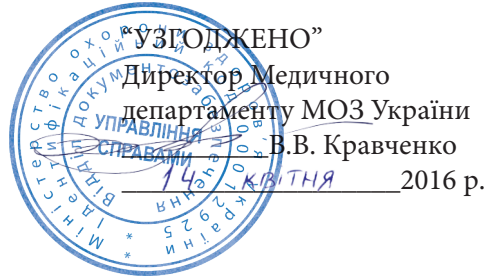


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Український центр наукової медичної інформації
та патентно-ліцензійної роботи



РОЗРОБКА ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ ПАЛІАТИВНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО
БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ
(методичні рекомендації)
(38.16/79.16)

Установа-розробник:

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
Тернопільська державна медична академія імені І.Я. Горбачевського
Державний експертний центр МОЗ України

Укладачі:

д.мед.н., професор	Л.Ф. Матюха	(044) 288 10 34
д.мед.н., професор	Л.С. Бабінець	(066) 827 55 53
д.мед.н., професор	Н.В. Медведовська	(044) 288 10 34
к.мед.н., ст.н.с.	О.М. Ліщишина	(044) 556 13 40
д.мед.н., професор	О.Є. Коваленко	(044) 288 10 34
асистент	Н.О. Дацюк	(044) 235 90 67
к.мед.н., доцент	О.В. Процюк	(044) 288 10 34
к.мед.н., доцент	Г.В. Бацюра	(044) 288 10 34
к.мед.н., асистент	Л.Г. Матвієць	(044) 288 10 34
к.мед.н.	В.В. Кравченко	(044) 288 10 34
асистент	О.П. Брацюнь	(044) 205 48 61
	Л-О.І. Андрішин	(0342) 72 45 10
	К.Ю. Шаповал-Дейнега	(044) 461 97 09
	А.М. Оліфіренко	(044) 468 37 78
д-р мед. наук	І.І. Лісний	(044) 257 40 49
	С.І. Лупей-Ткач	(044) 200 06 77
	Н.А. Хаджинова	(044) 200 06 77
	О.О. Шилкіна	(044) 536 13 46

Рецензент: головний позаштатний спеціаліст з спеціальності «Онкологія»
МОЗ України зі спеціальності «Онкологія», д-р мед. н., професор В.Є. Чешук

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
1. Поширеність хронічного больового синдрому.....	7
2. Лікування хронічного больового синдрому як складової паліативної допомоги.....	9
3. Розробка локального протоколу медичної допомоги	12
ВИСНОВОК	14
ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	15
ДОДАТОК А	18
ДОДАТКИ	29

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ПД – паліативна допомога

ХрБС – хронічний больовий синдром

ОА – опіюїдні анальгетики

ЛЗ – лікарські засоби

ЗОЗ – заклад(и) охорони здоров'я

ВООЗ – Всесвітня Організація Охорони Здоров'я

ЛПМД – Локальний протокол медичної допомоги

НППЗ – не стероїдні протизапальні лікарські засоби

ВІЛ/СНІД – Вірус імунодефіциту людини/Синдром набутого імунодефіциту

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ВСТУП

В Україні впроваджується система стандартизації медичної допомоги, що базується на принципах доказової медицини, затверджена Наказом МОЗ України «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року» від 16.09.2011 р. № 597. Ця програма передбачає розроблення на принципах доказової медицини системи медико-технологічних документів – адаптованих клінічних настанов, медичних стандартів, формулярів, уніфікованих і локальних клінічних протоколів та впровадження їх у практику.

Відповідно до Галузевої програми стандартизації медичної допомоги та Наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» для організації виконання зазначеного уніфікованого протоколу безпосередньо в закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) повинен був бути розроблений локальний протокол медичної допомоги.

Наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі» затверджено Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю».

Лікування хронічного больового синдрому (ХрБС) є невід'ємною медичною складовою надання паліативної допомоги (ПД). Водночас однією з найнагальніших проблем щодо порушення прав паліативних пацієнтів є порушення їхнього права одержати, у разі потреби, адекватне та ефективне знеболення. Першопричинами такої ситуації, згідно з міжнародними дослідженнями, є брак знань та навичок у медичних працівників та обмежена доступність опіоїдних анальгетиків (ОА), що є життєво необхідними лікарськими засобами (ЛЗ) при лікуванні помірною та сильного больового синдрому.

Відповідно до Наказу МОЗ України «Про організацію паліативної допомоги в Україні» від 21.01.2013 р. № 41 загальна ПД надається вдома та в ЗОЗ, які надають первинну медичну допомогу, спеціалізована ПД – вдома та в ЗОЗ вторинного та третинного рівнів надання медичної допомоги.

Для надання якісної та ефективної ПД та застосування єдиних підходів, що базуються на принципах доказової медицини, необхідними є розробка та впровадження медико-технологічних документів.

Розроблені методичні рекомендації мають на меті представити типовий локальний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі.

Методичні рекомендації розроблено в рамках науково-дослідної теми кафедри організації та економіки фармації НМУ імені О.О. Богомольця «Науково-методичні підходи до забезпечення населення України лікарськими засобами та виробами медичного призначення» державна реєстрація № 0114U000510 (2013–2017 рр.) та науково-дослідної теми кафедри сімейної медицини та амбулаторно-поліклінічної допомоги НМАПО імені П. Л. Шупика «Наукове обґрунтування сучасних підходів до оптимізації профілактичних напрямів на первинному рівні надання медичної допомоги» державна реєстрація № 0113U002455 (2013–2017 рр.).

Запропоновані методичні рекомендації було використано при розробці локального клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі в КЗ «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 2 м.Полтави» у 2014 році.

Методичні рекомендації призначені для керівників закладів охорони здоров'я, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-терапевтів, лікарів інших спеціальностей, молодшого медичного персоналу, що надають паліативну допомогу.

1. Поширеність хронічного больового синдрому.

Згідно з епідеміологічними дослідженнями від 10,1 % до 55,2 % людей у світі страждає від ХрБС. Огляд результатів досліджень стану пацієнтів, які перебувають у термінальній стадії захворювання, встановив, що 35–96 % онкологічних хворих, 63–80 % хворих на СНІД, 41–77 % хворих на серцево-судинні захворювання, 34–77 % пацієнтів з хронічними обструктивними захворюваннями легень і 45–70 % – з захворюваннями нирок – мають виражений больовий синдром. Приблизно у третини людей похилого віку біль є однією з основних скарг.

Лікування болю – найбільш підвладна медичним працівникам сторона ПД. Як правило, неможливо позбавити хворого психічних, соціальних і духовних страждань, поки він страждає фізично.

Епідеміологічні спостереження показують, що при дотриманні клінічних рекомендацій з контролю больового синдрому досягається адекватне зниження больових відчуттів у 70-97 % онкологічних хворих на пізніх стадіях пухлинного процесу. Лікування больового синдрому в людей похилого віку, а також у хворих на злоякісні новоутворення сьогодні є дуже актуальним.

Забезпечення адекватного знеболення ускладнюється обмеженою доступністю лікарських засобів. Хоча є багато методів полегшення болю, як медикаментозних, так і не медикаментозних, у випадках, коли рівень болю збільшується від помірної до сильної і коли спостерігається сильний біль, ОА є необхідними та незамінними в лікуванні больового синдрому.

Водночас, згідно з повідомленнями Комітету з Контролю за Наркотиками, ВООЗ та міжнародних організацій обсяги споживання опіоїдів є недостатніми для медичних цілей, як результат 80 % населення світу не мають або мають недостатній доступ до лікування сильної болю. Причинами такої ситуації є низький пріоритет проблеми полегшення болю в системах охорони здоров'я, значно перебільшене побоювання щодо звикання, надмірні обмеження, запроваджені національними політиками контролю за зазначеними препаратами та проблеми із закупівлею, виробництвом і розповсюдженням опіоїдів.

За підрахунками ВООЗ 5 трильйонів людей живуть у країнах із відсутнім або обмеженим доступом до контрольованих ЛЗ і не мають або мають обмежений доступ до лікування помірнього та сильного болю. У цих країнах, кожен рік десять мільйонів пацієнтів страждають без адекватного лікування, серед них:

- 1 мільйон хворих на Вірус імунодефіциту людини / Синдром набутого імунодефіциту (ВІЛ /СНІД) термінальної стадії;
- 5,5 мільйонів термінальних онкологічних пацієнтів;
- 0,8 мільйонів пацієнтів, які страждають від травм, спричинених зовнішніми чинниками;
- пацієнти з хронічними захворюваннями;
- пацієнти після операцій
- породіллі
- діти

Враховуючи сучасні тенденції системи охорони здоров'я та спричинене низкою перешкод обмежене надання якісного знеболення, питання забезпечення достатньої кількості опіоїдів для здійснення адекватного знеболення та їх раціональне використання згідно з принципами доказової медицини є актуальним для багатьох країн світу, в тому числі й для України.

2. Лікування хронічного больового синдрому як складова паліативної допомоги

Необхідність створення адекватної системи надання ПД в Україні зумовлена демографічною та соціальною ситуацією: зростає кількість пацієнтів, що страждають на важкі невиліковні хвороби – онкологічні, серцево-судинні, нейропсихічні захворювання, травматичні та дегенеративні ураження головного і спинного мозку, периферичної нервової системи й опорно-рухового апарату, СНІДу, туберкульозу.

За даними національних і міжнародних експертів щороку не менше 500 тисяч осіб в Україні потребують ПД. При цьому менше, ніж 10 % пацієнтів у термінальній стадії захворювань отримують професійну паліативну та хоспісну допомогу в медичних закладах.

Паліативна допомога – це комплексний підхід до надання допомоги пацієнтам із невиліковним захворюванням, мета якого – забезпечити максимальну якість життя пацієнта і членів його родини, шляхом запобігання та полегшення страждань завдяки ранньому виявленню і точному діагностуванню (оцінці) проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі та інших розладах життєдіяльності), а також надання психосоціальної та моральної підтримки.

Наказом МОЗ України №41 від 21.01.2013 «Про організацію паліативної допомоги в Україні» затверджено Порядок надання ПД. Відповідно до порядку, основним завданням ПД є забезпечення максимально можливої якості життя пацієнту і членам його родини шляхом вирішення фізичних, психологічних та духовних проблем, які виникають у пацієнта. Серед основних складових ПД важливе місце посідає попередження та лікування ХрБС.

На сьогодні, декілька міжнародних організацій, таких як Економічна і Соціальна Рада ООН, ВООЗ, Всесвітня Асамблея охорони здоров'я і Рада Європи визнають отримання адекватного знеболення як важливе питання охорони здоров'я та універсальне право людини.

Біль – це неприємне сенсорне й емоційне відчуття, зумовлене фактичним або можливим пошкодженням. Як правило, біль,

що триває більше 3-х місяців, вважається хронічним. Лікування хронічного болю є невід'ємною частиною ПД, яке повинно відповідати стадії захворювання, включати необхідні методи та способи, бути послідовним, безперервним і вимагає постійної оцінки стану пацієнта.

Метою лікування хронічного болю є швидке його полегшення та попередження виникнення. Основою для успішного лікування ХрБС є комплексна клінічна оцінка стану пацієнта. При цьому, варто зауважити, що біль є суб'єктивним феноменом і повинен оцінюватися лише пацієнтом. Для оцінювання болю пацієнтом розроблені різні шкали для вимірювання інтенсивності больового синдрому.

Для лікуванні ХрБС в паліативній медицині застосовують різні методи, серед яких: лікування основного захворювання, фармакотерапія анальгетиками та ко-анальгетиками (ад'ювантними ЛЗ), нейростимуляція; анестезіологічні, нейролітичні та нейрохірургічні процедури; фізіотерапія; психотерапія; зміна способу життя; лікування психосоціальних чинників, що спричиняють або посилюють біль.

У 1986 р. ВООЗ представило триступеневу схему знеболення як керівний інструмент для лікарів щодо лікування болю в онкологічних пацієнтів. Зазначена схема передбачає ступінчасте призначення анальгетиків відповідно до інтенсивності знеболення: починаючи з першої сходинки – нестероїдні протизапальні лікарські засоби (НППЗ) – і рухаючись вгору до другої та третьої сходинки, які передбачають застосування слабких та сильних ОА. Крім того, на кожному етапі необхідно розглядати доцільність призначення ад'ювантних ЛЗ.

Запропонований ВООЗ підхід до лікування ХрБС забезпечує максимізацію знеболення та мінімізацію побічних ефектів. За оцінками дослідників при застосуванні цієї схеми лікування ХрБС адекватне знеболення досягається у 70–90 % випадків.

Європейська Асоціація Паліативної Допомоги в 1996 р. розробила клінічні рекомендації щодо застосування еталонного препарату для лікування помірного та сильного больового

синдрому – морфіну. У 2001 та 2012 рр. ці рекомендації було оновлено та розширено, враховуючи інші препарати сильних опіоїдів, що поширені на міжнародному фармацевтичному ринку.

Керівництво з надання ПД, видане Міжнародною Асоціацією Паліативної та Хоспісної Допомоги, містить розділ, присвячений типам, причинам болю та лікуванню ХрБС у ПД.

Шотландська мережа коледжів з підготовки настанов розробила Національне клінічне керівництво «Менеджмент хронічного болю», яке рекомендоване для застосування при лікуванні ХрБС неонкологічного характеру (2013) та Контроль болю у дорослих, хворих на рак (2008).

Національним інститут здоров'я та якості медичної допомоги Великої Британії у 2012 р. опублікував керівництво «Паліативна допомога для дорослих: застосування сильних опіоїдів для знеболення».

Згідно з національними та міжнародними рекомендаціями пероральний морфін є препаратом вибору для знеболення в ПД у випадку, коли пацієнти страждають від ХрБС помірної та сильної інтенсивності.

3. Розробка локального протоколу паліативної медичної допомоги при лікуванні хронічного больового синдрому

Галузева програма стандартизації медичної допомоги передбачає розроблення на принципах доказової медицини системи медико-технологічних документів – адаптованих клінічних настанов, медичних стандартів, формулярів, уніфікованих та локальних клінічних протоколів та впровадження їх у практику. Серед завдань програми – запровадження практики розробки локальних протоколів для організації виконання медико-технологічних документів галузевого рівня, затверджених МОЗ України.

Відповідно до Галузевої програми стандартизації медичної допомоги та Наказу МОЗ України «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 р. № 751 для організації виконання Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі безпосередньо в ЗОЗ повинен бути розроблений Локальний протокол медичної допомоги та погоджений з управлінням охорони здоров'я.

Локальний протокол медичної допомоги (ЛПМД) – документ, спрямований на забезпечення надання безперервної, ефективної та економічно доцільної медичної допомоги при певних захворюваннях та інших патологічних станах відповідно до положень клінічної настанови, стандарту та уніфікованого клінічного протоколу, забезпечує координацію та упорядкування за часовим графіком технологій та методів надання медичної допомоги мульти-(між-) дисциплінарного змісту, регламентує ключові пункти реєстрації медичної інформації і ведення клінічного аудиту.

Вимоги до локального протоколу, процес його розробки та структура регламентуються зазначеним наказом.

ЛПМД розробляє група фахівців, яка складається з керівника закладу, лікарів, представників страхових компаній. Також на розгляд керівництва до розробки ЛПМД можуть бути залучені інші фахівці.

ЛПМД повинен містити інформацію щодо виконання обов'язкових заходів із зазначенням відділення, посади лікаря або середнього медичного персоналу та контактну інформацію для термінового зв'язку.

Невід'ємною частиною ЛПМД є клінічний маршрут пацієнта, що являє собою алгоритм руху пацієнта підрозділами ЗОЗ, а також визначає взаємодію з іншими ЗОЗ. Клінічний маршрут пацієнта розробляється в довільній формі, і є специфічним для відповідного ЗОЗ.

Варто зауважити, що розробку та наявність локальних протоколів передбачають Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з медичної практики та Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я.

З метою покращення якості надання допомоги паліативним хворим на основі Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, затвердженого Наказом МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі» від 25.04.2012 р. № 311, адаптованої клінічної настанови «Контроль болю» та діючих міжнародних рекомендацій ми розробили Локальний протокол: Хронічний больовий синдром (паліативна медична допомога) (Додаток А), який керівники ЗОЗ можуть покласти в основу розробки Локального протоколу паліативної медичної допомоги при ХрБС.

Цей документ містить інструменти для визначення інтенсивності ХрБС, Правила призначення анальгетиків при ХрБС, алгоритми медикаментозного лікування нейропатичного та онкологічного болю, таблиці перерахунку доз опіоїдів та іншу інформацію, якою повинні володіти медичні працівники при застосуванні опіоїдів.

ВИСНОВКИ

1. Розробка та впровадження локальних протоколів медичної допомоги в ЗОЗ є необхідним для створення уніфікованого клінічного протоколу з метою забезпечення надання якісної медичної допомоги населенню на засадах доказової медицини.
2. Розробка локального протоколу надання паліативної допомоги при хронічному больовому синдромі на основі уніфікованого клінічного протоколу та міжнародних рекомендацій в закладах охорони здоров'я, що надають паліативну допомогу дасть можливість покращити доступність знеболення для пацієнтів та забезпечить надання якісної, безпечної та ефективної медичної допомоги, а саме: вибір ЛЗ відповідно до характеру та інтенсивності больового синдрому у пацієнта; підбір дози анальгетика, що забезпечує знеболення та мінімальний прояв побічних реакцій; зміну анальгетика відповідно до стану пацієнта та еквіанальгетичних доз.

ПЕРЕЛІК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної та хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // Наука і практика. – 2014. – № 1. – С. 63–75.
2. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда Гойда, А. В. Царенко // Реабілітація та паліативна медицина. – 2015. – № 1. – С. 68–74.
3. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти: монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. – К.: Здоров'я, 2011. – 352 с.
4. Губський Ю. І. Лікарські засоби в паліативній та хоспісній медицині: проблеми застосування наркотичних (опіоїдних) анальгетиків / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей, А. В. Царенко, О. М. Бабійчук, А. Л. Шевчик // Фармацевтичний журнал. – 2011. – № 1. – С. 3–9.
5. Доклад Международного комитета по контролю над наркотиками. Наличие психоактивных средств, находящихся под международным контролем: обеспечение надлежащего доступа для медицинских и научных целей. – Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций: Международный комитет по контролю над наркотиками, 2011 г. – 79 с.
6. Контроль болю в онкології. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах / М. К. Хобзей, Ю. І. Губський, О. М. Ліщишина [та ін.]. – МОЗ України, 2011. – 295 с.
7. Розрахунок потреби у лікарських засобах, що містять контрольовані речовини (методичні рекомендації) // Л. Ф. Матюха, Т. П. Авраменко, І. І. Лісний [та ін.]. – 2015. – 29 с.

8. Наказ МОЗ «Про організацію паліативної допомоги в Україні» від 21.01.2013 р. № 41.
9. Наказом МОЗ «Про затвердження Галузевої програми стандартизації медичної допомоги на період до 2020 року» від 16.09.2011 р. № 597.
10. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі» від 25.04.2012 р. № 311.
11. Наказ МОЗ України «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» від 28.09.2012 р. № 751.
12. Наказ МОЗ України «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» від 02.02.2011 р. № 49.
13. Наказ МОЗ України «Стандарти акредитації закладів охорони здоров'я» від 14.03.2011 р. № 142.
14. Achieving Balance in Federal and State Pain Policy: A Guide to Evaluation (CY 2013) / Pain & Policy Studies Group. University of Wisconsin Carbone Cancer Center. – Madison; WI, 2014.
15. Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability: [electronic resource]. – Second ed. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1996.– Code of access: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241544821.pdf>.
16. Grisell V-S. Is the WHO analgesic ladder still valid? Can Fam Physician. –2010. – 56 (6). – P. 514–517.
17. Caraceni A. Use of opioid analgesics in the treatment of cancer pain: evidence-based recommendations from the EAPC / A. Caraceni, G. Hanks, S. Kaasa et al. – Lancet Oncology 2012. – P. 58–68.
18. Harstall C. How Prevalent Is Chronic Pain?/ Pain Clinical Updates / C. Harstall, M. Ospina. – 2013. – Vol. I. – Iss. 2. – P. 1–4.

19. The IAHPC Manual of Palliative Care 3rd Edition / Derek Doyle, IAHPC Press: [electronic resource]. – 2013. – Code of access: <http://hospicecare.com/about-iahpc/publications/manual-of-palliative-care/>.
20. SIGN 136: Management of Chronic Pain, December 2013.
21. SIGN 106: Control of pain in adults with cancer, November 2008.
22. Palliative care for adults: strong opioids for pain relief, NICE guidelines [CG140], May 2012.

ДОДАТОК А.

ПОГОДЖЕНО

Керівник структурного підрозділу з
питань охорони здоров'я місцевої
державної адміністрації:

(П.І.Б.)

« ____ » _____ р.

ЗАТВЕРДЖЕНО

Головний лікар

(П.І.Б.)

« ____ » _____ р.

**Центр первинної медико-санітарної допомоги
Амбулаторія загальної практики-сімейної медицини № ____
Хоспісні відділення
Хоспіс**

(Назва закладу охорони здоров'я)

Локальний протокол

**Хронічний больовий синдром
(паліативна медична допомога)**

I. ПАСПОРТНА ЧАСТИНА

1.1 *Діагноз: хронічний больовий синдром*

1.2 *Код МКХ-10: R52.1, R52.2.*

1.3 *Дата складання:* _____

1.4 *Дата перегляду:* _____

1.5 *Наказ по ЗОЗ щодо розробки локального протоколу*

1.6 *Члени робочої групи з розробки ЛПМД:*

П.І.Б.	ПОСАДА

1.7 Медико-технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол

1. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі» № 311 від 25.04.2012.
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Хронічний біль» www.dec.gov.ua/mtd/dodatki/311_2012/dod_311_1akn.doc
3. Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі www.dec.gov.ua/mtd/.../dod_311_2ykrpmd.doc

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

ХрБС – хронічний больовий синдром

ОА – опіюючі анальгетики/опіюючий анальгетик

ЛЗ – лікарський засіб

II. ЗАГАЛЬНА ЧАСТИНА

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Строки виконання	Виконавці (ЗОЗ, структурний підрозділ закладу, посада, прізвище, ім'я та по батькові, телефон)	Індикатори якості
Організація надання медичної допомоги	Виявлення пацієнтів з ХрБС	Постійно	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст, медсестра.	Кількість медичного персоналу, що мають та використовують локальний протокол/загальна кількість медичного персоналу
	Надання пацієнту в доступній формі інформації про стан його здоров'я з рекомендаціями щодо немедикаментозного і медикаментозного лікування, тактики поведінки при раптовому погіршенні перебігу захворювання в усній та письмовій формі.	Постійно	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст, медсестра.	
	Обстеження та отримання необхідних даних для встановлення основного захворювання (патологічного стану), що спричиняє ХрБС та визначення інтенсивності болю.	До встановлення діагнозу та в подальшому відповідно	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст	
	Призначення лікування та його корекція.	Постійно за показаннями	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст	
	Диспансерний нагляд за пацієнтами з ХрБС, заповнення відповідної документації. Організація стаціонару вдома.	Постійно	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст, медсестра.	
	Обчислення індикаторів якості медичної допомоги.	1 раз на півроку	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст	
Діагностика	Встановлення основного захворювання (патологічного стану), що спричиняє ХрБС за медичною документацією.	Первинний огляд	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст	

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Строки виконання	Виконавці (ЗОЗ, структурний підрозділ закладу, посада, прізвище, ім'я та по батькові, телефон)	Індикатори якості
	Фізикальний огляд та всебічна оцінка ХрБС: - визначення причини, механізму та інтенсивності болю	Первинний огляд та постійно в процесі диспансерного нагляду	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст	
	У разі необхідності направлення пацієнта на консультацію/ госпіталізацію.	Під час первинного огляду та в процесі диспансерного нагляду	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст	
Лікування	Складання плану лікувальних заходів для пацієнта, узгодження з пацієнтом або його родичем схеми та режиму прийому лікарських засобів.	Первинний огляд та постійно в подальшому при потребі	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст, медсестра	Відсоток пацієнтів з ХрБС, у яких ХрБС було взято під контроль
	Роз'яснення пацієнту або/та його доглядальнику в доступній формі особливості подальшого розвитку захворювання; надання рекомендацій щодо змін способу життя, харчування, фізичної активності. Відповіді на запитання пацієнта	Первинний огляд та постійно в подальшому при потребі	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст, медсестра	
	Корекція схеми лікування та дози залежно від стану пацієнта	Постійно	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст	

Положення ЛПМД	Необхідні дії	Строки виконання	Виконавці (ЗОЗ, структурний підрозділ закладу, посада, прізвище, ім'я та по батькові, телефон)	Індикатори якості
Медикаментозна терапія	Залежно від типу та ступеня болю призначення ЛЗ: - НППЗ; - наркотичні анальгетики; - адювантні ЛЗ для знеболення (коанальгетики)	Первинний огляд	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст	
	Підбір дози та встановлення схеми призначення	Первинний огляд	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст	
Диспансерний нагляд, стаціонарний нагляд	Моніторинг стану пацієнта. У разі недостатнього ефекту знеболення: - переконатися, що пацієнт виконує рекомендації щодо прийому препаратів; - провести корекцію терапії.	Наступний день після первинного огляду та впродовж лікування	Сімейний лікар, дільничний терапевт, лікар-спеціаліст, медсестра	

III. ЕТАПИ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ

3.1. Загальний підхід до надання допомоги пацієнту з ХрБС можна описати за допомогою підходу «ABCDE»:

- A (Ask + Access) = Регулярно запитувати про біль + систематично оцінювати
- B (Believe) = Вірити пацієнту та членам сім'ї
- C (Choose) = Обирати методи знеболення, які підходять пацієнту та відповідно до обставин
- D (Deliver) = Надавати допомогу своєчасно, раціонально та узгоджено
- E (Empower) = Давати пацієнтам і членам сім'ї можливість брати участь у прийнятті рішень

3.2. ДІАГНОСТИКА

3.2.1. Ключові принципи діагностики:

1. Біль є суб'єктивною, індивідуальною характеристикою, про який знає лише людина, яка страждає від нього. Біль це те, що на що скаржиться пацієнт.
2. Правильна оцінка болю необхідна для встановлення його причини та механізму.
3. Різні види болю потребують різного лікування.
4. Ретельне опитування хворого щодо його болю є необхідним для діагностики та ефективного лікування.
5. Обов'язок лікаря визначити природу та причину болю і призначити ефективне лікування.

3.2.2. Алгоритм діагностики ХрБС.

Діагностика болю має на меті визначення причини болю, механізму та інтенсивності. Вона включає такі етапи:

1. Збір анамнезу.
2. Огляд пацієнта: необхідно звернути увагу на фізичну активність пацієнта; ознаки прогресування пухлини; травми; ознаки нейропатії: гіпо- або гіперанестезія, алодинія¹.
3. Пряме опитування пацієнта про біль, а саме про:
 - характер болю (Додаток № 1)
 - локалізацію та радіацію болю (необхідно попросити пацієнта показати на собі або на малюнку тіла людини больові місця – Додаток 2)
 - емоційна відповідь на біль – страх, тривожність, депресія
4. Оцінка інтенсивності болю за допомогою стандартизованих шкал (Додаток 3).
5. Встановлення типу болю (Додаток 4).

3.3. ЛІКУВАННЯ

3.3.1. Ключові принципи лікування ХрБС

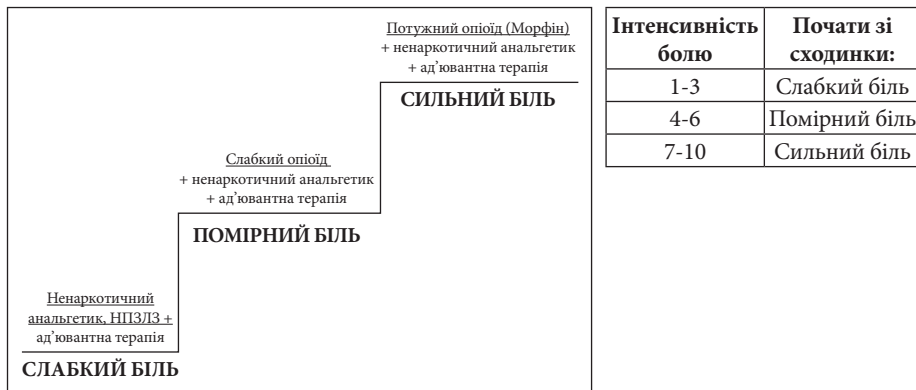
1. Постійний біль вимагає систематичного лікування.

¹ алодинія – больове відчуття у відповідь на низькоінтенсивні подразнення, що в нормальних умовах не спричиняють біль.

2. Дуже важливо якнайшвидше почати контролювати біль.
3. Вибір ЛЗ залежить від типу болю та його інтенсивності.
4. Варто призначати комбінації ЛЗ, а не комбіновані ЛЗ.
5. Слід дотримуватися сходинок знеболення.
6. Призначати ад'ювантні анальгетики (коанальгетики).
7. Ніколи не використовувати плацебо.
8. Знеболювання безперервного болю слід призначати на регулярній основі, а не «за необхідності».

3.3.2. Вибір ЛЗ

Призначати ЛЗ необхідно згідно зі сходинками знеболення ВООЗ і не продовжувати лікування ЛЗ, які є неефективними. У межах сходинок потрібно обрати анальгетик (Додаток 5), який найбільше підходить пацієнту. Лікування хворого пацієнта повинно починатися з тієї сходинок знеболювання ВООЗ, яка відповідає тяжкості болю.



Ад'ювантні ЛЗ для знеболення (коанальгетики) посилюють дію анальгетиків. Ефективні при нейропатичному болю. Можуть застосовуватися окремо або у комбінації з анальгетиками на будь якій сходинок знеболення (Додаток 6).

Якщо біль є невропатичним, варто слідувати алгоритму, наведеному в Додатку 7.

Якщо біль є онкологічним, варто слідувати алгоритму, наведеному в Додатку 8.

3.3.3. Правила призначення анальгетиків при ХрБС

- Прийом анальгетиків відповідно до строгого графіку та фармакологічних властивостей ЛЗ (період напіввиведення), а не «за потребою»
- Надати пацієнтові (доглядальнику) письмові інструкції щодо приймання ЛЗ
- Призначити ЛЗ для купірування проривного болю
- Надати пацієнтові (доглядальнику) інструкції щодо купірування нападів болю (проривного болю).
- Поінформувати про можливі побічні реакції, надати відповідне лікування для їх попередження
- Застосовувати пероральний спосіб прийому, де це можливо
- Здійснювати постійний моніторинг та оцінку стану пацієнта, у випадку необхідності корегувати призначення.
- Дотримуватися «простоти» при призначенні анальгетиків:
 - уникати призначення кількох анальгетиків
 - спростити схему призначень анальгетиків.

3.3.4. Призначення сильних ОА

1. Розпочніть лікування сильними ОА пацієнтів, які до цього не приймали ОА, з невеликих доз морфіну негайного вивільнення² (далі морфін) з призначення доз для лікування проривного болю.
2. Якщо пацієнт вже приймав ОА необхідно призначити новий ОА, враховуючи дози перерахунку (Додаток 9).
3. Початкові дози морфіну у пацієнтів, які не застосовували опіоїди, як правило, становлять від 5 до 10 мг кожні чотири години у молодих і людей середнього віку та від 2,5 до 5 мг кожні чотири години в літніх людей.
4. Пацієнтам з помірним або сильним болем необхідно призначити знеболювальне для проривного болю. При використанні перорального морфіну для полегшення прориву болю необхідно призначити морфін перорально у дозі, що становить одну шосту частину цілодобової дози морфіну і яка повинна збільшуватися при зростанні цілодобової дози.

²Станом на 18.04.2016р. в Україні незареєстровані форми морфіну повільного вивільнення

Наприклад:

початкове призначення: 5мг морфіну

*добова доза: 5мг*6=30мг*

доза прориву: 30/6=5мг.

5. Після призначення ОА необхідно здійснювати ретельну індивідуальну оцінку контролю болю, ступеня побічних ефектів і необхідної загальної дози опіоїдів, у тому числі доз при проривному болю за 24 години. Перевіряти стан пацієнта та його больові відчуття кожні 3-4 години.
6. Титрувати дозу морфіну для досягнення максимального знеболювального ефекту та мінімальних побічних реакцій.
7. За відсутності аналгетичного ефекту необхідно збільшувати дозу на 30-50% щодня.
8. Якщо перші дози спричиняють сильну сонливість, тоді дозу слід зменшити на 50% і збільшувати її при титруванні повільніше.
9. Після досягнення аналгезивного ефекту та контролю побічних реакцій – скоректувати дозу:
 - підсумувати загальну дозу морфіну призначену за добу
 - розділити на шість для отримання нової дози для регулярного прийому та проривного болю.

Таблиця 1

Приклад корекції дози морфіну

Регулярна доза опіоїду	Частота дози	Доза прориву	Частота епізодів пронизливого болю	Всього опіоїдів за 24 години	Нова титрована доза
10 мг морфіну таблетованого	Кожні 4 години	10 мг морфіну таблетованого	Три рази щоденно	$(10 \times 6) + (10 \times 3) = 90$ мг	15 мг морфіну таблетованого кожні 4 години

10. Якщо біль полегшується дозою опіоїду негайного вивільнення через кожні чотири години, то призначення можна перевести на опіоїд повільного вивільнення.

Перша лінія лікування

1. Пацієнтам, що потребують лікування сильними ОА як першу лінію терапії необхідно призначати пероральний морфін негайного вивільнення.

Перша лінія лікування – якщо пероральні опіоїди не підходять (наприклад, порушене ковтання) – трансдермальні пластири.

1. При неможливості застосування пероральних ОА та коли біль стабільний варто розглянути призначення трандермальних терапевтичних систем (ТТС).
2. Будьте уважні при розрахунку дози для ТТС. Зверніться до інструкції виробника та таблиць доз перерахунку ОА (Додаток 9).
3. Додатково необхідно призначити морфін для лікування проривного болю у випадку його виникнення.

Перша лінія лікування – якщо пероральні опіоїди не підходять – підшкірні ін'єкції.

1. При неможливості застосування пероральних ОА та коли біль нестабільний, варто розглянути введення опіоїдів підшкірно.
2. При переході з перорального морфіну на підшкірні ін'єкції варто враховувати дози перерахунку (Додаток 9).

Перша лінія лікування прориву болю для пацієнтів, що приймають пероральні ОА.

1. Призначте пероральний морфін як препарат першої допомоги при прориві болю для пацієнтів, що отримують лікування пероральним морфіном.
2. Не призначайте швидкодіючий фентаніл у якості першої лінії невідкладної допомоги.
3. Якщо біль залишається недостатньо контрольованим, незважаючи на оптимізацію лікування, необхідно визначити подальшу тактику шляхом консилиума (лікар спеціаліст, сімейний лікар/дільничний терапевт, фармацевт).

3.3.5. Контроль побічних ефектів при лікуванні ОА

1. Закреп

Необхідно проінформувати пацієнта, що закреп виникає майже в усіх пацієнтів, що отримують лікування сильними ОА та призначити проносні засоби для всіх пацієнтів, які розпочали прийом сильних опіоїдів.

2. Нудота

Варто попередити хворого, що на початку лікування сильними опіоїдами або при збільшенні дозування може виникнути нудота, але, як правило, це тимчасово. Якщо нудота турбує пацієнта необхідно призначити протиблювотні ЛЗ перед тим як змінювати ОА.

3. Сонливість

Слід проконсультувати хворого, що на початку прийому сильних ОА або при збільшенні дозування може виникнути сонливість або порушення концентрації уваги, що, як правило, є тимчасовим. У пацієнтів, у яких спостерігаються постійні або значні побічні реакції з боку ЦНС необхідно:

- розглянути зменшення дози, якщо біль контролюється;
- розглянути зміну ОА, якщо біль не контролюється

3.3.6. Зміна (ротація) ОА

Якщо не вдається контролювати біль або побічні реакції, необхідно розглянути питання зміни ОА. При зміні ОА варто враховувати дози перерахунку (Додаток 9) та провести консультування пацієнта. Потрібно враховувати дози перерахунку при зміні слабких опіоїдів на пероральний морфін.

3.3.7. Спілкування з пацієнтом та його родичами.

1. При призначенні лікування ХрБС опіоїдами запитайте пацієнта про його побоювання щодо запропонованого лікування: звикання, залежність, побічні ефекти, страх що лікування призведе до смерті тощо.
2. Надайте інформацію пацієнту та його доглядальнику щодо лікування опіоїдами, а саме:
 - коли та навіщо призначаються опіоїди при ХрБС
 - ефективність ОА
 - застосування ОА для лікування постійного болю та прориву болю а саме:
 - ✓ коли, як і як довго приймати ОА
 - ✓ як довго повинно тривати знеболення
 - ✓ побічні ефекти та ознаки токсичності
 - ✓ умови зберігання
 - ✓ призначення та придбання

ДОДАТОК 1. Підходи до оцінки ХрБС під час опитування пацієнта

Рекомендовані запитання для оцінки ХрБС

Характеристика	Рекомендовані запитання
Початок болю	Коли біль почався? Як часто він виникає? Як довго він триває?
Чинники, що загострюють або послаблюють біль	Що призводить до виникнення болю? Від чого стає краще? Що є причиною більш інтенсивного болю? Коли біль менший: у положенні стоячи чи лежачи? Чи загострюється біль при русі?
Локалізація та радіація болю	Де болить? Чи спостерігається іррадіація болю? Біль відчутний в одному місці чи в декількох?
Характер болю	Як Вам болить? Ви можете порівняти з болем, який відчували колись раніше?
Інтенсивність болю	Як сильно Вам болить: слабо, середньо, сильно? Наскільки надочуає біль? Чи супроводжується біль якимись іншими симптомами?
Вплив болю	Ви перестали робити внаслідок виникнення болю? Як Ви спите? На Вашу думку, що є причиною болю?

Підхід «OPQRSTU»

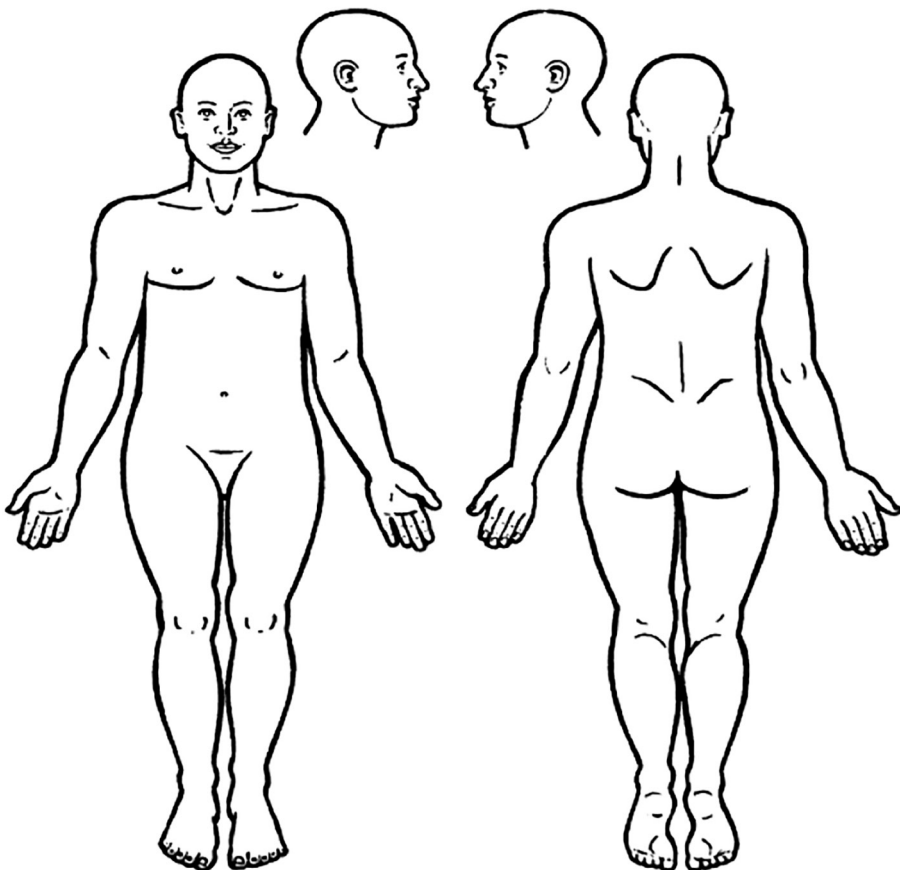
Характеристика		Рекомендовані запитання/опис
O	Початок (Onset)	Коли виник біль? Боліти почало відразу чи поступово?
P	Провокування (Provoking / palliating)	Що є причиною болю? Від чого біль стає меншим (відпочинок, ліки)? Від чого він загострюється?
Q	Характер(Quality)	Визначити чи є біль нейропатичним? (печіння, поколювання, оніміння, свербіння і тощо)
R	Місце/Радіація (Region / radiation)	Де почало боліти? Чи поширюється біль? Якщо так, то куди?
S	Важкість (Severity)	Для опису використовуйте вербальний опис та шкали. (Додаток 2)
T	Лікування (Treatment)	Чим лікуєте біль? Чим лікували? Чи є побічні ефекти?
U	Розуміння (Understanding)	Чи завдає Вам біль страждань?

Підхід «*OLDCART*»

Характеристика	Опис
O (Onset)	Виникнення (коли, із чим пов'язані)
L (Location)	Розміщення (може бути багато больових місць)
D (Duration)	Тривалість (як довго, постійний, переривистий)
C (Characteristics)	Властивості (ноцицептивний, нейропатичний)
A (Aggravating factors)	Чинники, які посилюють біль (рух, сидіння ковтання)
R (Relieving factors)	Чинники, які послаблюють біль
T (Treatment)	Лікування

ДОДАТОК 2. Малюнок для визначення локалізації болю

Попросіть пацієнта вказати, де саме він відчуває біль.



ДОДАТОК 3. Інструменти для визначення інтенсивності ХрБС

1. Візуальна шкала оцінки болю



Поясніть пацієнту:

- це шкала для оцінки болю
- «0» – означає відсутність болю взагалі
- цифри на шкалі відображають підвищення больового синдрому
- «10» – найсильніший біль, який тільки можна відчувати
- яка з точок на шкалі якнайкраще характеризує Ваш біль?

2. Вербальна шкала оцінки болю (10 рівнів):

Який біль Ви відчуваєте?

Не болить – 0

Слабкий – 2

Терпимий – 4

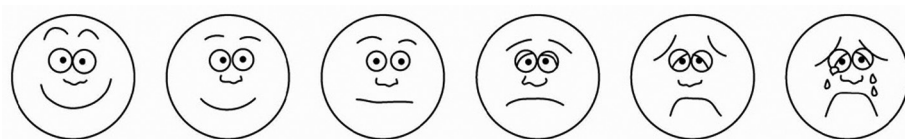
Сильний – 6

Дуже сильний – 8

Нестерпний – 10

3. Мімічна шкала оцінки

Покажіть наскільки Вам болить:



0

Не болить

2

Трохи
болить

4

Болить, але
терпимо

6

Болить
сильно

8

Болить
дуже
сильно

10

Болить
нестерпно

4. Оцінка болю на термінальних стадіях деменції (ОБОСД)

Аспекти	0	1	2	Бал
Дихання (без вокалізації)	Нормальне дихання	Епізодичне ускладнене дихання. Короткі періоди гіпервентиляції	Голосне ускладнене дихання. Тривалі періоди гіпервентиляції. Дихання Чейн-Стокса.	
Негативна вокалізація	Немає	Періодичний стогін або тяжке зітхання. Висловлювання заперечення або незгоди на низьких тонах.	Постійне неспокійне скрикування. Голосні жалісні звуки або тяжке зітхання. Плач.	
Вираз обличчя	Усміхнений або байдужий	Сумний. Зляканий. Нахмурений.	Гримаси на обличчі.	
Мова тіла	Розслаблений стан	Напруженість. Знервовані кроки. Вовтуження.	Жорстка постава. Стиснуті кулаки. Підігнуті коліна. Раптові різкі рухи. Відсторонення або відштовхування інших	
Можливість заспокоїти	Відсутність потреби	Відволікання, запевнення чи заспокоєння на голос або дотик	Неможливо заспокоїти, відволікти чи запевнити	
ВСЬОГО БАЛІВ:				
Інтерпретація: загальна кількість балів знаходиться в межах від 0 – «відсутність болю» до 10 – «нестерпний біль», що відповідає вище вказаним шкалам оцінки інтенсивності болю.				

ДОДАТОК 4. Типи болю

Тип	Причина	Характеристика
Ноцицептивний біль - соматичний - вісцеральний	Виникає внаслідок подразнення (стимуляції) периферійних больових рецепторів – ноцицепторів.	Глибокий, пульсуючий, тупий, місцевий або поширений, поверхневий чи глибокий, різної інтенсивності.
Нейропатичний біль	Виникає у зв'язку з повним або неповним ушкодженням мієлінової оболонки периферійних або центральних провідних шляхів – периферійних нервів, корінців, стовбурів чи сплетінь (компресія, розсічення тканин, інфільтрат, ішемія, метаболічні порушення, токсична дія).	Пекучий (відчуття «горіння»), нападоподібний, штрикучий, електричний, а також як поколювання, бігання мурашок, дзвін у вухах, оніміння або інші патологічні відчуття. Можуть зберігатися дизестезії, алодинія, каузалгія, парестезії. Характерні неврологічні зміни (рухові, чутливі, вегетативні).
Змішаний тип болю	За механізмом виникнення це ноцицептивний та нейропатичний біль.	
Проривний	Виникає раптово навіть на тлі адекватної схеми знеболення	

Здебільшого онкологічних біль має змішаний механізм і як правило значний запальний компонент.

Основні причини розвитку больового синдрому при злоякісних новоутвореннях:

1. Первинні, зумовлені власне пухлинним процесом:

- компресія та інфільтрація нервових структур;
- проростання пухлини в м'які тканини;
- стиснення та деструкція внутрішніх органів.

2. Вторинні, зумовлені ускладненнями пухлинного процесу:

- некроз та розпад пухлин;
- патологічні переломи кісток.

3. Больовий синдром, зумовлений процесом лікування:

- наслідок хірургічного втручання;
- ускладнення хіміотерапії;
- ускладнення променевої терапії.

4. Больовий синдром, спричинений іншою патологією:

- поліартрит;
- остеохондроз хребта;
- цукровий діабет.

ДОДАТОК 5. Опіюїдні анальгетики у паліативній допомозі³

Торгова назва	МНН	Форма випуску
Слабкі опіюїди (помірний біль)		
Кодеїну фосфат	Codeine	Таблетки по 0,03 г
Трамадол-ЗН, Трамадол	Tramadol	Капсули по 50 мг
Трамадолу гідро хлорид, Трамадол-М, Трамадол-ЗН		Розчин для ін'єкцій, 50 мг/мл по 2 мл
Сильні опіюїди (сильний біль)		
Морфіну сульфат, Морфін-ЗН	Morphine	Таблетки по 5мг, 10мг (таблетки швидкого вивільнення)
Морфіну гідрохлорид		Розчин для ін'єкцій 1 % по 1 мл

³ Зареєстровані в Україні станом на 18.04.2016 р.

Продовження таблиці

Торгова назва	МНН	Форма випуску
Бупрен ІС Бупренорфіну гідрохлорид	Buprenorphine	Таблетки сублінгвальні 0,2 мг, 0,4 мг Розчин для ін'єкцій, 0,3 мг/мл по 1 мл
Фентаніл М САНДОЗ, Дюрогезік	Fentanyl	Трансдермальний пластир 25/50/ 75/100 мкг/год
Бутолрфанолу тартрат	Butorphanol	Розчин для ін'єкцій 0,2% по 1мл (2 мг)
Омнопон	Morphine, combinations	Розчин для ін'єкцій по 1 мл
Промедол	Trimeperidine	Розчин для ін'єкцій, 20 мг/мл по 1 мл

Комбіновані лікарські засоби, що містять слабкі опіоїди та можуть бути застосовані для знеболення при наростанні сили болю від слабкого до помірного

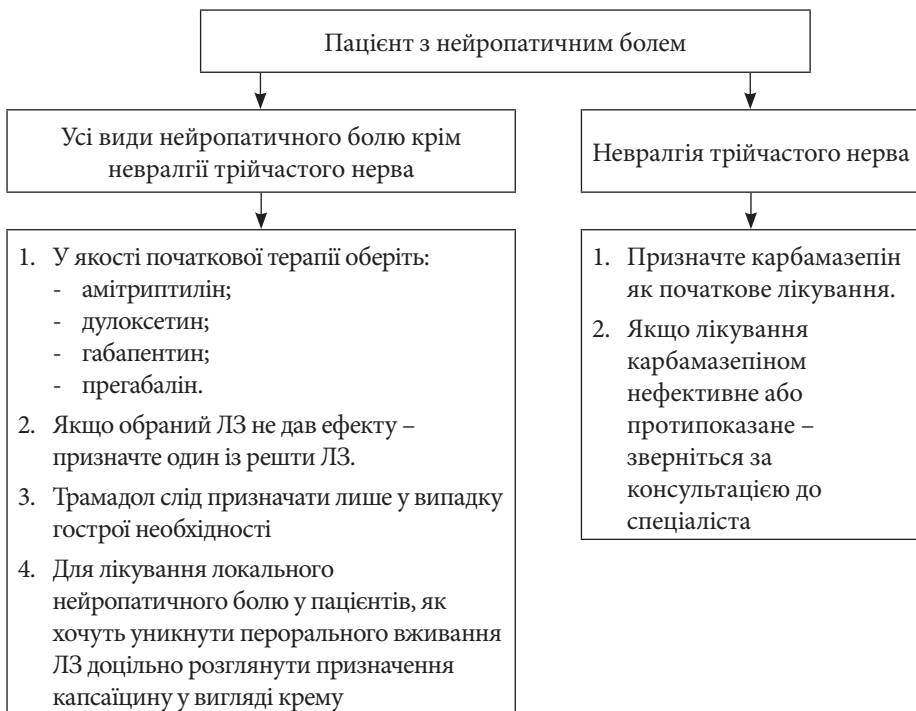
Торгова назва	Склад
Паркод майлд, Паракод ІС, Альгодеїн	Парацетамол+кодеїн
Седал-М, Пенталгін-ІС, П'ятирчатка ІС, П'ятирчатка ІС, Пенталгін ФС екстра, Пенталгін-ФС, Пенталгін-ІСН, Седалгін-НЕО	Парацетамол+метамізол + кофеїн + фенобарбітал + кодеїн
Солпадеїн, Солпагін	Парацетамол+кофеїн+кодеїн
Юніспазм	Парацетамол+дротаверин+кодеїн
Біфок ІС	Ібупрофен+кодеїн
Каффетін, Пентасед	Парацетамол+пропіфеназон+кофеїн+кодеїн
Пенталгін-ЗДОРОВ'Я	Парацетамол+пропіфеназон+кофеїн + фенобарбітал + кодеїн
Тетралгін	Метамізол+кофеїн+кодеїн+фенобарбітал
Пара-трал	Трамадол+парацетамол

ДОДАТОК 6. Ад'ювантні ЛЗ для знеболення (коанальгетики)

1. Антидепресанти: Доксепін, Амітриптилін, Кломіпрамін, Іміпрамін, Есциталопрам, Флувоксамін, Сертралін, Пароксетин, Циталопрам, Флуоксетин, Агомелатин, Венлафаксин, Міртазапін, Міансерин.
2. Протиепілептичні засоби (антиконвульсанти): Фенобарбітал, Бензобарбітал, Фенітоїн, Клоназепам, Карбамазепін, Кислота вальпроєва, Прегабалін, Габапентин, Топірамат, Ламотриджин.

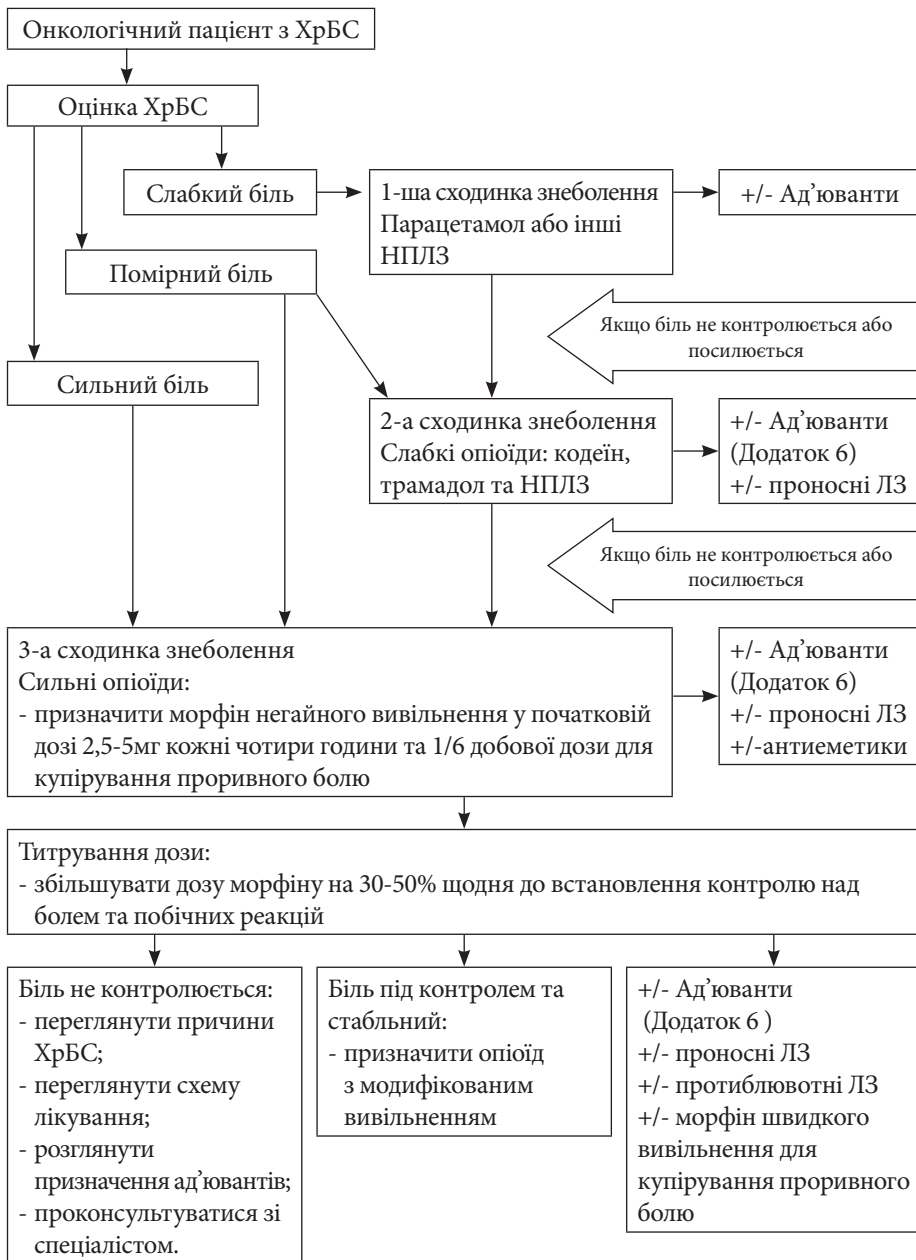
3. Антипсихотичні: Левомепромазин, Хлорпромазин, Трифлуоперазин, Тіоридазин, Галоперидол, Зипразидон, Зуклопентиксол, Хлорпротиксен, Флюпентиксол, Оланзапін, Клозапін, Кветіапін, Амісульприд, Сульпірид, Літій, Паліперидон, Рисперидон.
4. Анксиолітики: Діазепам, Хлордіазепоксид, Оксазепам, Гідазепам, Феназепам, Буспірон, Мебікар.
5. Кортикостероїди: Флудрокортизон, Бетаметазон, Дексаметазон, Метилпреднізолон, Преднізолон, Тріамцинолон, Гідрокортизон.
6. Засоби, що впливають на структуру та мінералізацію кісток: Кислота золедронова, Кислота ібандронова, Кислота алендронава, Кислота памідронова, Кислота клодронава.
7. Снодійні та седативні препарати

ДОДАТОК 7. Алгоритм медикаментозного лікування нейропатичного болю.⁴



⁴ Neuropathic pain – pharmacological management. NICE clinical guideline 173 (2013)

ДОДАТОК 8. Алгоритм лікування онкологічного болю⁵



⁵ PAIN & SYMPTOM CONTROL GUIDELINES, Greater Manchester & Cheshire Cancer Network, 3rd Edition, May 2011

ДОДАТОК 9. Таблиці перерахунку доз опіоїдів.

Таблиця 1

Еквівалентні знеболювальні дози (залежно від лікарської форми)⁶

Опіоїд	Перорально	Парентерально
Морфін	30 мг	10 мг
Бупренорфін	0,8 мг сублінгвально	0,3 мг
Кодеїн	240 мг	—
Трамадол	120–150мг	80–100мг

Таблиця 2

Таблиця еквівалентності опіоїдів⁷

Назва препарату	Добові дози, мг									
Трамадол (per os, per rectum)	150	300	450	600						
Трамадол (в/м, в/в)	100	200	300	400	500					
Морфін (per os)	30	60	90	120	150	180	210	300	600	900
Морфін (п/шк, в/м, в/в)	10	20	30	40	50	60	70	100	200	300
Фентаніл трансдермальний пластир (мкг/год)	12,5	25	37,5	50	62,5	75	87,5	125	250	375

Таблиця 3

Коефіцієнти перерахунку доз у бік збільшення або зменшення⁸

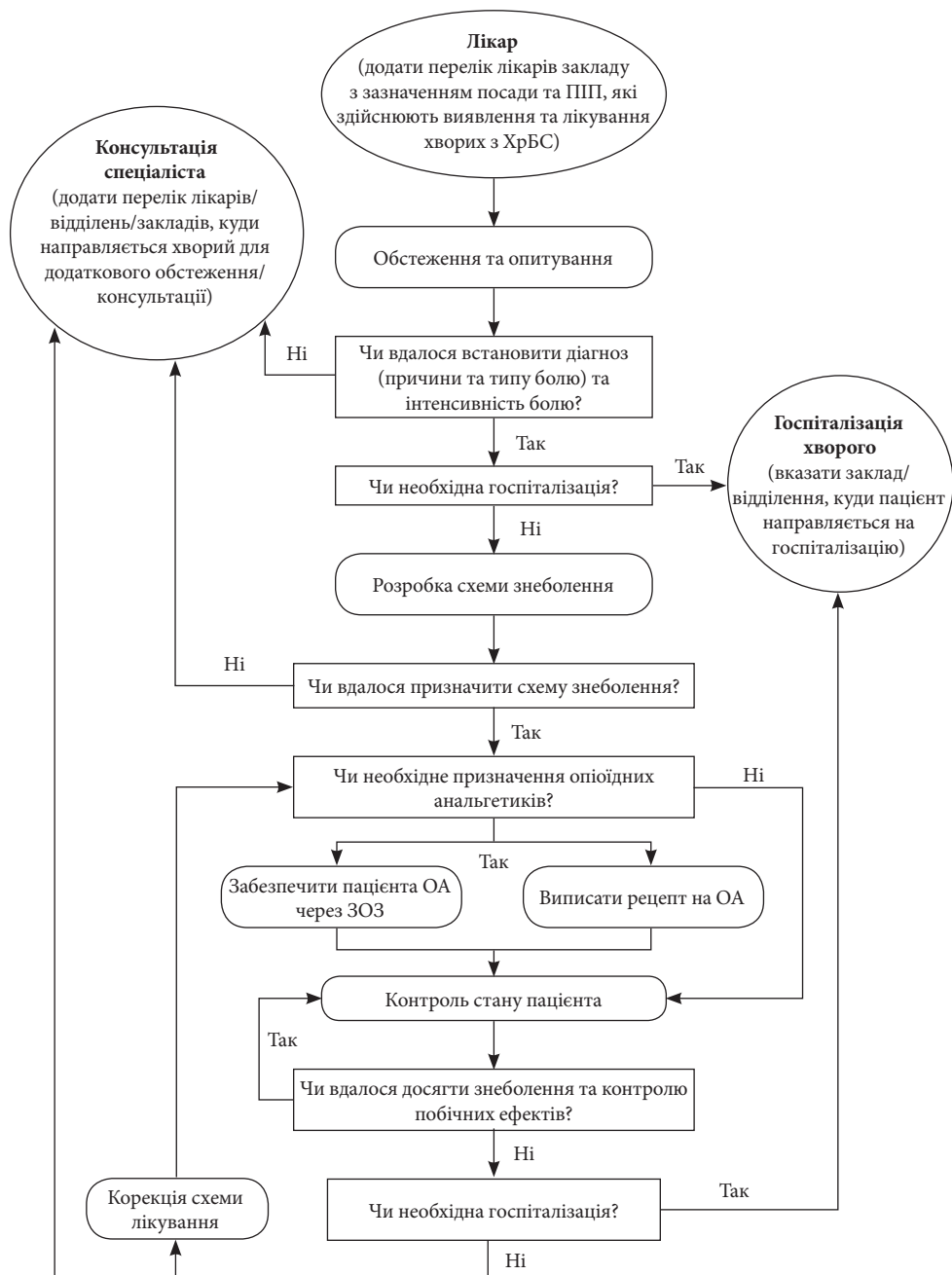
Перехід від поточного опіоїду	Перехід на новий опіоїд і/або новий шлях введення	Розділіть 24-годинну дозу * поточного опіоїду (колонка 1) на відповідне число нижче, щоб обчислити початкову 24-годинну дозу нового опіоїду та/або нового шляху введення (Колонка 2)
пероральний кодеїн	пероральний морфін	Розділити на 8-10
пероральний трамадол	пероральний морфін	Розділити на 5
пероральний морфін	трансдермальний фентаніл	Звернутися до інформації виробника Добову дозу морфіну перорального розділити на 3 і обрати близьку до результату поділу дозу фентанілу в мкг/год.
пероральний морфін	підшкірний морфін	Розділити на 2-3
підшкірний або внутрішньом'язовий морфін	внутрішньовенний морфін	Без змін
внутрішньовенний морфін	пероральний морфін	Помножити на 2-3
пероральний морфін	внутрішньом'язовий	Розділити на 2-3

⁶ The IAHPC Manual of Palliative Care 2nd Edition
<http://hospicecare.com/about-iahpc/publications/manuals-guidelines-books/manual-of-palliative-care/table-of-contents/>

⁷ Університет Ерланген, Німеччина

⁸ «Контроль болю», Адаптована клінічна наставана, заснована на доказах, МОЗ, 2012

ДОДАТОК 10. Зразок клінічного маршруту пацієнта та дій лікаря



**РОЗРОБКА ЛОКАЛЬНОГО ПРОТОКОЛУ ПАЛІАТИВНОЇ
МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО
БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ**
(методичні рекомендації)
(38.16/79.16)

Підписано до друку 7.06.2016 р.
Формат 60x84 /16. Папір офсетний.
Гарнітура Times.
Обл.-вид. арк. 1,25. Ум. Друк арк.1,62
Тираж 1000. Зам. № __

Інформація про видавця:
ТОВ «НАША РОДИНА ПЛЮС»
тел.: +38 050 344 35 50
01032, м. Київ, а/с – 30
e-mail: sim.likar@gmail.com

Свідоцтво про внесення до Державного реєстру
суб'єктів видавничої справи ДК № 4762 від 22.08.2014 р.

Відповідальний за друк: ТОВ «МАСИВ-А.І.»
тел.: + 38 044 592 33 03

*Видання здійснене за підтримки
МФ «ВІДРОДЖЕННЯ»*