

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Національна медична академія післядипломної освіти імені
П.Л.Шупика

Кафедра паліативної та хоспісної медицини
Губський Юрій Іванович, член-кор. АМН України, доктор мед. наук,
проф., завідувач кафедри паліативної та хоспісної медицини НМАПО
ім.П.Л.Шупика

ВІЛ-ІНФЕКЦІЯ ТА СНІД В УКРАЇНІ.

**ПАЛІАТИВНА ТА ХОСПІСНА МЕДИЧНА ДОПОМОГА ХВОРИМ
НА СНІД**

П л а н:

1. ВІЛ-інфекція та СНІД у ХХІ-му сторіччі: медичні та соціальні проблеми.
2. Розповсюдження ВІЛ та СНІД в Україні.
3. Загальні питання клініки, етіології та патогенезу ВІЛ-інфекції та СНІДу: молекулярна біологія, патофізіологія, клінічна біохімія.
4. Стадії ВІЛ-інфекції. Органна та системна патологія в термінальний період СНІДу
5. Паліативне (симптоматичне) лікування та ведення хворих в термінальний період СНІДу:
 - 5.1. Основні принципи надання паліативної допомоги в термінальний період СНІДу
 - 5.2. Контроль синдрому хронічного болю в термінальний період СНІД. Застосування анальгетиків та ад'ювантних засобів.
6. Біоетичні та юридичні проблеми ведення пацієнтів в термінальний період розвитку ВІЛ-інфекції

1. ВІЛ-інфекція та СНІД у ХХІ-му сторіччі: медичні та соціальні проблеми

Загальна характеристика. СНІД, або *Синдром набутого імунodefіциту* — важке інфекційне захворювання, спричинене вірусом імунodefіциту людини (**ВІЛ**), яке пошкоджує імунну систему людини, і таким чином знижує опірність організму проти будь-якої іншої хвороби, насамперед інфекцій та розвитку злоякісних пухлин.

На жаль, треба констатувати, що за майже три десятиріччя, що пройшли, розвиток ВІЛ-інфекції/СНІД набув найгіршого варіанту епідемічного розвитку та став пандемією, що може призвести донайтяжчих руйнівних наслідків для усього людства.

Розповсюдженість ВІЛ-інфекції та демографічні процеси.

Щодня в світі заражається на ВІЛ-інфекцію більш 6 тисяч людей і, якщо не вживати термінових заходів, до кінця десятиріччя число інфікованих досягне 110 мільйонів.

Згідно із звітом UNAIDS (Об'єднана програма ООН з ВІЛ-інфекції та СНІДу), в наш час загальна кількість осіб з ВІЛ/СНІДом у світі (чоловіків, жінок і дітей) складає 42 млн. осіб, у тому числі 3 млн. дітей.

Особливої стурбованість викликає та обставина, що сподівання про обмеження епідемії СНІДу в межах особливих груп ризику, зокрема споживачів ін'єкційних наркотиків та професійних представників секс-індустрії, на жаль, не справдилися. Навіть у країнах Східної Європи ВІЛ-інфекція та СНІД вийшли із соціально обмеженого кола маргінальних верст населення.

2. Розповсюдження ВІЛ та СНІД в Україні

Загальна характеристика епідемічної ситуації.

Згідно з даними, що наводяться в офіційному документі МОЗ України «Медико-демографічна ситуація та організація медичної допомоги населенню: підсумки діяльності системи охорони здоров'я у 2009 році» в Україні продовжує поширюватися епідемія ВІЛ-інфекції/СНІДу.

За період епіднагляду (1987-2009) серед громадян України офіційно було зареєстровано 141 тис. ВІЛ-інфікованих осіб, у т.ч. понад 26,8 тис. випадків захворювання на СНІД та 15,2 тис. випадків смерті від захворювання”.

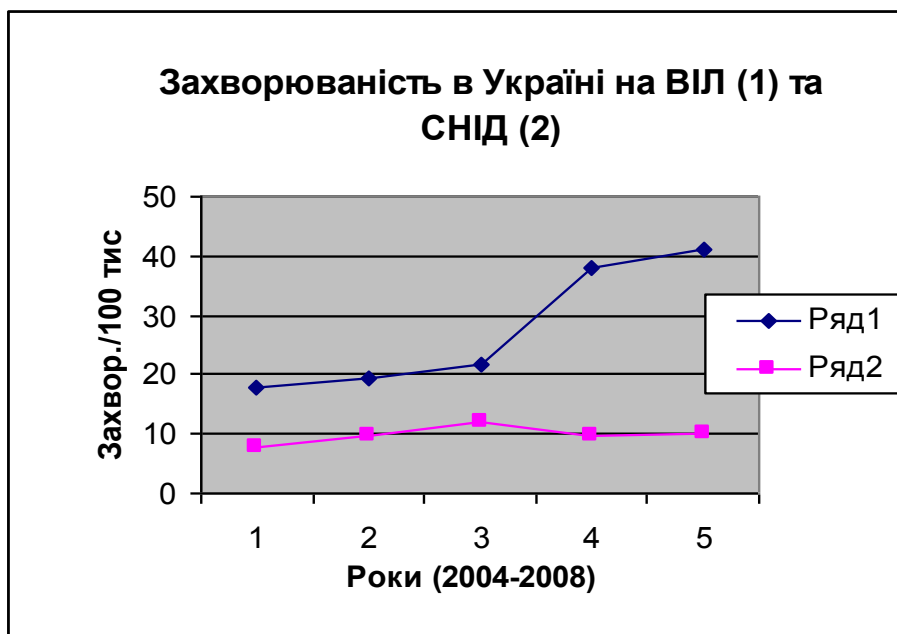
Захворюваність на ВІЛ/СНІД.

В Україні у 2008 р. зареєстровано 4.380 випадків (10,2 на 100 тис. населення) захворювань на СНІД, що на 3,9% менше, ніж у 2007 р., і на 24,5% більше, ніж у 2004 році”.

В Україні з кожним роком збільшується кількість зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції. Протягом 2008 року в країні зафіксовано 963 випадки (40,9 на 100 тис. населення) - див. Таблицю.

Таблиця. Захворюваність населення України на ВІЛ/СНІД у 2004 – 2008 рр. (на 100 тис. населення)

Патологія	2004	2005	2006	2007	2008
ВІЛ	18,0	19,4	21,8	38,0	40,9
СНІД	7,7	9,7	12,1	9,8	10,2



Найбільш високі рівні захворюваності на ВІЛ-інфекцію у 2008 р. зафіксовано в Одеській обл., (65,2 на 100 тис. нас.), АР Крим (50,9), Дніпропетровській (50,8), Херсонській (45,9) областях. Особливо високі рівні захворюваності на СНІД у 2008 р. зафіксовано у Миколаївській області – 57,4 на 100 тис. населення, м.Севастополь - 49,3, Дніпропетровській – 46,7, Донецькій областях – 32,2.

Поширеність ВІЛ-інфекції та СНІД.

Таким чином, в цілому, загальний рівень поширення нових випадків інфікування ВІЛ та захворювання на СНІД в Україні в середньому щорічно зростає на 8 – 10%. У 2004 р. показники поширеності ВІЛ-інфекції та СНІДу становили **109,8** і **6,6** на 100 тис. населення. А вже у 2008 році показники поширення ВІЛ/СНІДу становили **198,6** та **22,5** на 100 тис. населення відповідно.

У 2008 році найвищі рівні поширеності ВІЛ-інфекції (на 100 тис. населення), як і раніше, залишалися в Дніпропетровській (455,2), Одеській (454,0), Донецькій (442,9), Миколаївській (434,3) областях, м.Севастополі (334,8) та АР Крим (268,6). Неоднорідність епідемічної ситуації щодо поширення ВІЛ/СНІДу у регіонах і окремих групах населення пояснюється, головним чином, географією споживання наркотиків.

Таким чином, Україна, відповідно до доповіді експертів ООН вже у 2005 році, посідала 6-е місце у світі за рівнем поширення епідемії ВІЛ/СНІД, і на цей час – перше місце в Європі.

3.Загальні питання етіології та патогенезу ВІЛ-інфекції та СНІДу: **молекулярна біологія, патофізіологія, клінічна біохімія**

Збудником ВІЛ-інфекції/СНІДу є вірус, що має вигляд спіральки у трикутній серцевині. Він носить назву **ВІЛ** (вірус імунodefіциту людини HIV (Human Immunodeficiency Virus– англ.) і має три типи: ВІЛ-1 та ВІЛ-2, що є дуже поширеними у Західній Європі, та ВІЛ-3, який зустрічається переважно у американців та африканців. Вірус вражає Т-лімфоцити, що служать для його розмноження, та макрофаги, що розносять його по організму.

При зменшення кількості CD4+Т-лімфоцитів нижче критичного рівня, клітинний імунітет організму втрачається, і тіло людини стає значно більш чутливим до дії різних опортуністичних інфекцій, що у більшості випадків і стають за безпосередню причину загибелі ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

ВІЛ схильний до стрімких **мутацій**. В ході ВІЛ-захворювання в однієї і тієї ж людини виникають все нові штами (різновиди) вірусу, що абсолютно різні за швидкістю відтворення і за своєю здатністю ініціювати і вбивати ті або інші типи клітин. Висока мінливість (0,003%/на нуклеїнову основу/цикл реплікації) ВІЛ є однією з причин, що сильно утруднюють

розробку антиснідових ліків. Один з підвидів навіть виділяють як окремий вірус (HIV-2) на противагу "класичному" HIV-1.

Джерелом інфекції є безпосередній носій ВІЛу. Зараження можливе лише при статевому контакті з інфікованим чи при кровообміні з ним.

Період «вікна» — це час, коли вірус вже є в крові людини, але аналіз на антитіла до нього ще є негативним. В цей період людина може передавати вірус іншим. Цей період становить від двох до шести місяців.

Якщо ВІЛ-інфікована жінка народжує дитину, то, за останніми дослідженнями, ця дитина зовсім не обов'язково має бути носієм вірусу. При проведенні *антиретровірусної терапії* ризик передати вірус від матері до дитини знижується аж до 6 відсотків.

Найбільш виразними ранніми клінічними симптомами хвороби є збільшення лімфовузлів, лихоманка, втрата 10% ваги тіла протягом двох місяців, слабкість.

Діагностика ВІЛ-інфекції

Оскільки ранній період ВІЛ-інфекції часто є безсимптомним, лікарі та інший медичний персонал можуть виявити його лише за допомогою дослідження крові пацієнта на наявність у ній антитіл (протеїнів, за допомогою яких організм бореться з хворобою) до компонентів ВІЛ.

Кількість антитіл у крові піднімається до рівня, який вдається зареєструвати за допомогою наявних сьогодні методів дослідження, приблизно за 1 — 3 місяці після зараження, а до рівня, здатного давати позитивний результат в обстеженнях за допомогою стандартних тестових систем, лише за 6 місяців. Людей, що мають контакт з вірусом, потрібно обстежувати на наявність ВІЛ-інфекції, як тільки пройде час, необхідний для нагромадження в крові противірусних антитіл.

Профілактика хвороби

Оскільки вакцини проти ВІЛ-інфекції не існує, єдиним способом запобігти інфекції є уникнення ситуацій, що несуть ризик зараження, таких як спільне використання голінок та шприців або практикування небезпечених статевих відносин.

Ризик передачі інфекції від матері до майбутньої дитини значно зменшується, якщо вона під час вагітності та пологів приймає AZT, а її дитина отримує цей препарат протягом перших шести тижнів життя.

4. Стадії ВІЛ-інфекції. Органна та системна патологія в термінальний період СНІД

У 2002 році ВООЗ було запропоновано клінічну класифікацію, що розділяє течію ВІЛ-інфекції на 4 стадії. Ця класифікація є більш придатною для країн з обмеженими фінансовими та технічними ресурсами та дозволяє визначити покази до початку антиретровірусної терапії на підставі клінічних критеріїв без проведення складних та дорогартісних лабораторних досліджень ступеню імуносупресії.

Таблиця. Клінічна класифікація ВІЧ-інфекції (ВООЗ, 2002)

<i>Клінічна стадія</i>	<i>Пояснення</i>
Стадія I	1. Безсимптомне носійство. 2. Персистуюча генералізована лімфаденопатія
Стадія II	3. Втрата менше 10% маси тіла 4. “Малі” прояви з боку шкіри та слизових оболонок (себорейний дерматит, пруріго, грибкове ураження нігтів т.і.) 5. Епізоди опоясуючого лишая протягом останніх 5 років 6. Рецидивуючі інфекції верхніх дихальних шляхів
Стадія III	7. Втрата більше 10% маси тіла 8. Діарея без виділення збудника протягом 1 міс. та довше 9. Підвищення температури тіла протягом 1 міс. та довше 10. Кандидоз слизової оболонки ротової порожнини 11. Волосата лейкоплакія слизової оболонки ротової порожнини 12. Туберкульоз легенів 13. Тяжкі бактеріальні інфекції
Стадія IV	14. Синдром виснаження 15. Пневмоцистна пневмонія 16. Токсоплазмений енцефаліт 17. Криптоспоридіоз з діареєю тривалістю 1 міс та довше 18. Позалегеневий криптококкоз 19. Цитомегаловірусна інфекція 20. Шкірні прояви герпес-вірусної інфекції протягом 1 міс та довше, вісцеральні прояви хвороби 21. Прогресуюча мультифокальна лейкоенцефалопатія 22. Ендемічні мікози 23. Кандидоз стравоходу, трахеї, бронхів, легень 24. Інфекції, що спричинені атипічними мікобактеріями 25. Септицемія сальмонельозної етіології 26. Позалегеневий туберкульоз 27. Лімфома 28. Саркома Капоші 29. ВІЛ-енцефалопатія

Лікування ВІЛ- інфекції/СНІД.

На сьогодні використовуються препарати базовані на близько 25 діючих речовинах (препаратів набагато більше, оскільки для покращення ефекту застосовують суміші 2 та більше активних речовин). Більшість діючих речовин за хімічною структурою є похідними нуклеозидів, що блокують зворотню транскриптазу вірусу. Найбільш розповсюдженими є такі препарати з міжнародними назвами:

Зидовудин ([ZIDOVUDINE \(ЗИДОВУДИН\)](#)), або Азидотимідин;

Торгова назва **Власник реєстраційного посвідчення**

КОМБІВИР [GLAXO OPERATIONS UK LIMITED, \(Великобританія\)](#)

РЕТРОВІР® [GLAXO OPERATIONS UK LIMITED, \(Великобританія\)](#)

РЕТРОВІР® [SmithKline Beecham Pharmaceuticals, \(Великобританія\)](#)

РЕТРОВІР® [GlaxoSmithKline, Inc. \(Канада\)](#)

ТРИЗИВІР [GLAXO WELLCOME OPERATIONS, \(Великобританія\)](#)

Абакавір (Abacavir), або Зіаген (Ziagen).

Стійкість до ліків.

ВІЛ має велику здатність мутувати. Наприклад відомо більше 20 мутацій (підвидів) протеїну NC (p7). Більшість таких вірусів менш шкідливі (патогенні), ніж вихідний й розмножуються повільніше. З іншого боку, вони можуть мати вищу стійкість проти певного медикаменту.

5. Паліативне (симптоматичне) лікування та ведення хворих в термінальний період СНІДу

На сьогоднішній день питання паліативної допомоги при ВІЛ/СНІДі в Україні регламентовані згідно з Наказом МОЗ України від 03.07.2007 № 368 “Клінічний протокол надання паліативної допомоги, симптоматичної та патогенетичної терапії хворим на ВІЛ-інфекцію”.

5.1. Основні принципи надання паліативної допомоги в термінальний період СНІДу

Як і стосовно паліативної допомоги в термінальний період онкологічним хворим, провідними принципами паліативної допомоги при ВІЛ/СНІДі є:

- полегшення болю та інші симптомів захворювання для підвищення якості життя пацієнта;
- поєднання медичних, психологічних і духовних аспектів догляду за пацієнтом;
- якомога довша підтримка повноцінного активного життя пацієнтів
- навчання членів родини пацієнта правилам полегшення страждань близької людини, та надання допомоги після смерті пацієнта, щоб справитися з горем, пов'язаним з втратою
- використання досвіду та спілкування між пацієнтом та надавачем

- послуг (медична сестра, лікар, член сім'ї т.і.) для забезпечення оптимальної комбінації втручань і медикаментів;
- утвердження життя та розцінювання смерті як природного процесу;
- неможливість прискорити або відстрочити смерть

Особливості надання паліативної допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію відповідно до наявних синдромів або симптомів.

Лікування больового синдрому

Основні неопіїдні аналгетики, що застосовуються для лікування хронічного болю

Опіїдні анальгетики

Еквіанальгетичні дози опіїдів

Ад'ювантні лікарські засоби

Медикаментозне лікування хронічного болю

Лікування побічних ефектів наркотичних аналгетиків

Фізичні методи лікування хронічного болю

Психологічні і соціальні аспекти лікування хронічного болю

Лікування інших основних синдромів, які можуть виникати у хворих на ВІЛ-інфекцію

Нудота і блювання

Виразки слизової порожнини рота, біль при ковтанні

Сухість у роті

Діарея

Запор

Лихоманка

Гикавка

Тривожність і збудження

Порушення сну

М'язова скутість і контрактури

Догляд за хворим з деменцією

Депресія

Піхвові виділення, обумовлені раком шийки матки

Сверблячка

Пролежні

Нетримання сечі і калу

Кашель і задишка

Виснаження

5.2. Контроль синдрому хронічного болю в термінальний період СНІД. **Застосування анальгетиків та ад'ювантних засобів**

Больовий синдром при **ВІЛ/СНІД**, як і у онкологічних хворих, можна розділити на дві категорії ноцицептивний та нейропатичний.

Ноцицептивний біль виникає внаслідок стимулювання непошкодженого больового рецептора і в свою чергу підрозділяється на:

- соматичний біль (внаслідок стимулювання больових рецепторів шкіри, м'яких тканин, м'язів і кісток)
- вісцеральний біль (внаслідок стимулювання больових рецепторів внутрішніх органів)

Для лікування ноцицептивного болю використовуються ненаркотичні та наркотичні анальгетики.

Нейропатичний біль виникає внаслідок пошкодження мієлінової оболонки аксонів периферичних нервів та зустрічається у 40% ВІЛ-інфікованих з просунутою стадією хвороби. Як правило він є проявом периферичної симетричної полінейропатії (ПСП), очевидно виникає внаслідок безпосередньої дії вірусу імунодефіциту людини і характеризується зниженням чутливості, відчуттям оніміння, появою дзвону у вухах, “поколювання” та больових відчуттів, переважно у нижніх кінцівках та стопах.

Для лікування нейропатичного болю необхідне використання ненаркотичних та наркотичних анальгетиків у поєднанні з ад'ювантним лікуванням із використанням антидепресантів або протисудомних засобів.

Лікування больового синдрому повинне початися з досконалого і систематичного дослідження, зокрема визначення можливої етіології і природи виникнення болю. Важливими характеристиками є інтенсивність болю, його тип, вплив больового синдрому на загальний стан та можливість його полегшення.

• **Інтенсивність болю.** Для її оцінки використовують числову стандартну шкалу для опису болю від 0 до 10 балів, де 0 описується як відсутність больового синдрому, а 10 як найбільше виражений біль. Особливо важливо використовувати цю шкалу з певними інтервалами у конкретного пацієнта для контролю змін стану.

• **Тип болю.** Ноцицептивний біль може бути описаний, як глибокий, пульсуючий, тупий або як болючі відчуття, які виникають після удару. Нейропатичний біль може бути описаний, як відчуття горіння, поколювання, бігання мурашок, дзвону у вухах, оніміння або інших патологічних відчуттів. Вказані характеристики можуть допомогти при виборі безпечних засобів, особливо при підозрі на нейропатичний біль.

• **Вплив болю.** Оцінюють вплив болю на функціональний і душевний стан пацієнта, здатність виконувати звичайну щоденну роботу, результати такої оцінки повинні бути чітко документовані у медичних документах.

• **Можливість полегшення болю.** Оцінюють та описують умови або втручання, які призводять до наростання або полегшення больового синдрому.

Виражений хронічний біль найчастіше зустрічається у пацієнтів із злоякісними пухлинами, хронічним панкреатитом, ураженням суглобів та вираженою нейропатією.

Розподіл за рангом використання болезаспокійливих засобів для лікування легкого, помірного та вираженого болю, разом з потенційним використанням ад'ювантних засобів на кожній стадії, а також характеристика основних засобів для зняття болю наведені нижче.

Таблиця. Основні неопіїдні анальгетики, що застосовуються для лікування хронічного болю

<i>Міжнародна назва</i>	<i>Разова доза, мг</i>	<i>Інтервал прийому, годин</i>	<i>Вища добова доза, мг</i>	<i>Період напіврозпаду, годин</i>
Ацетилсаліцилова кислота	500-1000	4-6	3000	0,25
Парацетамол	500-1000	4-6	4000	2-3
Ібупрофен	200-400	4-6	1200	2-2,5
Кетопрофен	25-50	6-8	300	1,5-2
Індометацин	25-50	8-12	200*	4-9
Кеторолак ***	10-30	6-8	90**	5-6
Мефенамова кислота	250-500	6-8	1500	3
Диклофенак	50	8	150	2
Метамізол натрію ***	500-1000	8-12	3000	-

* - при тривалому лікуванні 75 мг.

** - у літніх і осіб з масою менше 50 кг – не більше 60 мг.

*** - не рекомендується для тривалого лікування через мієлотоксичність.

Опіїдні анальгетики

За відсутності ефекту від застосування неопіїдних анальгетиків, призначають опіїди.

До слабких опіїдів відноситься трамадол, що є μ -агоністом.

Трамадолу гідрохлорид, добова доза до 400 мг. Трамадол звичайно приймають по 50-100 мг кожні 6 годин. Найчастіші побічні ефекти трамадолу - запаморочення, нудота, сонливість.

До сильнодіючих опіїдів відносяться промедол, бупренорфін, омнопон, морфін і фентаніл.

Промедол (вища добова доза 240 мг). При парентеральному застосуванні знеболючий ефект більш виражений.

Бупренорфін – частковий μ -агоніст. Бупренорфін має вищий, ніж у морфіну, анальгетичний потенціал і триваліший анальгетичний ефект (6 годин). Для бупренорфіну характерний так званий «стельовий» ефект:

збільшення дози понад 3-5 мг/добу не супроводжується посиленням анальгезії, що вважається основним недоліком бупренорфіну при лікуванні хронічного болю (максимальна добова доза 3,6 мг).

Оmnopon – містить приблизно 50% морфіну і приблизно 35% інших алкалоїдів опію. За силою дії приблизно в 1,5-1,8 разу слабший за морфін (вища добова доза 160 мг).

Морфін є класичним представником опіоїдних аналгетиків - агоністів μ -рецепторів. Морфін швидко всмоктується як при прийомі внутрішньо, так і при підшкірному введенні. Дія розвивається через 10-15 хвилин при підшкірному введенні і через 20-30 хвилин після перорального введення. Дія однократної дози триває 3-5 годин (максимальна добова доза 120 мг).

Еквіаналгетичні дози опіоїдів

Препарати	Форма випуску	Доза* мг/добу				
Трамадол	табл., ампули, супоз., краплі	400				
Трамадол з тривалістю дії 12 годин	табл.,	400				
Оmnopon	ампули	60	60-100	100-160		
Бупренорфін	табл.,	1,6	1,6-2,8	2,8-3,6		
Бупренорфін	ампули	1,2	1,2-2,1	2,1-3,0	3,0-3,6	
Морфіну гідрохлорид	ампули	40	40-70	70-100	100-120	

* - за індивідуальними показаннями добова доза може бути збільшена.

 - терапевтичні можливості препарату вичерпані. Доцільно застосувати анальгетики з більш вираженим знеболюючим ефектом.

Ад'ювантні лікарські засоби

Наведені нижче ад'ювантні лікарські засоби можуть або розширювати діапазон дії анальгетиків, або мати самостійну анальгетичну дію.

Трициклічні антидепресанти (амітриптилін, іміпрамін) часто використовуються для лікування нейропатичного болю. Вони мають відносні протипоказання у пацієнтів з ІХС і ризиком шлуночкових аритмій. **Амітриптилін** має анальгетичну дію, проте погано переноситься через виражений холінолітичний ефект (сухість у роті, затримка сечі, запори, галюцинації). Часто відзначається седативний ефект і ортостатична гіпотензія, які можуть обмежувати його одночасне використання з наркотичними анальгетиками. Для виключення порушень серцевого ритму необхідний контроль ЕКГ, особливо у пацієнтів, що отримують протипухлинні препарати антрациклінового ряду. Призначення всієї дози амітриптиліну на ніч нормалізує сон і зменшує побічні ефекти вдень, але пацієнта потрібно попередити щодо можливості ортостатичної гіпотензії в

нічний час. Аналгетичний ефект амітриптиліну проявляється в низьких дозах (25-150 мг/добу). Рекомендується починати з 10-20 мг для пацієнтів з масою тіла більше 50 кг і 0,3 мг/кг у пацієнтів з масою тіла менш 40 кг. Доза повільно збільшується до досягнення бажаного ефекту (максимально 150 мг у дорослих і 3 мг/кг у дітей).

Антигістамінні препарати (димедрол) крім основного має аналгезивну, протиблювотну і помірно заспокійливу дію. Звичайна доза 10-20 мг перорально або в/м кожні 4-6 годин (0,5-1 мг/кг для дітей).

Бензодіазепіни (сибазон, діазепам, реланіум) ефективні для лікування раптової тривоги і м'язових судом, що супроводжуються гострим болем. Вони показані хворим, які мають протипоказання до прийому антидепресантів, а також для лікування термінальної задишки. За винятком болю, пов'язаного з м'язовими судомами, ці засоби не є ефективними аналгетиками, а їх заспокійлива дія і здатність пригнічувати дихання підсилюються при спільному застосуванні з опіоїдами. Тому в пацієнтів з симптомами тривоги і болем спочатку призначають та підбирають дози опіоїдного аналгетика, а потім застосовують бензодіазепіни.

Кофеїн у разовій дозі приблизно 65 мг досить успішно підсилює аналгетичний ефект НПЗЗ. Оптимальна добова доза кофеїну не встановлена, але 65-200 мг/добу зазвичай добре переноситься більшістю пацієнтів. Разові дози 1,0-1,5 мг/кг можуть використовуватися у дітей із хронічним онкологічним болем.

Кортикостероїди мають специфічну і неспецифічну дію при лікуванні хронічного болю. Вони можуть безпосередньо лікувати деякі пухлини (наприклад, лімфому) і знімати біль, зменшуючи набряк в ділянці здавлення пухлиною м'яких тканин, нервів або спинного мозку. Кортикостероїди призначають як метод невідкладної терапії при компресії пухлиною спинного мозку (дексон 16-96 мг/добу або його еквівалент). Лікування кортикостероїдами (дексон 16 мг/добу або його еквівалент) може бути ефективним при виникненні болю від ураження плечового або попереково-крижового сплетінь в онкологічних хворих за відсутності ефекту від великих доз опіоїдів. У хворих у термінальній стадії ВІЛ-інфекції кортикостероїди можуть підвищувати настрій і апетит, зменшуючи при цьому біль; побічні ефекти не повинні турбувати лікаря в цій ситуації. Тривале використання стероїдів викликає збільшення маси тіла, синдром Кушинга, проксимальну міопатію і психози (рідко), підвищують ризик шлунково-кишкової кровотечі, особливо при комбінації з НПЗЗ. Синдром відміни кортикостероїдів може підсилювати біль.

Антиконвульсанти (карбамазепін, баклофен) можуть знімати напади гострого тикоподібного болю при таких периферичних неврологічних синдромах, як трійчаста, постгерпетична, язиковоткова невралгія і т.п., що виникають на фоні ураження нерва вірусною інфекцією, пухлиною або специфічного протипухлинного лікування.

Подібно до трициклічних антидепресантів, при діабетичній невропатії і постгерпетичній невралгії ефективний **габапентин** у дозі 2,4-3,6 мг/добу.

Агоністи $\alpha 2$ -рецепторів (клонідин, клофелін) використовуються при лікуванні опіоїдрезистентного нейропатичного болю по 0,075–0,01 мг внутрішньо 2–3 рази на добу. Хворий має бути попереджений про необхідність прийому достатньої кількості рідини (1,5 - 2 л на добу) на фоні прийому препарату, щоб уникнути артеріальної гіпотензії. Небезпечно безконтрольне призначення клофеліну ослабленим виснаженим хворим з гіповолемією. Не слід призначати клофелін пацієнтам із брадикардією через ваготропні властивості цього препарату.

6. Біоетичні та юридичні проблеми ведення пацієнтів в термінальний період розвитку ВІЛ-інфекції

Паліативна медична допомога хворим на СНІД в термінальний період концептуально близька до такої у пацієнтів із злоякісними новоутвореннями. Разом із тим, проблема і алгоритм прийняття рішення про початок паліативної терапії та припинення специфічного (антиретровірусного тощо) лікування при ВІЛ/СНІДі значно складніші, ніж в онкології, та мають свої клінічні, юридичні та біотичні особливості.

- На відміну від онкології, ВІЧ-інфіковані пацієнти – це у більшості випадків особи молодого віку або й діти. Тому припинення їх земного існування внаслідок важкої невиліковної хвороби створює значно більші та складніші психоемоційні проблеми як у самих пацієнтів, так і – особливо! – у їх рідних.
- Складність прийняття рішення про припинення специфічної противірусної терапії обумовлюється також тією обставиною, що опортуністичні інфекції, від яких йдуть із життя ці пацієнти, в принципі самі по собі можуть бути виліковним, що психологічно надзвичайно ускладнює позицію лікаря стосовно припинення антиретровірусної терапії.
- Разом із тим, тривале лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів відбувається звичайно на тлі вираженої поліорганної патології, тому сам процес паліативного (тобто симптоматичного!) лікування цих хворих вимагає складних медичних маніпуляцій та технологій, зокрема парентерального харчування, введення складних інфузійних розчинів, гемотрансфузій, фактично перетворюючись на інтенсивну терапію.
- Тривалість процесу вмирання, наявність у багатьох термінальних СНІД-хворих додаткових небезпечних для інших пацієнтів інфекційних хвороб (активних форм туберкульозу, пневмоцистної пневмонії) робить процес організації тривалої паліативної терапії надзвичайно складним організаційно, іноді реально утруднюючи надання допомоги іншим пацієнтам відповідного клінічного відділення.

Алгоритм прийняття рішення про перехід до паліативної допомоги

Для прийняття рішення про відмову від продовження специфічного лікування ВІЛ/СНІДу та проведення заходів паліативної терапії враховують так звані **головні** та **підтримуючі критерії**, до яких належать як клінічний стан хворого та наявність глибоких порушень життєво важливих органів і систем, так і результати лабораторних, біохімічних методів дослідження.

1. До **головних показників** належать лімфома головного мозку, прогресуюча лейкоенцефалопатія, криптоспоридіоз, ниркова недостатність, що потребує гемодіалізу.
2. До **підтримуючих показників** – оцінка якості життя за шкалою Карновського нижче 70, втрата 33% маси тіла, вміст альбуміну в сироватці крові менше 25 г/л, саркома Капоші з інкурабельними ураженнями організму, наявність інших новоутворень, глибока СНІД-деменція, наявність серцевої недостатності тощо.
3. До того ж, як вказують академік НАМН проф. В.М.Запорожан та член-кор. НАМН України проф. М.Л.Аряєв, в країнах, де ретровірусна терапія є широко доступною та постійно здійснюється лабораторний контроль за її ефективністю, розроблені та застосовуються чіткі критерії прийняття рішення стосовно відмови від продовження специфічного лікування ВІЛ/СНІДу та проведення заходів паліативної терапії. При цьому вихідним пунктом для прийняття рішення про перехід до паліативної допомоги вважають показник імуносупресії – менше 50 CD4+-лімфоцитів в 1 мкл та вірусне навантаження на рівні 10 000 копій вібріонів і 1 мл плазми крові хворого.

Звичайно вважають, що наявність 1 головного або 2 підтримуючих показників разом із наявною імуносупресією, оцінюваною за вказаним рівнем CD4+-лімфоцитів, є достатньою клінічною підставою для переходу від специфічної ретровірусної терапії до паліативної допомоги, що ставить на меті максимальне збереження якості життя людини в термінальний період.

Прийняття вказаного клінічного рішення повинно бути письмово зафіксовано відповідними медико-юридичними документами.