



# Оглавление

Участники издания .....	5
Список сокращений и условных обозначений.....	6
О данном руководстве.....	7
<b>Глава 1. Общие вопросы ухода за тяжелобольными и маломобильными пациентами на дому.....</b>	<b>8</b>
1.1. Актуальность .....	8
1.2. Основные компоненты процесса ухода .....	9
1.3. Осложнения при неправильном уходе за пациентом .....	16
1.4. Паллиативная помощь.....	18
<b>Глава 2. Коммуникация с пациентами, нуждающимися в уходе, и их родственниками .....</b>	<b>20</b>
2.1. Общие техники и приемы эффективной коммуникации с пациентом, нуждающимся в уходе .....	20
2.2. Общие техники и приемы эффективной коммуникации с родственниками пациента .....	26
2.3. Частные техники и приемы эффективной коммуникации с пациентом, нуждающимся в уходе .....	29
<b>Глава 3. Организация жилого пространства и быта пациентов, нуждающихся в уходе.....</b>	<b>34</b>
3.1. Организация жилого пространства и быта для пожилых пациентов.....	34
3.2. Организация жилого пространства и быта для пожилых пациентов с когнитивными расстройствами .....	39
3.3. Организация жилого пространства и быта для пожилых пациентов с расстройствами интеллекта.....	42
3.4. Организация жилого пространства и быта для пациентов, передвигающихся на кресле-коляске.....	45
3.5. Организация жилого пространства и быта для пациентов с нарушениями слуха.....	54
3.6. Организация жилого пространства и быта для пациентов с нарушениями зрения.....	56
<b>Глава 4. Гигиена пациента, нуждающегося в уходе.....</b>	<b>61</b>
4.1. Общие принципы проведения гигиенических процедур.....	61
4.2. Умывание.....	62
4.3. Уход за полостью рта.....	63

## Оглавление

4.4. Уход за глазами.....	64
4.5. Уход за ушами.....	65
4.6. Уход за полостью носа.....	65
4.7. Уход за волосами.....	65
4.8. Технические средства реабилитации, используемые во время гигиенических процедур.....	66
<b>Глава 5. Организация питания, кормления и приема лекарств у пациента, нуждающегося в уходе.....</b>	<b>72</b>
5.1. Основные принципы организации питания пациента, нуждающегося в уходе.....	72
5.2. Питьевой режим.....	79
5.3. Кормление маломобильных и немобильных пациентов.....	80
5.4. Дисфагия.....	82
<b>Глава 6. Профилактика и лечение инфекционных заболеваний у пациентов, нуждающихся в уходе.....</b>	<b>85</b>
6.1. Общие принципы профилактики инфекционных заболеваний.....	86
6.2. Частные принципы профилактики инфекционных заболеваний.....	89
<b>Глава 7. Профилактика и лечение заболеваний, вызванных длительным пребыванием больного в постели.....</b>	<b>95</b>
7.1. Профилактика и лечение пролежней.....	95
7.2. Профилактика и лечение контрактур.....	114
<b>Глава 8. Профилактика и лечение обезвоживания.....</b>	<b>118</b>
8.1. Причины развития обезвоживания.....	118
8.2. Клиническая картина и особенности диагностики обезвоживания.....	119
8.3. Методы профилактики и лечения обезвоживания.....	120
<b>Глава 9. Содействие пациентам в получении инвалидности, технических средств реабилитации и лекарственных средств....</b>	<b>122</b>
9.1. Группы инвалидности. Порядок получения.....	122
9.2. Порядок получения технических средств реабилитации.....	126
9.3. Порядок назначения, получения и использования лекарственных средств.....	128
<b>Список литературы.....</b>	<b>135</b>

# Общие вопросы ухода за тяжелобольными и маломобильными пациентами на дому

## 1.1. Актуальность

По мере старения люди все более подвержены риску заболеваний и инвалидности, что может привести к снижению мобильности либо вовсе к отсутствию возможности самостоятельного перемещения. По данным Федеральной службы государственной статистики, на территории Российской Федерации проживают более 38 тыс. граждан пожилого возраста и инвалидов, зарегистрированных для обслуживания на дому. При этом Всемирная организация здравоохранения ожидает, что численность людей работоспособного возраста будет неуклонно снижаться, а численность пожилого населения увеличится. Это приведет к росту относительного показателя числа иждивенцев пожилого возраста. В частности, доля людей в возрасте 65 лет и старше за период с 2010 по 2050 г. должна практически удвоиться, а население в возрасте 85 лет и старше, согласно прогнозам, увеличится с 14 млн до 40 млн к 2050 г.

Увеличение количества пожилых обуславливает рост потребности в социальных услугах и медицинской помощи на дому, и, как следствие, возрастает необходимость совершенствования системы социального и медицинского обслуживания. Под совершенствованием подразумеваются поиск ресурсов, актуализация и развитие известных и новых технологий и форм работы с маломобильными и тяжелобольными людьми. Этот вопрос особо актуален в связи с тем, что зачастую у таких лиц отсутствует родственный уход, либо родственники не умеют осуществлять нужные манипуляции. Цели такого совершенствования:

- максимально возможное продление автономной жизни граждан пожилого возраста в привычных для них условиях собственного дома;

- поддержка психологического комфорта;
- повышение уровня доступности социальных услуг.

Бремя нездоровья пожилых людей и инвалидов можно в значительной степени сократить или предупредить за счет ухода на дому надлежащего качества.

## 1.2. Основные компоненты процесса ухода

В процессе работы с маломобильными и тяжелобольными пациентами можно выделить несколько компонентов, которые относятся к процессу ухода: сбор основной информации о пациенте, определение проблем и имеющихся ресурсов, постановка целей ухода, подготовка плана мероприятий, собственно процесс ухода и, наконец, оценка результатов.

### 1.2.1. Оценка потребности человека в уходе

При обеспечении ухода за тяжелобольным и маломобильным пациентом особое значение имеет оценка нуждаемости человека в уходе, чтобы фельдшер четко осознавал, какую помощь и в каком объеме он сможет предоставить.

Не существует единого метода оценки потребности пациента в уходе ни на международном, ни на отечественном уровне. Она определяется посредством оценки степени ограничения жизнедеятельности и остальных действий, относящихся к повседневной деятельности пациента в домашних условиях, путем проведения различных тестов и оценки по различным шкалам при помощи наблюдений или опроса. Трудности в осуществлении каждодневных действий отражают потребность в уходе и помощи.

#### 1.2.1.1. Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека

Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять основные компоненты повседневной жизни. К таким компонентам (категориям жизнедеятельности) относятся:

- 1) способность к самообслуживанию — способность человека самостоятельно осуществлять основные физиологические потребности, выполнять повседневную бытовую деятельность, в том числе навыки личной гигиены;

- 2) способность к самостоятельному передвижению — способность самостоятельно перемещаться в пространстве, сохранять равновесие тела при передвижении, в покое, при перемене положения тела;
- 3) способность к ориентации — способность к адекватному восприятию окружающей обстановки, оценке ситуации, определению времени и места нахождения;
- 4) способность к общению — способность к установлению контактов между людьми путем восприятия, переработки и передачи информации;
- 5) способность контролировать свое поведение — способность к осознанию себя и адекватному поведению с учетом социально-правовых и морально-этических норм;
- 6) способность к обучению — способность к целенаправленному процессу организации деятельности по овладению знаниями, умениями, навыками и компетенцией, приобретению опыта деятельности (в том числе профессионального, социального, культурного, бытового характера), развитию способностей, приобретению опыта применения знаний в повседневной жизни и формированию мотивации получения образования в течение всей жизни;
- 7) способность к трудовой деятельности — способность осуществлять трудовую деятельность в соответствии с требованиями к содержанию, объему, качеству и условиям выполнения работы.

Нарушение жизнедеятельности наступает в связи с нарушением основных функций организма, что ограничивает способность к самообслуживанию. Степень нарушения может быть различной: от незначительной и умеренно выраженной до значительной. Исходя из этого определяют план ухода, планируют манипуляции, замещающие дефицит самообслуживания.

К основным видам нарушений функций организма относят следующие:

- нарушения психических функций;
- языковых и речевых функций, навыков письма, вербальной и невербальной речи, голосообразования;
- сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- статодинамических функций;
- функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета.
- обусловленные физическим уродством.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих стойкие нарушения функций организма человека, выделяют четыре степени их выраженности:

- 1-я степень — легкие нарушения;
- 2-я степень — умеренные нарушения;
- 3-я степень — выраженные нарушения;
- 4-я степень — полная зависимость от других.

Степень ограничения основных категорий жизнедеятельности человека определяют исходя из оценки их отклонения от нормы, соответствующей определенному периоду (возрасту). В основе методов измерения нарушений жизнедеятельности чаще всего лежит оценка независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, особенно при осуществлении наиболее значимых, наиболее общих из рутинных действий человека.

### 1.2.1.2. Оценка уровня бытовой активности

Для оценки уровня бытовой активности в повседневной жизни наибольшее распространение получила шкала активности (индекс) Бартела. Индекс Бартела включает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Максимальная сумма баллов по шкале Бартела, соответствующая полной независимости в повседневной жизни, составляет 100. Шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности человека, так и для проведения мониторинга с целью определения эффективности ухода.

#### *Прием пищи:*

- 10 — не нуждается в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами;
- 5 — частично нуждается в помощи, например при разрезании пищи;
- 0 — полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью).

*Персональный туалет (умывание лица, причесывание, чистка зубов, бритье):*

- 5 — не нуждается в помощи;
- 0 — нуждается в помощи.

#### *Одевание:*

- 10 — не нуждается в посторонней помощи;
- 5 — частично нуждается в помощи, например при надевании обуви, застегивании пуговиц и т.д.;
- 0 — полностью нуждается в посторонней помощи.

**Прием ванны:**

- 5 — принимает ванну без посторонней помощи;
- 0 — нуждается в посторонней помощи.

**Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация):**

- 20 — не нуждается в помощи;
- 10 — частично нуждается в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера);
- 0 — постоянно нуждается в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций.

**Посещение туалета:**

- 10 — не нуждается в помощи;
- 5 — частично нуждается в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.);
- 0 — нуждается в использовании судна, утки.

**Вставание с постели:**

- 15 — не нуждается в помощи;
- 10 — нуждается в наблюдении или минимальной поддержке;
- 5 — может сесть в постели, но для того чтобы встать, нужна существенная поддержка;
- 0 — не способен встать с постели даже с посторонней помощью.

**Передвижение:**

- 15 — может без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500 м;
- 10 — может передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м;
- 5 — может передвигаться с помощью инвалидной коляски;
- 0 — не способен к передвижению.

**Подъем по лестнице:**

- 10 — не нуждается в помощи;
- 5 — нуждается в наблюдении или поддержке;
- 0 — не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой.

### **1.2.1.3. Оценка психического статуса**

При наличии подозрений на то, что у пациента имеются когнитивные нарушения и деменция, необходимо принять меры по объективному исследованию нарушений в данной сфере: изучить анамнез пациента, анамнез окружающих, провести первичное нейропсихологическое обследование.

Иногда целесообразно исследовать когнитивные функции в начале беседы. Следует оценить внимание, способность ориентироваться в пространстве



и времени, память. Желательно распределить вопросы на протяжении всей беседы, а не задавать их единым блоком. Необходимо заранее решить, какие именно вопросы следует задать. Беспокойный человек отвлекается, может сначала ответить на все вопросы, определяющие его когнитивные возможности, однако у него может возникнуть и подозрение по поводу беседы со специалистом. Пациент может почувствовать себя лучше, если направить усилия в первую очередь на то, что ему приятнее, и только потом задавать вопросы, которые могут быть затруднительными. Важно, чтобы исследование было как можно более комфортным. Для оценки психического статуса в практике врачей-гериатров и неврологов, как правило, используют краткую **шкалу оценки психического статуса (MMSE)**.



### 1.2.2. Определение проблем и ресурсов

Определение проблем и ресурсов — это процесс сбора информации о состоянии здоровья пациента, подтверждение ее достоверности. Цель этого этапа — собрать, обосновать и связать субъективные и объективные данные о пациенте для создания программы ухода на дому.

Субъективные данные выявляются на вербальном (адекватность ответов на вопросы) и невербальном (зрительный контакт) уровнях. Главная роль в обследовании принадлежит расспросу. Адекватность и полноценность полученной информации будут зависеть от умения фельдшера расположить пациента к необходимой беседе. Субъективная информация — это представления пациента о состоянии его здоровья: жалобы, анамнез жизни и заболевания, социологические, интеллектуальные, культурные и духовные данные.

Источником информации может быть не только сам пациент: в этом качестве могут выступать члены семьи, родственники, друзья.

Объективная информация — это данные, которые получает фельдшер в результате осмотра, наблюдения, измерения.

Следующий этап — анализ и интерпретация полученных данных о пациенте с целью выявления его реальных и потенциальных проблем.

Цели данного этапа:

- определение проблем, возникающих у пациента;
- установление факторов, способствующих или вызывающих развитие этих проблем;
- выявление сильных сторон пациента, которые способствовали бы предупреждению или разрешению его проблем.

Пациент сам часто осознает наличие проблем и потребность в помощи, но существуют проблемы, о которых он не догадывается и которые могут быть выявлены только медицинским работником.

### **1.2.3. Постановка целей и составление плана мероприятий**

Во время планирования фельдшер:

- определяет цели, ожидаемые результаты;
- выбирает меры по уходу за больными;
- составляет план ухода.

Существует два вида целей по времени определения:

- краткосрочные — цели, которые достижимы за 1–2 нед;
- долгосрочные — цели, которые достижимы за более длительный период времени — более 2 нед. Они обычно направлены на предотвращение рецидивов заболевания, осложнений, их профилактику, реабилитацию и социальную адаптацию.

Требования к постановке целей:

- должны быть сосредоточены на пациенте;
- должны быть реальными, достижимыми;
- должны быть поставлены так, чтобы их можно было оценить.

### **1.2.4. Проведение мероприятий по уходу**

Цель данного этапа — обеспечение соответствующего ухода за пациентом, а также его обучение и консультирование в процессе самого ухода.

Потребность пациента в помощи может быть:

- временной — рассчитана на короткий период времени, когда существует дефицит самоухода;
- постоянной — требует помощи на протяжении всей жизни (ампутация конечности, травма позвоночника);
- реабилитирующей — процесс длительный, иногда всю жизнь (лечебная физкультура, массаж, гимнастика);
- образовательной — процесс обучения родственников и самого пациента.

Принято делить правила ухода за тяжелобольными на 2 группы:

1. **Общий уход** — мероприятия, направленные на поддержание надлежащего уровня жизни и функционирования организма пациента. Это, как правило, надлежащий гигиенический уход за пациентом, поддержание удовлетворительного психологического состояния.

2. Специальный уход — мероприятия, рекомендованные исходя из специфики основного заболевания. Это подбор специального питания, необходимой физической нагрузки (лечебная физкультура) и другие мероприятия.

При уходе за тяжелобольным, лежачим пациентом необходимо соблюдать ряд основополагающих требований.

### ***Требования к помещению***

По возможности выделить отдельную комнату пациенту. Комната должна хорошо проветриваться. Поскольку пациент будет находиться в ней значительную часть времени, необходимо создать комфортную обстановку с хорошим освещением, присутствием мягких тонов в интерьере, по возможности исключить резкие посторонние шумы, так как они негативно действуют на психику пациента. По просьбе пациента можно поставить телевизор.

Температура в помещении должна быть оптимальной и комфортной для пациента.

### ***Требования к расстановке мебели***

Если пациент в пределах комнаты (квартиры) передвигается самостоятельно, то необходимо позаботиться о том, чтобы он мог иметь свободный доступ ко всем предметам в комнате. По возможности кровать расположить так, чтобы пациент смог подойти к ней с двух сторон.

### ***Требования к постельному белью***

Чистое, свежее постельное белье — это один из важных элементов в уходе за лежачим пациентом. Смена белья должна проводиться не реже 1 раза в два дня.

### ***Требования к перемещению***

У лежачих пациентов за счет застойных явлений и на фоне общего ослабления и снижения всех функций организма кости становятся хрупкими, вследствие чего перемещать их (например, при перевозке) необходимо бережно, так как чрезмерные усилия по перемещению могут не только вызвать боль, но и привести к патологическим переломам.

### ***Требования к гигиеническим процедурам***

Тело пациента необходимо обрабатывать влажными салфетками ежедневно.

Чистить зубы пациенту необходимо 2 раза в день: утром и вечером. После каждого принятия пищи рекомендуется ополаскивать ротовую полость дезинфицирующими растворами.

После акта дефекации необходимо подмывать пациента.

Мытье головы проводить каждые 4 дня. Мужчинам нужно регулярно обстригать бороду.

### **Требования к кормлению пациента**

Лежащий пациент нередко не имеет возможности самостоятельно принимать пищу, в этом случае он нуждается в помощи.

Кормить пациента необходимо строго в положении полусидя. Еда должна быть мягкой, оптимальной температуры, порции маленькие.

### **Контроль психологического состояния**

Апатия, стресс и депрессия — частые спутники тяжелобольных людей. Ведь они начинают чувствовать себя обузой для близких. Очень важно постоянно контролировать психологическое состояние пациента.

## **1.2.5. Оценка результатов ухода**

Общая оценка результатов ухода включает в себя:

- оценку реакции пациента на уход — улучшение (желание общаться, повышение настроения, аппетита, облегчение дыхания); ухудшение (бессонница, депрессия, диарея); прежнее состояние (слабость, трудности при ходьбе, агрессия);
- оценку действий самим фельдшером (результат достигнут, частично достигнут, не достигнут);
- мнение пациента или его семьи (улучшение состояния, ухудшение, без изменений).

Критерии оценки качества ухода за тяжелобольными:

- соответствие ухода за больным требованиям стандартов технологий ухода;
- соответствие выполнения манипуляций и процедур стандартам технологий;
- соответствие ведения медицинской документации по уходу за больными требованиям нормативных документов;
- своевременность и точность выполнения врачебных назначений;
- соответствие условий содержания пациента требованиям санитарно-противоэпидемических документов;
- соблюдение деонтологических принципов (с учетом мнения пациентов о медицинском работнике).

## **1.3. Осложнения при неправильном уходе за пациентом**

Правильный уход — это залог сохранения у больного стабильного состояния, удержание качества жизни на высоком уровне и, как следствие, увеличение продолжительности жизни пациента. При неправильном, некор-

ректном уходе возникают проблемы, которые значительно ухудшают состояние пациента, нередко усугубляя течение основного и/или сопутствующего заболевания. Обеспечить правильный уход за тяжелобольным может только человек, который хорошо разбирается в физиологии и имеет хорошие медицинские знания. Среди наиболее часто встречающихся осложнений можно выделить образование пролежней, контрактур, застойной пневмонии, появление ушибов и травм и др.

#### ***Ограничение движения в суставах (возникновение контрактур), гипотрофия мышц***

В случае отсутствия должной физической нагрузки у тяжелобольных начинают страдать суставы с появлением дегенеративных изменений. Чтобы избежать этого, нужно подкладывать под тело пациента специальные подушки. Кроме того, необходимо регулярно проводить осмотр, делать профессиональные массажи и разминание конечностей.

#### ***Пролежни***

Если пациент постоянно находится в одном положении (чаще лежа на спине), а гигиенический уход недостаточен, в определенных местах появляются пролежни. Во избежание подобной проблемы необходимо постоянно осматривать пациента, изменять положение в постели, обрабатывать участки тела специальными мазями и кремами.

#### ***Застойная пневмония***

Постоянное нахождение пациента в горизонтальном положении ведет к застойным явлениям в легких, на фоне чего может начаться воспаление. Для профилактики данного осложнения необходимо обеспечить частое изменение положения тела пациента в постели, надлежащий уровень вентиляции в помещении, ежедневно проводить влажную уборку. При несоблюдении этих правил возникает пневмония, которая поддается лечению крайне тяжело. При несвоевременной терапии очень высок риск летального исхода. В качестве профилактики используются специальные дыхательные упражнения.

#### ***Ушибы, травмы***

При уходе за тяжелобольным важно обеспечить изменение положения тела. Но при перекалывании пациента или при попытке вертикализировать его нередко возникают случаи, когда он падает или ударяется. Это приводит к неприятным последствиям в виде травм и ушибов. Чтобы избежать таких ситуаций, необходимо уметь правильно перемещать пациента, а также оборудовать кровать специальными поручнями и опорами.

### *Проблемы во время приема пищи*

При кормлении лежачих пациентов нередко наблюдаются проблемы с глотанием. Неправильное кормление может привести к тому, что пациент давится кусочками пищи. Для того чтобы избежать проблемы, необходимо ввести в рацион питания мягкую пищу, давать ее небольшими порциями.

## **1.4. Паллиативная помощь**

При неизлечимой или терминальной стадии заболевания становится актуальным вопрос о соответствующей помощи таким пациентам, то есть о паллиативном лечении.

Паллиативная помощь (от лат. *pallium* — покрывало, плащ) — подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов (детей и взрослых) и их семей, столкнувшихся с проблемами, связанными с опасным для жизни заболеванием, путем предотвращения и облегчения страданий за счет раннего выявления, тщательной оценки и лечения боли и других физических симптомов, а также оказания психосоциальной и духовной поддержки.

В соответствии с требованиями приказа Министерства здравоохранения РФ и Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 мая 2019 г. № 345н/372н «Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья» оказание паллиативной первичной доврачебной медицинской помощи может быть возложено на фельдшера, который прошел обучение по оказанию такой помощи. При посещении паллиативного пациента на дому фельдшер обязан выполнять рекомендации врачей-специалистов.

Паллиативная медицинская помощь оказывается взрослым с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями или состояниями, а также заболеваниями или состояниями в стадии, когда исчерпаны возможности этиопатогенетического лечения, при наличии медицинских показаний, а именно:

- при различных формах злокачественных новообразований;
- органной недостаточности в стадии декомпенсации при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;
- хронических прогрессирующих заболеваниях в терминальной стадии развития;

#### 1.4. Паллиативная помощь

- тяжелых необратимых последствиях нарушений мозгового кровообращения, при необходимости проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;
- тяжелых необратимых последствиях травм, необходимости проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи;
- дегенеративных заболеваниях нервной системы на поздних стадиях развития;
- различных формах деменции, в том числе при болезни Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания;
- социально значимых инфекционных заболеваниях в терминальной стадии развития, при необходимости проведения симптоматического лечения и обеспечения ухода при оказании медицинской помощи.

Паллиативная медицинская помощь включает:

- первичную доврачебную медицинскую помощь;
- первичную врачебную медицинскую помощь;
- специализированную медицинскую помощь.

Основные принципы паллиативной помощи:

- облегчать боли и другие доставляющие беспокойство симптомы;
- утверждать жизнь и относиться к умиранию как к естественному процессу;
- не стремиться ни ускорить, ни отдалить наступление смерти;
- включать психологические и духовные аспекты помощи пациентам;
- предлагать пациентам систему поддержки, чтобы они могли жить настолько возможно активно до самой смерти;
- предлагать систему поддержки близким пациента во время его болезни, а также в период тяжелой утраты;
- использовать мультидисциплинарный подход для удовлетворения потребностей пациентов и их родственников, в том числе в период тяжелой утраты, если возникает в этом необходимость;
- повышать качество жизни и положительно влиять на течение болезни;
- включать проведение исследований с целью лучшего понимания и лечения доставляющих беспокойство клинических симптомов и осложнений.