату

После смерти пациента важно помочь его близким перенести утрату. Утрата, связанная с потерей члена семьи, умершего от ВИЧ-инфекции, может быть особенно тяжелой по нескольким причинам:

- ВИЧ-инфицированные умирают в относительно молодом возрасте, поэтому для близких эта утрата еще тяжелее;
- родственники сталкиваются не только с потерей любимого человека, но и близкой или отдаленной перспективой финансовых и социальных проблем;
- с горем труднее справиться из-за «порочающего» характера болезни;
- возможно, что другие члены семьи уже умерли от ВИЧ/СПИДа, или члены семьи тоже инфицированы и могут умереть от ВИЧ/СПИДа.

Все это требует от профессионалов, оказывающих помощь при ВИЧ/СПИДе, участия и внимания, необходимых близким умершего и сиротам для того, чтобы справиться с горем и многочисленными лишениями, связанными с ВИЧ/СПИДом, которые часто обрушиваются на семьи.

Таблица 27. Основные изменения в состоянии больных в конце жизни и рекомендации для членов семьи и лиц, осуществляющих уход				
Тип изменений	Последние месяцы жизни	Последние недели жизни	Последние дни жизни	Последние 24–48 часа жизни
<i>Изменения при приближении смерти</i>				
Медицинские	<ul style="list-style-type: none"> Усиливается слабость Удлиняется сон Снижается аппетит Усиливается боль или другие симптомы 	<ul style="list-style-type: none"> Удлиняется время пребывания в постели Бессонница Снижается интерес к пище и питью Нарастает слабость Затрудняется ходьба 	<ul style="list-style-type: none"> Недержание мочи и кала Бодрствование ночью, сон днем Потливость Спутанность сознания Нарушения интеллекта Бледность Нарушения дыхания 	<ul style="list-style-type: none"> Сонливость Беспокойство Возбуждение Постепенная или внезапная потеря сознания Нарастающее изменение цвета кожных покровов Периодическое дыхание Клокочущее дыхание Стоны Делирий
Эмоциональные	<ul style="list-style-type: none"> Увеличивается потребность в близком общении, разговоре, физическом контакте Социальное отдаление Усиливается печаль, плаксивость Стремление к близкому общению, выражению любви 	<ul style="list-style-type: none"> Желание говорить об организации похорон Периоды выражения сильных эмоций «Торги» Воспоминания пережитого, обсуждение прошедших событий Подбадривание близких Страх засыпания 	<ul style="list-style-type: none"> Успокоение Повышение общительности Признаки ухода из жизни, слова прощания Усиление тревожности 	<ul style="list-style-type: none"> Больной может не откликаться или почти не откликаться. Спутанность сознания, делирий, неспособность ясно выражать эмоции
Духовные	<ul style="list-style-type: none"> Повышение интереса к духовным вопросам Молитва Желание общения с духовным, религиозным наставником Обращение к вере 	<ul style="list-style-type: none"> Представление образов умерших близких Укрепление веры в Бога Периоды ухода в себя 	<ul style="list-style-type: none"> Прояснение мыслей и эмоций Умиротворение и переосмысление 	<ul style="list-style-type: none"> Постижение других измерений жизни Умиротворение Глубокий мирный сон

<i>Рекомендации для членов семьи и других лиц, ухаживающих за больным</i>				
Тип изменений	Последние месяцы жизни	Последние недели жизни	Последние дни жизни	Последние 24–48 часа жизни
<i>Рекомендации для членов семьи и других лиц, ухаживающих за больными</i>				
Для всех изменений	<ul style="list-style-type: none"> • Позволить больному выбирать ту еду, которая ему нравится. • Уговаривать пить и принимать пищу, но не заставлять и не настаивать. • Помогать передвигаться. • Помочь создать удобную и безопасную обстановку. • Тесно сотрудничать с медицинской бригадой, сообщать о новых симптомах и нарастании имеющихся. • Оказывать моральную поддержку, слушать. • Не стараться отрицать болезнь, не говорить что «все будет хорошо». • Позволить больному плакать и выражать эмоции. • Не стараться скрыть печаль. • Молиться вместе с больным, если возможно. • Помочь наладить общение с духовным наставником. 	<ul style="list-style-type: none"> • Поддерживать желание больного отдыхать, когда он нуждается в отдыхе. • Сообщать медработникам об усилении боли и других симптомов. • Замечать любые изменения сна, питания и т.п. • Поддерживать желание больного обсуждать вопросы, связанные с уходом из жизни. • Ограничить посещения, чтобы больной мог отдохнуть. • Дать возможность говорить о пережитом, вспоминать. • Обеспечить физический контакт: массировать спину, стопы. • Говорить о любви, прощении. • Если больной боится темноты, оставлять свет в комнате. • Часто говорить, что близкие постоянно будут рядом с ним. • Вместе обсуждать духовные вопросы. 	<ul style="list-style-type: none"> • Заботиться о том, чтобы кровать/одежда больного была чистой и сухой. • У лежачих больных часто менять положение. • Предлагать напитки и еду, но не настаивать. • Следить за уровнем сознания; прежде, чем кормить, убедиться, что больной может глотать. • Поддерживать физический контакт. • Смачивать губы кусочками льда или влажным тампоном. • Продолжать разговаривать с больным, включать его любимую им успокаивающую музыку. • Члены семьи могут по очереди дежурить у постели больного. • При необходимости напоминать ухаживающим за больным о еде и отдыхе. • Молиться вместе с больным. 	<ul style="list-style-type: none"> • Если нужно, прикладывать теплые или холодные компрессы, если у больного озноб или жар. • Разговаривать с больным (даже, если он не отвечает). • Сообщать медработникам об изменениях дыхания (члены семьи должны знать, что перед смертью возможны нарушения дыхания). • Сообщить медработникам о признаках страдания (гримаса боли). • Давать лекарства по необходимости или как предписано. • Разговаривать с больным, выражать эмоции. • Вербально и невербально поддерживать больного. • Проститься и позволить больному умереть. • Заверить больного, что его будут любить и помнить. • Сказать о любви и прощении. • Участвовать в поддерживающих ритуалах.

Примечание: Здесь перечислены симптомы и изменения, которые могут появиться при приближении смерти, а также рекомендации для близких больного. Терминальная стадия болезни может протекать по-разному, и у больного могут появиться не все симптомы из перечисленных. По мере приближения смерти на каждом этапе могут также появиться некоторые или все симптомы, указанные для предыдущих этапов.

Источник: Selwyn & Rivard, 2003 (41).

VI. Минимальный перечень данных, рекомендованных для сбора в медицинских учреждениях

Предложенный минимум данных, которые должны быть собраны, важен для оценки доступности и эффективности услуг по паллиативной помощи. Эти данные помогут организаторам здравоохранения в принятии решений об улучшении и расширении услуг для всех тех, кто в них нуждается.

Сбор данных необходимо проводить регулярно (например раз в месяц, квартал или полугодие):

- число пациентов с ВИЧ/СПИДом, нуждающихся в паллиативной помощи;³
- число пациентов с ВИЧ/СПИДом, получающих паллиативную помощь;
- число пациентов с ВИЧ/СПИДом, получающих какие-либо обезболивание;
- число пациентов с ВИЧ/СПИДом, получающих обезболивание наркотическими (опиоидными) анальгетиками.

³ Подразумеваются пациенты, у которых есть симптомы, описанные в данном протоколе.

Приложение 1. Эквивалентные дозы различных наркотических (опиоидных) анальгетиков

Таблица 28. Эквивалентные дозы наркотических (опиоидных) анальгетиков		
Агонист опиоидных рецепторов	Примерные эквивалентные дозы	
	Внутрь	Парентерально
Морфин	30 мг каждые 3–4 часа	10 мг каждые 3–4 часа
Гидроморфон	7,5 мг каждые 3–4 часа	1,5 мг каждые 3–4 часа
Метадон	15 мг каждые 6–8 часа	10 мг каждые 6–8 часа
Фентанил	25 мкг (накожно) ^а каждые 72 часа	0,01 мг
Гидрокодон ^б	30 мг каждые 3–4 часа	—
Оксикодон ^б	30 мг каждые 3–4 часа	—
Кодеин ^б	180–200 мг каждые 3–4 часа	130 мг каждые 3–4 часа

^а Не назначают пациентам, ранее не получавшим опиоидов.

^б Выпускается в виде комбинированного препарата с парацетамолом или аспирином.

Источник: Jasox et al., 1994 (32).

Библиография

1. World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care, Report of a WHO Expert Committee*. Geneva: World Health Organization, 1990.
2. Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N, eds. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 3rd Ed. New York: Oxford University Press, 2003.
3. World Health Organization. *Palliative Care: symptom management and end-of-life care*; Integrated Management of Adolescent and Adult Illness; January 2004.
4. Davies E, Higginson IJ, eds. *The Solid Facts: Palliative Care*. Copenhagen: World Health Organization 2004. (Accessed 5 July 2006 <http://www.euro.who.int/document/E82931.pdf>)
5. World Health Organization. WHO definition of palliative care. (Accessed 5 July 2006 <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>)
6. Foley KM, Aulino F, Stjernsward J. "Palliative Care in Resource-Poor Settings." *A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS*, 2003 ed. O'Neill JF, Selwyn, Schietinger H. 387-407. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. (Accessed July 5 2006 <http://www.hrsa.gov/tools/palliative/chap19.html>)
7. Centers for Disease Control. Recommendations for prevention of HIV transmission in health-care settings. *MMWR*, 1987; 36:S1-S16.
8. Centers for Disease Control. Perspectives in Disease Prevention and Health Promotion Update: Universal Precautions for Prevention of Transmission of Human Immunodeficiency Virus, Hepatitis B Virus, and Other Bloodborne Pathogens in Health-Care Settings. *MMWR*, 1988, 37:377-388.
9. LaRue F, Fontaine A, Colleau SM. Underestimation and undertreatment of pain in HIV disease: multicentre study. *British Medical Journal*, 1997, 314:23-28.
10. Breitbart W et al. The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients. *Pain* 1996; 65:243-249.
11. Breitbart W et al. Fatigue in ambulatory AIDS patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1998, 15:159-167.
12. Wood CGA, Whittet S, Bradbeer CS. ABC of palliative care: HIV infection and AIDS. *British Medical Journal*, 1997, 315:1433-1436.
13. Moss V. Palliative care in advanced HIV disease: Presentation, problems, and palliation. *AIDS*, 1990, 4(Suppl):S235-S242.
14. Fontaine A, Larue F, Lassauniere JM. Physicians; recognition of the symptoms experienced by HIV patients: how reliable? *Journal of Pain and Symptom Management*, 1999 Oct, 18:263-270.
15. Fantoni M et al. Multicentre study on the prevalence of symptoms and symptomatic treatment in HIV infection. *Journal of Palliative Care*, 1997, 13(2):9-13.
16. Vogl D et al. Symptom prevalence, characteristics, and distress in AIDS outpatients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 1998, 18:253-262.
17. Kelleher P, Cox S, McKeogh M. HIV infection: the spectrum of symptoms and disease in male and female patients attending a London hospice. *Palliative Medicine*, 1997, (11):152-158.
18. Selwyn PA et al. Palliative care for AIDS at a large urban teaching hospital: program description and preliminary outcomes. *Innovations in End-of-Life Care*, 2002, 4 (accessed July 5 2006 <http://www2.edc.org/lastacts/archives/archivesMay02/featureinn.asp>) (Reprinted in *J Palliative Medicine* 2003; 6: 461-74.)
19. Breitbart W et al. Pain in ambulatory AIDS patients I: Pain characteristics and medical correlates. *Pain*, 1996, 68:315-21.
20. Frich LM, Borgbjerg FM. Pain and pain treatment in AIDS patients: A longitudinal study. *Journal of Pain Symptom Management*, 2000, 19:339-47.
21. Hewitt D et al. Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. *Pain*, 1997, 70:117-23.
22. Rosenfeld B et al. Pain in ambulatory AIDS patients II: Impact of pain on psychological functioning and quality of life. *Pain*, 1996, Dec; 68(2-3):323-8.
23. Evers S et al. The impact of HIV on primary headache. Unexpected findings from retrospective, cross-sectional, and prospective analyses. *Pain*, 2000, 85:191-200.

24. Breitbart W. "Pain." *A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS*, 2003, ed. O'Neill JF, Selwyn P, Schietinger H. 85 -122. Washington, DC: Health Resources and Services Administration. <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap4.html> Accessed July 5, 2006.
25. Payne R, Gonzales G. Pathophysiology of pain in cancer and other terminal diseases. In : Doyle D, Hanks GWC, MacDonald N. *Oxford Textbook of Palliative Medicine*, 2nd Ed. Oxford, New York, Tokyo; Oxford University Press. 1998: 299-310.
26. Cornblath DR, McArthur JC. Predominantly sensory neuropathy in patients with AIDS and AIDS-related complex. *Neurology*, 1988, 38:794-796.
27. Maschke M et al. Incidence and prevalence of neurological disorders associated with HIV since the introduction of highly active antiretroviral therapy (HAART). *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry*, 2000, 69:376-80.
28. Schifitto G et al. Incidence of and risk factors for HIV-associated distal sensory polyneuropathy. *Neurology*. 2002 Jun 25;58(12):1764-8.
29. Wulff EA, Wang AK, Simpson DM. HIV-associated peripheral neuropathy: epidemiology, pathophysiology and treatment. *Drugs*, 2000, 59(6):1251-1260.
30. Rachlis AR. Neurologic manifestations of HIV infection. Using imaging studies and antiviral therapy effectively. *Postgrad Med*, 1998, 103(3):147-161.
31. Simpson DM. Selected peripheral neuropathies associated with human immunodeficiency virus infection and antiretroviral therapy. *Journal of Neurovirology*, 2002, 8 Suppl 2:33-41.
32. Jacox A et al. *Management of Cancer Pain: Clinical Practice Guideline No. 9*. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, 1994.
33. Acute Pain Management Guideline Panel. *Acute Pain Management: Operative or Medical Procedures and Trauma. Clinical Practice Guideline*. Rockville, MD: Agency for Health Care Policy and Research 1992.
34. Selwyn PA, Forstein M. Comprehensive care for late-stage HIV/AIDS: Overcoming the false dichotomy of "curative" vs. "palliative" care. *JAMA*, 2003, 290:806-14.
35. Yun LWH et al. Antidepressant treatment improves adherence to antiretroviral therapy among depressed HIV-infected patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 2005 June, 38(4):432-8.
36. Panel on Clinical Practices for Treatment of HIV Infection. Department of Health and Human Services (DHHS). *Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents*. May 4 2006. (Accessed July 5 2006 <http://aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>)
37. Piscitelli SC, Gallicano KD. Drug therapy: interactions among drugs for HIV and opportunistic infections. *New England Journal of Medicine*, 2001, 344:984-996.
38. Edmunds-Ogbuokiri J. Pharmacologic interactions of clinical significance. In O'Neill J; Selwyn PA, eds. *A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS*. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration, 2003. (Accessed July 5 2006 <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap27.html>)
39. Database Antiretroviral Drug Interactions. Available at: <http://www.hivinsite.com/InSite.jsp?page=ar-00-02>
40. HIV-Drug Interactions website. Available at: <http://www.hiv-druginteractions.org/>
41. Selwyn PA, Rivard M. "Overview of clinical issues". In O'Neill J, Selwyn PA, Schietinger, H, Eds. *A Clinical Guide to Supportive and Palliative Care for HIV/AIDS*. Rockville, MD: Health Resources and Services Administration, 2003. (Accessed July 5 2006 <http://www.hab.hrsa.gov/tools/palliative/chap2.html>)