

ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД
«МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Кафедра медсестринства і громадського здоров'я
другий (магістерський) рівень

Навчальна дисципліна
«ОРГАНІЗАЦІЯ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ПРИ НАДАННІ
ПАЛАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ»

ЛЕКЦІЯ 2 ПХД

ТЕМА

Больовий синдром, принципи лікування, роль медичної сестри. Визначення болю. Клінічні класифікації, причини та механізми розвитку. Фактори, які видозмінюють сприйняття болю хворим. Діагностика болю, методи оцінки інтенсивності. Методи і засоби лікування хронічного больового синдрому. Класифікація методів знеболення: хірургічний, променевий та хіміотерапевтичний. Блокада нервів. Медикаментозна терапія (правила призначення ненаркотичних і наркотичних анальгетиків).

ПЛАН

1. Больовий синдром, принципи лікування,
2. Роль медичної сестри в ПХД при больовом синдромі
3. Клінічні класифікації болю причини та механізми розвитку
4. Фактори, які видозмінюють сприйняття болю хворим
5. Діагностика болю, методи оцінки інтенсивності.
6. Методи і засоби лікування хронічного больового синдрому.
7. Класифікація методів знеболення: хірургічний, променевий та хіміотерапевтичний.
8. Блокада нервів у ПХД
9. Медикаментозна терапія (правила призначення ненаркотичних і наркотичних анальгетиків).

Знеболення, як складова паліативної допомоги пацієнтам з ХрБС, надається лікарями загальної практики /сімейними лікарями за територіальною ознакою в амбулаторних умовах (центр сімейної медицини, поліклініка, сільська амбулаторія) та/або в умовах спеціалізованого медичного закладу з паліативної допомоги за місцем проживання пацієнта шляхом діагностики наявності та визначення ступеню больового синдрому, розробки та реалізації письмового комплексного плану контролю ХрБ у відповідності до потреб та переваг пацієнта за допомогою немедикаментозних та медикаментозних втручань. За наявності організаційних та фінансових можливостей керівник ЗОЗ створює виїздну (мобільну) бригаду фахівців (лікар, медична сестра, психолог, соціальний працівник) для надання паліативної медичної допомоги пацієнтам з ХрБС в домашніх умовах. 7 За клінічної необхідності лікар загальної практики /сімейний лікар направляє пацієнта з ХрБС у відповідний багатопрофільний або онкологічний заклад охорони здоров'я (ЗОЗ), або в хоспіс для вторинної медичної допомоги в амбулаторних/стаціонарних умовах. Порядок направлення пацієнтів з ХрБС у ЗОЗ вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги визначає МОЗ України.

Біль є суб'єктивним відчуттям та переживанням, що виникає як реакція організму на дію шкідливих, руйнівних подразнень. З фізіологічної точки зору біль є біологічно важливим захисним механізмом, що сигналізує про життєву небезпеку та сприяє збереженню цілісного організму.

Разом з тим, біль надзвичайної сили та тривале больове подразнення, що спостерігається за росту злоякісної пухлини або з інших причин, відповідне важке відчуття болю формують стійкі патологічні реакції у периферичній та центральній нервовій системі.

Хронічний біль являє небезпеку для організму, спричиняє нейрофізіологічні зміни та порушення гомеостазу цілісного організму. За тривалого перебігу сильного болю розвивається хронічний больовий синдром, що є притаманним багатьом хронічним хворобам та практично усім розповсюдженим видам злоякісних пухлин в III – IV клінічній стадії.

Типи хронічного болю.

Хронічний біль, в т.ч. при прогресуючому раку (III та IV-та клінічні стадії) може бути постійним або нападаподібним, залежно від локалізації патологічного осередку, його поширеності або попереднього лікування.

За інтенсивністю біль поділяють на слабкий, середній, сильний /дуже сильний (що позначається також, як «нестерпний» біль).

З урахуванням рекомендацій Міжнародної Асоціації вивчення болю (International Association for the Study of Pain; IASP) виділяють різні патогенетично обґрунтовані типи болю за джерелами виникнення. Кожен тип болю обумовлений різним ступенем ушкодження м'яких тканин, кісток та внутрішніх органів як самою злоякісною пухлиною, так і її метастазами.

Розрізняють такі типи болю:

- Ноцицептивний біль

а) соматичний (подразнення ноцицепторів: ураження кісток; ураження м'яких тканин; м'язовий спазм);

б) вісцеральний (канцероматоз серозних оболонок; перерозтягіння стінок порожнистих органів та капсули паренхіматозних органів)

- Нейропатичний (перезбудження або пошкодження нервових структур)

- Каузалгія (біль, посилений симпатичними нервами – змішане порушення периферичної інервації у первинних ноцицептивних та постгангліонарних симпатичних волокнах за рахунок росту пухлини).

Патопсихологічні наслідки персистування ХрБС.

Нейрофізіологічні реакції та патобіохімічні зміни при ХрБ, у свою чергу, призводять до розвитку патопсихологічних змін в головному мозку, що і формують стійкий ХрБС. ХрБС в термінальний період життя значно відрізняється від гострого болю багатьма проявами, що зумовлені стійкістю та силою болю, який відчуває пацієнт. До таких проявів належать суттєві зміни психіки, зокрема виникненням стійкості болю до дії лікарських засобів та інших терапевтичних маніпуляцій, а також – можливий розвиток вітальної депресії.

Біль в змозі повністю знищити людину як особистість. Він несе нестерпні страждання пацієнту й нерідко деформує його психіку. Невгамовний фізичний біль й психологічні переживання призводять до розпачу, відчуття безсилля перед обставинами, відчуття самоти й непотрібності суспільству, залежності від лікарів та найближчого оточення. Патопсихологічні зміни при тривалому та нестерпному болю хворих можуть призвести пацієнта до стану суїцидальної готовності.

А.3.2. Загальний алгоритм діагностики та диференційної діагностики

Проблема оцінки та контролю сукупності клінічних симптомів, що викликають найбільші скарги пацієнтів в термінальній період життя, є важливим та складним клінічним завданням.

Принциповим об'єктивним ускладненням щодо оцінки наявності та вираженості певного клінічного симптому у важко хворого пацієнта в термінальній стадії є неможливість у більшості випадків застосувати певні стандартні діагностичні процедури з використанням інструментальних та лабораторних методів дослідження. У таких випадках лікар або медична сестра вимушені здебільшого орієнтуватися на суб'єктивні скарги пацієнта та його близьких або – у випадку непритомності пацієнта в останні дні та години життя – на свої власні спостереження та клінічний досвід.

Принципи та методи діагностики та оцінки ХрБС

Важливу роль у правильному виборі тактики лікування ХрБС відіграють правильна оцінка та методи діагностики типу, причин та інтенсивності хронічного болю з визначенням генезу, які у пацієнтів слід будувати на основі:

- 1) простих неінвазивних методів оцінки інтенсивності болю;
- 2) оцінки якості життя пацієнта;
- 3) оцінки індивідуальної реакції пацієнта на застосування анальгетичних ЛЗ чи інших симптоматичних методів лікування.

Враховуючи особливу фізичну та психологічну вразливість цього контингенту пацієнтів, виходячи із загальних гуманних та медико-етичних міркувань, застосування спеціальних інструментальних та лабораторних методів дослідження в цій ситуації є обмеженим.

Комплекс діагностичних критеріїв для оцінки ХрБС

1) Анамнез хронічного больового синдрому (його тривалість, інтенсивність та тип прояву, локалізація, фактори, що підсилюють або послаблюють ХРБС, засоби лікування, що застосовувалися раніше та їх ефективність) та дані клінічного огляду пацієнта, що надають інформацію про характер та поширеність онкологічного процесу або інших чинників болю, фізичний, неврологічний та психічний статус пацієнта.

2) Оцінка інтенсивності ХрБС.

Діагностика та оцінка побудовані на застосуванні простих неінвазивних методів оцінки інтенсивності болю і перенесення вживаних знеболюючих засобів.

За інтенсивністю біль поділяють на слабкий, середній, сильний / дуже сильний (що позначається також, як «нестерпний» біль). Оцінка інтенсивності болю на підставі суб'єктивних відчуттів пацієнта проводиться як до початку лікування, так і в процесі лікування болю для визначення ефективності знеболення.

З цією метою в паліативній медицині найчастіше рекомендується використовувати 5-бальну шкалу вербальних оцінок інтенсивності хронічного болю, згідно з якою:

0 — болю немає, 1 бал — слабкий, 2 бали — помірний, 3 бали — сильний, 4 бали — найсильніший біль.

Пропонується також застосування візуально-аналогову шкалу (Рис.1.) інтенсивності болю від 0 до 100 % у вигляді лінії, завдовжки 10 см, на якій пацієнт сам позначає силу своїх больових відчуттів.

Рис.1. Візуальна аналогова шкала (ВАШ) для оцінки інтенсивності болю

Подібні шкали необхідні для кількісної характеристики динаміки інтенсивності ХрБС в процесі лікування та вибору необхідних знеболюючих засобів і схеми їх застосування.

3) Оцінка якості життя пацієнта:

(1) - нормальна фізична активність;

- (2) - фізична активність є дещо зниженою; при цьому пацієнт може самостійно відвідувати лікаря;
- (3) - фізична активність помірно знижена (постільний режим менше 50% денного часу);
- (4) - фізична активність значно знижена (постільний режим більше 50% денного часу);
- (5) - мінімальна фізична активність (повний постільний режим).

Для більш детальної оцінки больового синдрому та якості життя застосовується цілий комплекс критеріїв, який включає урахування соціальної активності людини, професійної діяльності, духовності, сексуальних функцій, задоволення лікуванням.

4) Оцінка реакції організму пацієнта на терапію ХрБС, зокрема наявності переносимості, тобто побічних ефектів лікарських засобів та інших лікувальних процедур.

Найчастіше доводиться оцінювати побічні ефекти анальгетиків за їх характером, вираженістю та частотою. Вираженість побічних ефектів може бути оціненою за такою шкалою:

0 - відсутні побічні ефекти; 1 - побічні ефекти слабо виражені; 2 - побічні ефекти виражені помірно, 3 - побічні ефекти сильно виражені.

При оцінці побічних ефектів ЛЗ необхідно також мати на увазі, що багато симптомів, схожих з побічними ефектами ліків (поганий апетит, нудота, блювання, запори та ін.), мають місце у пацієнтів ХрБС внаслідок самої хвороби і не пов'язані з введенням анальгетиків.

5) Показники фізичного стану пацієнта можуть бути використаними в різному обсязі залежно від умов перебування пацієнта (стаціонар або вдома): маса тіла в динаміці, клінічні показники кровообігу, загальні аналізи крові та сечі, біохімічні аналізи крові, рентгенологічні дослідження тощо.

6) Спеціальні тести спрямовані на оцінку реакції організму пацієнта на анальгетичну дію ЛЗ та побічних ефектів анальгетиків та інших засобів лікування болю (сенсометрія, електроенцефалографія, спірографія,

визначення рівнів у плазмі показників стресу – кортизолу, соматотропного гормону, глюкози та ін.) проводяться рідко і тільки за згодою пацієнта.

На підставі анамнестичних, документальних та діагностичних даних встановлюються причина, тип, інтенсивність больового синдрому, локалізація болі, супутні ускладнення та психічні порушення. Всі ці критерії повинні ставати за основу для розробки індивідуального клінічного протоколу (клінічного маршруту) лікування ХрБС у даного пацієнта.

А.3.3. Лікування ХрБС

Існують немедикаментозні (застосовуються, переважно, при слабкому або помірному болю) та медикаментозні (фармакологічні) методи контролю ХрБС в паліативній допомозі.

Загальні клінічні підходи до лікування (контролю) ХрБС:

1. Етіологічна терапія: фармакологічна, хірургічна, променева.
2. Системна фармакотерапія: переважно неінвазивна (оральна, сублінгваль-на, ректальна, трансдермальна), а також парентеральна.
3. Локальна фармакотерапія: епідуральне, інтратекальне, інтравентрикулярне введення анальгетиків.
4. Блокада нервів, нейролізис, кріоаналгезія.
5. Електростимуляційна анальгезія: черезшкірна, спинальна, церебральна.
6. Деструктивна нейрохірургія: термокоагуляція ганглію Гасера, висока черезшкірна хордотомія, відкрита хордотомія.
7. Психотерапія та психотерапевтичні методи: зняття напруги, метод «зворотнього зв'язку», гіпноз та ін.
8. Допоміжні засоби: корсети, протези, протипролежневі пристрої.

А.3.4. Схема та лікарські засоби для медикаментозного лікування ХрБС.

Комплекс фармакологічних заходів, спрямованих на контроль ХрБ, ґрунтується на концептуальному уявленні про те, що, виходячи з можливостей сучасної клінічної медицини, зокрема фармакотерапії

високоєфективними анальгетиками, біль може бути ліквідований у 80-90% пацієнтів (включно пацієнтів з IV стадією пухлинного процесу).

Фармакологічне протибольове лікування побудоване на застосуванні таких класів ЛЗ:

1. Нестероїдних протизапальних лікарських засобів (НПЗЛЗ) та ненаркотичних анальгетиків;
2. Наркотичних (опіоїдних) анальгетиків;
3. Допоміжних (ад'ювантних) ЛЗ, дія яких спрямована на оптимізацію дії анальгетиків.

Разом з тим, висновки експертів ВООЗ свідчать про те, що ефективно зарадити сильному болю можна лише при застосуванні опіоїдних анальгетиків.

Рівні знеболення в паліативній онкології згідно з рекомендаціями ВООЗ.

Сучасна концепція фармакотерапії ХрБС ґрунтується на уявленні про певні рівні (етапи) знеболення та покладені в основу трьох етапів – так званих «3-х сходинок» ВООЗ (англ. ladder – сходинки) – лікування хронічного болю у паліативній онкології, розробленого і запропонованого ВООЗ (Рис. 2).

Рис. 2. Триступенева схема «сходинок» ВООЗ фармакологічного знеболення в паліативній медицині

Згідно з рекомендаціями ВООЗ та ІАРНС (2008), існують три основних рівні знеболення при ХрБС у онкологічних пацієнтів:

1 рівень – за наявності слабкого болю – призначають ненаркотичні анальгетики та нестероїдні протизапальні засоби з анальгетичною дією, за необхідності з використанням додаткових (допоміжних, ад'ювантних) ЛЗ, спрямованих на потенціювання дії анальгетиків та контроль інших симптомів хвороби, зокрема препаратів заспокійливої дії.

2 рівень – за наявності помірного болю та неефективності одних лише ненаркотичних анальгетиків додатково до препаратів 1-го рівню призначають слабкі наркотичні (опіоїдні) анальгетики, а також означені вище ад'ювантні лікарські засоби.

3 рівень – за наявності сильного та нестерпного болю та неефективності терапії препаратами 1-го та 2-го рівнів призначають препарати потужних опіоїдних анальгетиків з групи морфіну, не виключаючи при цьому ненаркотичних анальгетиків та необхідних допоміжних (симптоматичних) лікарських засобів. Підбір доз опіоїдних анальгетиків здійснюється за висхідним принципом (від нижчої до вищої) аж до отримання необхідного фармакотерапевтичного ефекту.

Схему застосування опіоїдних анальгетиків разом з анальгетиками периферичної дії та допоміжними (ад`ювантними) ЛЗ на різних сходах «сходинок» знеболення, за рекомендаціями ВООЗ та ІАНРС представлено на Рис. 2 та в Таблиці 1.

Таблиця 1: Класифікація болю і препарати для проведення знеболювання при хронічному больовому синдромі в онкології

Сходина знеболювання ВООЗ

Анальгетики вибору

1-ша Легкий/ слабкий біль

Ацетилсаліцилова кислота, парацетамол та інші НПЗЛЗ + ад`ювантні препарати

2-га Помірний біль

Слабкі опіоїди (Кодеїн, Трамадол) + Парацетамол та інші НПЗЛЗ + ад`ювантні препарати

3-тя Важкий/ сильний біль

Сильні опіоїди (Морфін, Фентаніл, Гідроморфон, Метадон, Бупренорфін, Тримеперидин, Буторфанол, Налбуфін) + ад`ювантні препарати

Лікування ХрБС неопіоїдними анальгетиками. Група препаратів, що включає нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби, які ефективні лише в початковій (локальній) фазі розвитку злякисного новоутворення, тобто фазі подразнення ноцицепторів, що відповідає переважно слабкому та помірному болю. Ці ЛЗ не впливають на розвиток основного патологічного процесу, центральні нейрофізіологічні механізми розвитку болю, а лише послаблюють больові відчуття та явища запалення. Побічні ефекти та застереження. Головним побічним ефектом тривалого

застосування НПЗЛЗ є пошкодження слизової оболонки шлунка, яке 22 менш виражене у селективних інгібіторів ЦОГ-2, разом з тим, високі дози та тривале використання новітніх інгібіторів ЦОГ-2 має більш високий рівень серцево-судинних побічних ефектів. При тривалому прийомі парацетамолу можлива гепатотоксична дія, особливо у осіб, що зловживають алкоголем. Довготривале використання НПЗЛЗ також збільшує ризик ниркової недостатності, особливо у пацієнтів з цукровим діабетом, що вимагає контролю ознак погіршення функції нирок та гіпертензії.

А.3.4.3. Лікування ХрБС опіоїдними анальгетиками

При хронічному болю, що не піддається дії ненаркотичних анальгетиків та НПЗЛЗ призначають опіоїдні анальгетики. Головним представником («золотим стандартом») анальгетиків цього класу є морфін.

Фундаментальний принцип якісної медичної практики полягає у лікуванні болю з застосуванням найменш інвазивних медичних втручань, Підкреслюючи переваги для паліативної медицини пероральних форм морфіну, слід також зазначити, що саме вони забезпечують пацієнту, що знаходиться поза межами ЗОЗ, можливість самостійно (або за допомогою членів родини) купірувати біль при його виникненні або посиленні, зокрема в нічний період, не чекаючи прибуття медичного працівника, а також уникнути ін'єкцій, особливо болісних при генералізованому больовому синдромі. Тим більше неприпустимим з етичної точки зору є положення, коли обмеження в застосуванні опіоїдних анальгетиків застосовуються до пацієнта в термінальній фазі під приводом можливості виникнення у нього аддиктивної залежності. Абсолютно зрозуміло, що як із суто клінічного погляду, так і з міркувань загальної гуманності, питання про безпеку виникнення хворобливої залежності в цих умовах вже не є актуальними і не мають сенсу (WHO. Cancer pain relief. Geneva: WHO, 1986).

Принципи лікування ХрБС опіоїдними анальгетиками. Для прогнозування на тривале отримання опіоїдної анальгезії з приводу хронічного болю, не пов'язаного з раком, використовується оцінка DIRE (Додаток 1).

23 Важливі принципи рекомендації застосування опіоїдних анальгетиків запропоновані Національною фундацією боротьби з болем (США) (National Foundation for the Treatment of Pain; USA) [<http://www.paincare.org/>], головні з яких полягають у таких положеннях: 1. При застосуванні опіоїдів повинні виконуватися стандартні фармакологічні принципи, а саме: а. Лікарський засіб, що застосовується, повинен застосовуватися згідно з рекомендованою ВООЗ концепцією

«сходинок» (ladder), тобто починатися з початкового доступного опіюїду і рухатися «наверх» до більш потужних препаратів опіюїдної групи на підставі виключно клінічної ефективності застосування попереднього препарату. Доза та схема застосування препарату повинна також титруватися «наверх» з поступовим раціональним збільшенням дози, уважним контролем клінічного ефекту, ускладнень та побічної дії. б. Побічні ефекти та ускладнення повинні суворо контролюватися та реєструватися і враховуватися в схемі подальшого дозування препарату. Побічні ефекти та застереження: Поширені: закріпи, сухість в роті, нудота/блювання, виділення поту, седація. Такі, що рідко зустрічаються: галюцинації під час сну, дисфорія, делірій, міоклонічні судоми, сверблячка/уртикарії, бронхоспазм, затримка сечі, пригнічення дихання. 2. При виборі препарату опіюїдів повинні враховуватися рекомендації відомих міжнародних фармакологічних ресурсів. а. Максимальна доза ЛЗ з класу опіюїдів, що застосовується в паліативній медицині, повинна обґрунтовуватися лише досягненням необхідного клінічного ефекту. б. Пригнічення дихання є головним побічним ефектом опіюїдів, тому саме цей ефект повинен суворо контролюватися. Інші побічні ефекти, такі, як седація, нудота, сверблячка та закріп повинні лікуватися симптоматично. Якщо ці реакції не усуваються, необхідно перейти до вживання іншого опіюїду. 24 в. Пацієнт повинен бути проінформований про можливість фізіологічної залежності та її чітку відмінність від аддиктивних порушень. Пацієнт повинен зрозуміти, що, на відміну від фізіологічної залежності, коли хворобливі симптоми (біль) знову виникає при повній відміні та зменшенні дози ЛЗ, стан аддикції полягає в примусовій залежності від опіюїду, що супроводжується деструктивними фізичними, функціональними та соціальними наслідками для людини. г. Псевдоаддикція полягає в ситуації, коли пацієнт змушений вимагати додаткової дози ЛЗ, оскільки призначена доза опіюїду є недостатньою для повного вгамування болю. д. Пацієнтів не можна дезінформувати в тому сенсі, що споживання опіюїду обов'язково призведе до виникнення аддиктивної залежності, оскільки це не підтверджено науково обґрунтованими доказами. е. Пацієнтів не можна дезінформувати, що опіюїди обов'язково спричиняють органотоксичність та ушкодження головного мозку. 3. Опіюїдні ЛЗ повинні застосовуватися для полегшення болю і страждань тільки в разі: а. Надійного встановлення діагнозу захворювання, що є причиною больового синдрому. б. Боротьбу з болем

треба проводити, використовуючи всі можливі медичні підходи: фармакологічні, фізіотерапевтичні, психіатричні, психологічні, хірургічні та інші. Лікар повинен вжити всіх сил для якнайшвидшої ліквідації больового синдрому у пацієнта. 4. Для ліквідації нестерпного болю треба застосовувати ін'єкції анальгетичних засобів.

Лікарські засоби ад'ювантної дії. На усіх етапах знеболювання при лікуванні ХрБС необхідним є призначення ад'ювантної (додавної, допоміжної) фармакотерапії. Загальна характеристика ад'ювантних ЛЗ. Найбільш часто ад'ювантні лікарські засоби застосовуються в паліативній та хоспісній допомозі, як засоби, що сприяють полегшенню ХрБС і використовуються на фоні базисної терапії 25 анальгетиками. Ця група ЛЗ нейро- та психотропної дії, що можуть збільшувати ефективність дії лікарських засобів з суто анальгетичними ефектами, розширювати терапевтичний діапазон дії останніх. Ад'ювантні ЛЗ потенціюють дію анальгетиків та мають самостійну анальгетичну дію при ноцицептивному та, особливо, невропатичному болю. До таких засобів належать ЛЗ з класів антидепресантів, протисудомних засобів, анксиолітиків, нейролептики, снодійні та седативні препарати, антигістамінні засоби, місцеві анестетики, агоністи центральних альфа адренорецепторів. А.3.4.5. Контроль невропатичного болю Особливого значення застосування ад'ювантних ЛЗ має за умов нестерпного невропатичного болю, що не може бути купіруваним класичними ЛЗ анальгетичної дії. В цій клінічній ситуації рекомендується застосовувати такі групи препаратів: 1. Опіоїдні анальгетики. 2. Глюкокортикостероїди. 3. Ад'ювантні ЛЗ - див. Розділ А.3.4.4. А.3.4.6. Біль при ураженні кісткової тканини Причиною важкого та нестерпного болю у онкологічних пацієнтів часто стають метастази в кістки, що супроводжуються остеокластичною резорбцією кісток, гіперкальціємією та патологічними переломами. З метою зменшення патологічного процесу в кістковій тканині та, відповідно, полегшення больового синдрому, в паліативній допомозі застосовують препарати бісфосфонатів та кальцитоніну, що є інгібіторами остеокластичних процесів. Знеболююча дія бісфосфонатів зумовлена зменшенням остеокластичної активності та гіперкальціємії та клінічно підтверджена при кістковому болю внаслідок метастазів раку молочної залози та раку передміхурової залози.

Усі ЗОЗ, що надають паліативну медичну допомогу пацієнтам з ХрБС з використанням сучасних ефективних анальгетиків з класу опіоїдів та інших психотропних контрольованих ЛЗ, повинні мати відповідні ліцензії, передбачені чинним законодавством України.

Перелік ЛЗ для контролю ХрБС:

1. Анальгетичні засоби – опіоїди: Гідроморфон, Морфін, Кодеїн, Морфін + наркотин + папаверин + кодеїн + тебаїн, Тримеперидин, Фентаніл, Парацетамол + дицикловерин + декстропропоксифен, Бупренорфін, Буторфанол, Налбуфін, Трамадол, Трамадол + Парацетамол.
2. Неопіоїдні анальгетики (інші анальгетики та антипіретики): Кислота ацетилсаліцилова, Ацетилсаліцилат лізину, Ацетилсаліцилова кислота + парацетамол + кофеїн, Кислота ацетилсаліцилова + кислота аскорбінова, Метамізол натрію, Метамізол натрію + дифенгідрамін, Метамізол натрію + кофеїн-бензоат натрію, Метамізол натрію + парацетамол + кофеїн-бензоат натрію + фенобарбітал + кодеїн, Парацетамол, Парацетамол + ібупрофен, Парацетамол + кислота аскорбінова, Парацетамол + дицикловерин, Парацетамол + диклофенак, Парацетамол + декстрометорфан, Парацетамол + фенілефрин, Нефопам.
3. Протиепілептичні засоби (протисудомні засоби): Фенобарбітал, Бензобарбітал, Фенітоїн, Клоназепам, Карбамазепін, Кислота вальпроєва, Прегабалін, Габапентин, Топірамат, Ламотриджин.
4. Психолептичні засоби: Левомепромазин, Хлорпромазин, Трифлуоперазин, Флуфеназин, Тіоридазин, Галоперидол, Зипразидон, Зуклопентиксол, Хлорпротиксен, Флюпентиксол, Оланзапін, Клозапін, Кветіапін, Амісульприд, Сульпірид, Літій, Паліперидон, Рисперидон.
5. Анксиолітики: Діазепам, Хлордіазепоксид, Оксазепам, Альпразолам, Тофізопам, Гідазепам, Феназепам, Гідроксизин, Буспірон, Мебікар.
6. Снодійні та седативні препарати: Ментол + етиловий ефір бромізовалеріанової кислоти + фенобарбітал, Нітразепам, Мідазолам, Зопіклон, Золпідем, Залеплон, Гвайфенезин + валеріана лікарська + меліса лікарська + звіробій + глід звичайний + пасифлора + хміль звичайний + бузина чорна. Мапротилін, Доксепін,

7. Психоаналептики Амітриптилін, (Антидепресанти): Кломіпрамін, Іміпрамін, Есциталопрам, Флувоксамін, Сертралін, Пароксетин, Циталопрам, Флуоксетин, Агомелатин, Венлафаксин, Тіанептин, Міртазапін, Міансерин.

8. Нестероїдні протизапальні та протиревматичні засоби: Індометацин, Диклофенак, Кеторолак, Ацеклофенак, Мелоксикам, Лорноксикам, Піроксикам, Кислота мефенамінова, Декскетопрофен, Кетопрофен, Напроксен, Ібупрофен, Парекоксиб, Рофекоксиб, Целекоксиб, Глюкозамін + хондроїтин сульфат, Хондроїтин сульфат, Діацереїн, Німесулід.

9. Протиблювотні засоби та препарати, що усувають нудоту: Тропісетрон, Ондансетрон.

10. Гормональні засоби для системного застосування (крім статевих гормонів та інсулінів): Флудрокортизон, Бетаметазон, Дексаметазон, Метилпреднізолон, Преднізолон, Преднізон, Тріамцинолон, Гідрокортизон.

11. Антигістамінні засоби для системного застосування: Клемастин, Дифенгідрамін, Хлоропірамін, Прометазин, Цетиризин, Секвіфенадин, Хіфенадин, Дезлоратадин, Фексофенадин, Ебастин, Акривастин, Кетотифен, Мебгідролін, Лоратадин, Ципрогептадин.

12. Засоби, що впливають на структуру та мінералізацію кісток: Кислота золедронова, Кислота ібандронова, Кислота алендронава, Кислота памідронова, Кислота клодронава.

13. Діуретики: Гідрохлортіазид, Індапамід, Торасемід, Фуросемід, Кислота етакринова, Спіронолактон, Еплеренон, Амілорид + гідрохлортіазид.

ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Больовий синдром, принципи лікування,
2. Роль медичної сестри в ПХД при больовом синдромі
3. Клінічні класифікації болю причини та механізми розвитку
4. Фактори, які видозмінюють сприйняття болю хворим
5. Діагностика болю, методи оцінки інтенсивності.
6. Методи і засоби лікування хронічного больового синдрому.
7. Класифікація методів знеболення: хірургічний, променевий та хіміотерапевтичний.
8. Блокада нервів у ПХД
9. Медикаментозна терапія (правила призначення ненаркотичних і наркотичних анальгетиків).

ЛІТЕРАТУРА

1. Електронний документ «Контроль болю. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах». – Київ, 2011. – 262 с.
2. Закон України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я» № 3611-VI. Стаття 33. Забезпечення надання медичної допомоги. Стаття 35-4. Паліативна допомога.
3. Наказ МОЗ України від 21.01.2010 р. № 11 «Про затвердження Порядку обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів в установах охорони здоров'я України».
4. Рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо розбудови ефективної наркополітики (2000 р.). WHO/EDM/QSM/2000.
5. Методичні рекомендації «Порядок направлення пацієнтів до закладів охорони здоров'я різних рівнів надання медичної допомоги». – Київ, 2010 р.
6. Губський Ю.І., Хобзей М.К. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти. – Київ. Здоров'я, 2011. – 345 с.