

"Аналгезія хронічних больових синдромів у практиці сімейного лікаря"

Царенко А.В. , доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри паліативної і хоспісної медицини НУОЗ ім.П.Л. Шупика

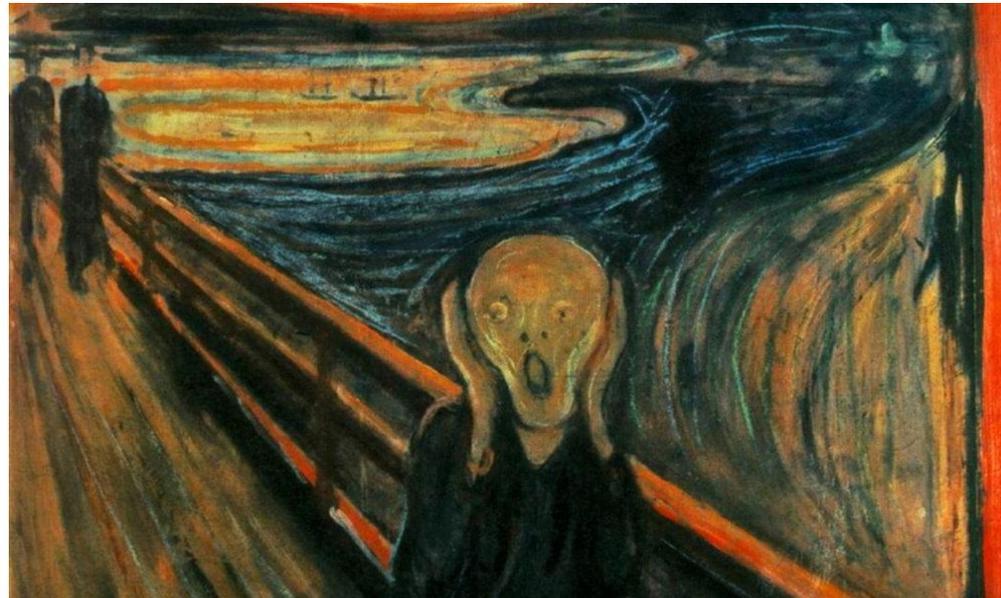
Максимова З.В., заступник медичного директора Центру паліативної допомоги «Добробут», асистент кафедри паліативної та хоспісної медицини НУОЗ ім.П.Л. Шупика

Мендес Ю.В., асистент кафедри паліативної та хоспісної медицини НУОЗ ім.П.Л. Шупика

БІЛЬ

Біль – це неприємне фізичне та емоційне відчуття, пов'язане з фактичним або можливим ушкодженням тканин, або яке описується в рамках такого ушкодження

Міжнародна Асоціація Вивчення Болю

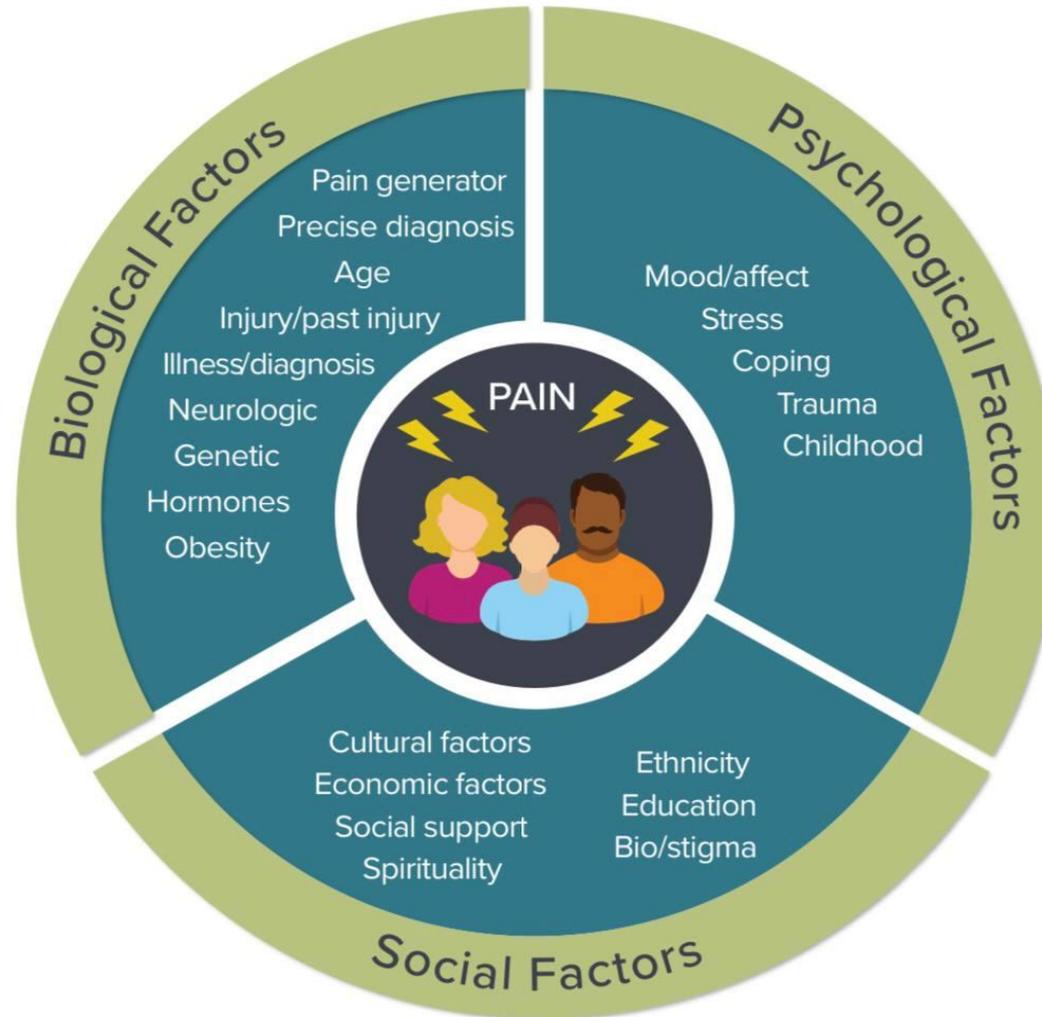


Хронічний біль

- За визначенням експертів Міжнародної асоціації по вивченню болю, хронічним вважається **біль тривалістю більше 3-х міс.** і пролонгацією понад нормальний періоду загоєння тканин.
- За даними досліджень, проведених в різних регіонах світу, від 7 до 64% населення періодично відчувають біль, а **від 7 до 45% страждають рецидивними або хронічними болями**

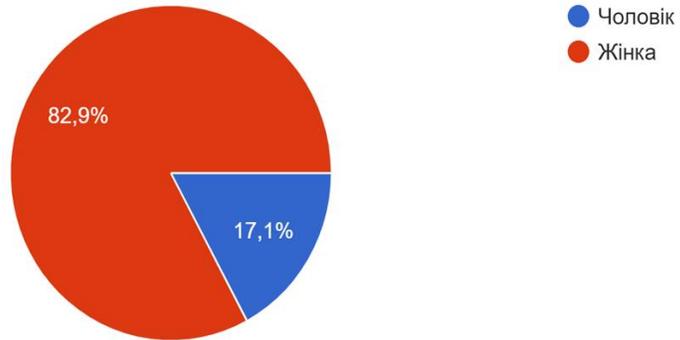


Фактори, що впливають на виникнення ХБС

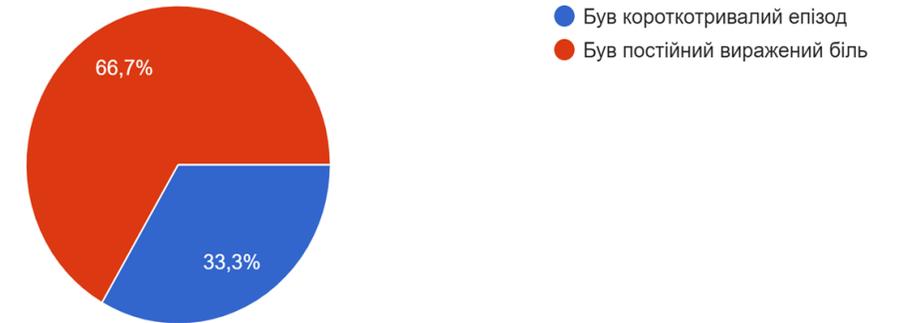


Опитування, щодо хронічного больового синдрому (175 пацієнтів опитано)

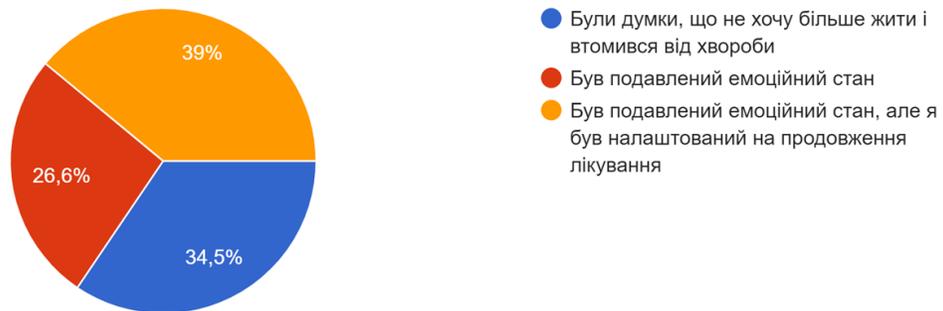
Стать пацієнта
175 ответов



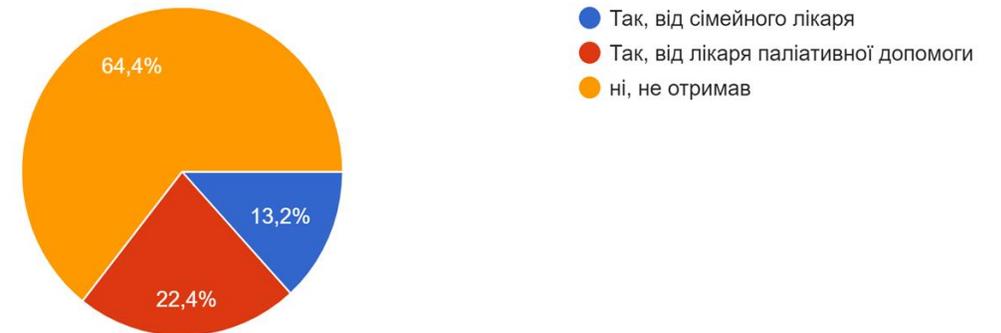
Протягом хвороби чи був у вас або у члена вашої родини больовий синдром і скільки він тривав по часу?
174 ответа



Чи були у вас думки про те, що ви не хочете жити, подавлений емоційний стан в зв'язку з виникненням хронічного больового синдрому?
177 ответов



Чи отримали ви/ваш родич адекватну схему знеболення?
174 ответа



Хронічний больовий синдром

Прямий вплив на:

- ↓ Активність, рухомість
- ↓ Процес мислення, концентрація
- ↓ Апетит (анорексія)
- ↓ Сон (безсоння)
- ↓ Емоційний стан (настрій, депресія, «зняття себе з рахунку»)

Часто призводить до:

- ↓ Бажання та можливість працювати
- ↓ Задоволення від життя
- Часті зміни емоційного стану, роздратованість
- Негативні зміни у стосунках з оточуючими
- ↑ Потреба в сторонньому догляді

Біль відчувають не тільки онкологічні пацієнти!!



- 89% пацієнтів з ревматоїдним артритом
- 84% пацієнтів з онкологією
- 82% пацієнтів з хворобою Паркінсона
- 67% пацієнтів з ХОЗЛ
- 67% пацієнтів з цирозом печінки
- 64% пацієнтів з цукровим діабетом
- 63-80% пацієнтів з ВІЛ
- 47-50% пацієнтів з ХНН
- 47% пацієнтів з хворобою Альцгеймера та деменцією
- 43% пацієнтів з розсіяним склерозом

Higginson I.J Oxford and New York, 1997

Solano GP Higginson IJ Pain&Symptom Mgmt 2006

СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХРОНІЧНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

Наказ МОЗ України №643 від 06.04.2023

Додаток 1
до Стандартів медичної
допомоги «Хронічний больовий синдром
у дорослих та дітей»
(пункт 2 розділу IV)

Інформація щодо вибору анальгетичних засобів - опіоїдів

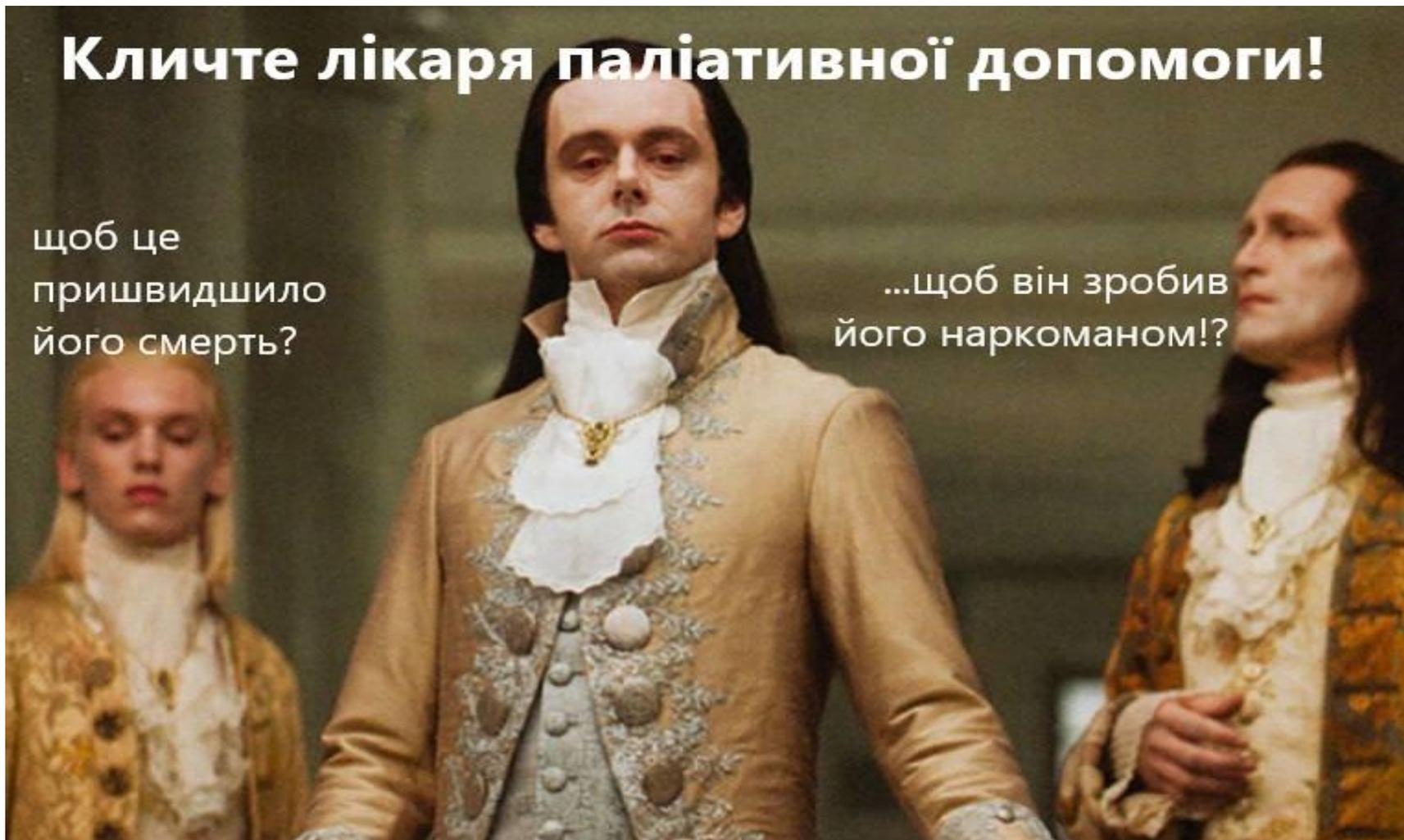
Назва лікарського засобу	Спосіб застосування	Коментарі
Морфін	пероральний	Найчастіше використовується; дуже мінлива біодоступність (15-65%), ніяких доказів того, що він краще, ніж інші опіоїди; активні метаболіти можуть накопичуватися при нирковій недостатності, деякі з них можуть викликати гіпералгезію.
Грамадол	пероральний	Слабкий μ -опіодний агоніст (~ 1/6000, від морфіну) з додатковими ефектами на норадренергічних і серотонінергічних системах. Метаболізм через ЦИПД, з одним з активних метаболітів: О- езметилтрамадол, що має значно більш високу активність на MOR.
Оксикодон	пероральний	Більш надійна біодоступність, ніж у морфіну (60-87%); Метаболізм включає ЦИПД.
Фентаніл	трансдермальний	Корисний, якщо є проблеми з пероральним вживанням.
Бупренорфін	трансдермальний	Корисно, якщо проблеми з пероральним вживанням; мінімальне активне накопичення метаболітів при нирковій недостатності.
Тапентадол	пероральний	Новий опіод з додатковою активністю щодо порадрергічних систем; може відігравати певну роль на невропатичний біль; деякі ознаки поліпшення профілю побічних ефектів в порівнянні з іншими сильними опіоїдами.
Метадон	пероральний	Дуже непередбачувана фармакокінетика із значними міжособистісними варіаціями. Не рекомендується для використання без консультації фахівця.

Як Ви гадаєте, який спеціаліст має лікувати хронічний больовий синдром?

Кличте лікаря паліативної допомоги!

щоб це
пришвидшило
його смерть?

...щоб він зробив
його наркоманом!?



Наказом МОЗ України від 29.07.2016 № 801 «Про затвердження Положення про центр та амбулаторію первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи» (із змінами та доповненнями, внесеними наказом МОЗ від 11 жовтня 2022 року №1844) у розділі II. «Завдання та основні напрями діяльності» зазначено:

п. 2. Відповідно до покладених завдань ЦПМСД забезпечує:

...7) «надання паліативної допомоги пацієнтам на останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, моральну підтримку членів їх сімей;...»

СТАНДАРТИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХРОНІЧНИЙ БОЛЬОВИЙ СИНДРОМ У
ДОРΟΣЛИХ ТА ДІТЕЙ

Наказ МОЗ України №643 від 06.04.2023

Медична допомога пацієнтам з ХрБС **надається лікарями екстреної медичної допомоги, лікарями, які надають первинну, спеціалізовану, паліативну медичну допомогу**, і потребує міждисциплінарної співпраці та інтегрованого ведення хворих мультидисциплінарною командою фахівців.

**Як Ви гадаєте, чи всі пацієнти в Україні
отримують адекватне знеболення?**

1. Так, всі
2. Ні, не всі

Адекватне знеболення



о. повний діагноз (основне захворювання, супутні захворювання та ускладнення):
Різани рани н/з обох передпліч. Суїцидальні спроби.

Анамнез захворювання: Зі слів хворої 21 04.2022 біля 09:40год. Вдома лезом виконала розрізи на обох передпліччях, бо не могла витримати біль, не хотіла продовжувати жити, КШМД доставлена в травмпункт МЛ №2, де в ургентному порядку хвору взято в операційну, далі госпіталізовано в травм відділення.

21.04.2022 В ургентному порядку проведено ПХО різаних ран.



13:14



Людмила Сойникова

В сети 15 ч. назад



...препарат купили из
от фонда

Она отчитывается как обычно

Пусть покажет вам приказ по которому нельзя больше выписывать

Такого просто нет

26 ДЕК. 2022 Г., 14:55

← Людмила вам ответил(-а)

Пусть покажет вам приказ по которому нельзя больше выписывать

Тут не в приказе, а в том что заведующая сказала, что больше двух нельзя и вообще война и не всем хватает, это наша семейная при маме звонила ей. Самое страшное, что семейный врач верит тому что заведующая говорит. Или я чего-то не совсем понимаю. Пока жду звонка от нее, могла бы ли они выписать нам на пластырь рецепт



26 ДЕК. 2022 Г., 15:40



Аа



26 ДЕК. 2022 Г., 13:17

Пока не выписали, уточнит у заведующей. Осталась одна таблетка морфина, врач утверждает, что три таблетки - это уже зависимость и двух хватит.

Осталась одна таблетка морфина и я так понимаю они с налбуфином не совместимы? Нельзя пока выдадут следующие его колоть?



← Вы ответили Людмила

Пока не выписали, уточнит у



Аа



- За даними дослідження ВООЗ , яке було проведено серед 194 країн - членів в 2019 році – фінансування паліативної допомоги було доступне в 68% країн, а досягнути вдалось, згідно звіту всього 40%.
- Міжнародний комітет по контролю за наркотиками прийшов до висновку, що в 2018 році на долю 79% світового населення, головним чином людей, які проживають в країнах з середнім та низьким рівнем доходу приходилось всього 13% від загального об'єму морфіну, який використовують для знеболення та полегшення страждань, або 1% від морфіну який виробляється

<https://www.who.int/health-topics/palliative-care>



Різні варіанти больових синдромів

Нейропатичний біль

Біль, що виникає як прямий наслідок пошкодження і хвороби соматосенсорної системи

Змішаний біль

Біль з нейропатичним і ноцицептивним компонентом

Ноцицептивний біль

Біль, що пов'язаний з активацією больових рецепторів (ноцицепторів) після тканинного пошкодження і відповідає ступеню тканинного пошкодження і тривалості дії факторів, а потім повністю регресує після загоєння

Приклади

Периферична

- Постгерпетична неврагія
- Тригемінальна невралгія
- Діабетична периферична нейропатія
- Постхірургічна нейропатія
- Посттравматична нейропатія

Центральна

- Постінсультний біль та ін.

Приклади

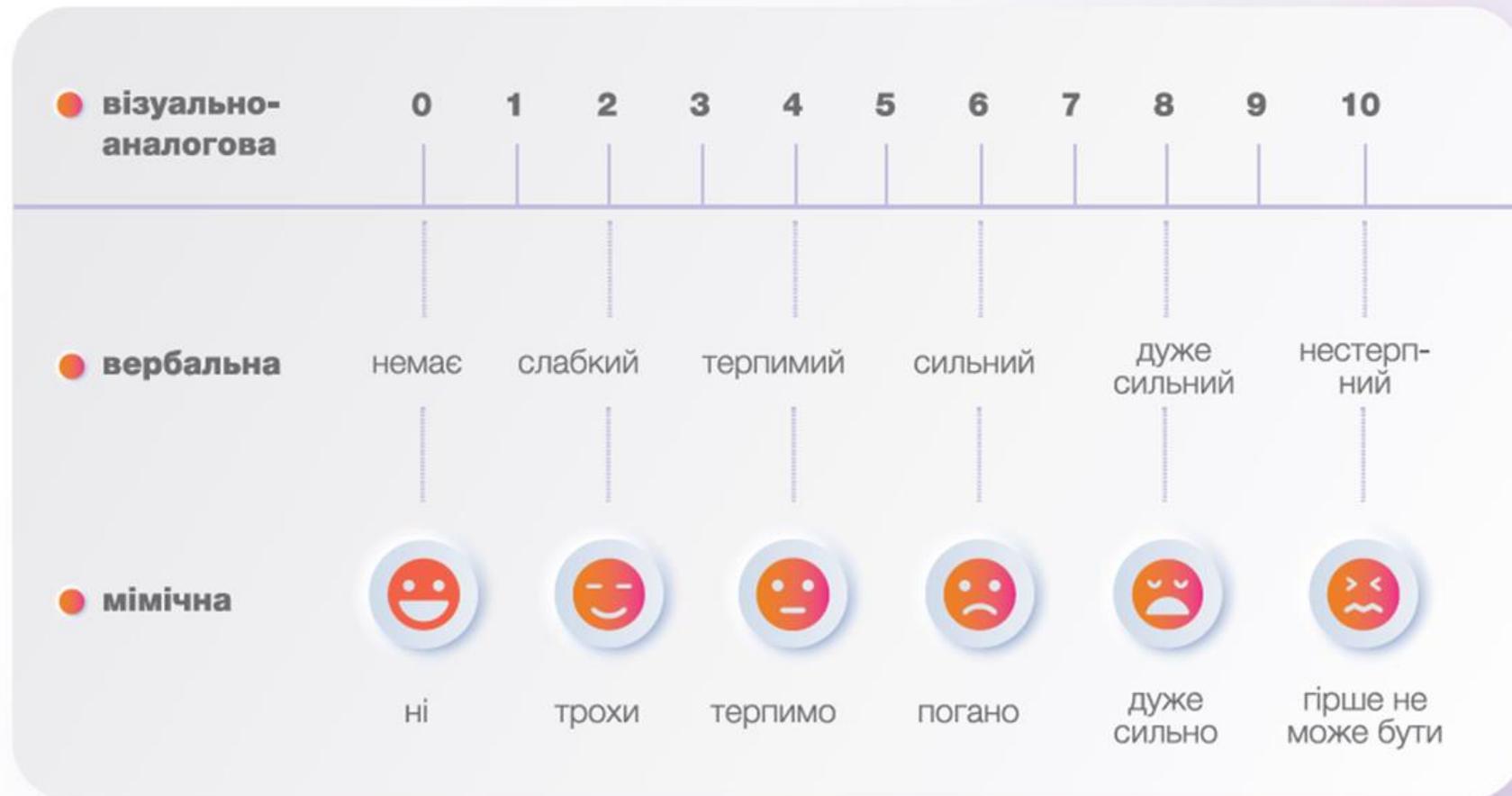
- Біль у нижній частині спини з радикулопатією
- Корінцевий синдром
- Онкологічний біль
- Синдром карпального тунелю

Приклади

- Біль внаслідок запалення
- Біль в результаті перелому
- Суглобний біль при ОА
- Післяопераційна вісцеральна біль

Шкали оцінки болі (ноцицептивний біль)

● Шкала оцінки інтенсивності болю



Рівні інтенсивності болю

1 😊	Біль ледве відчутний	Слабкий біль	Нічний сон не порушений із-за болю. Звичайні анальгетики діють не менш ніж 4 години
2 😊	Пацієнт відчуває легкий дискомфорт	Майже не заважає	
3 😊	Терпимий біль	займатись звичайними справами 😊	
4 😐	Біль турбує	Біль заважає звичайному життю і не дає забути про себе 😐	Нічний сон порушений із-за болю. Звичайні анальгетики діють менше ніж 3 години
5 😐	Дуже турбує		
6 😐	Сильний біль		
7 😐	Дуже сильний	Біль заповнює собою весь простір і робить людину залежною від інших 😐	Нічний сон порушений із-за болю (часто триває не більше 30 хвилин). Слабкі опіоїдні анальгетики (трамадол) діють менше 3-4 годин
8 😐	Жахливий		
9 😐	Болісний біль		
10 😐	Нестерпний		

Оцінка нейропатичної болі –опитувальник DN4 (Douleur Neuropathique 4 questions)

4 та більше «ТАК» із 10 відповідей = нейропатичний біль

Чи відповідає біль, який відчуває пацієнт одному або декільком з наступних визначень:			
1	Відчуття печіння	Так	Ні
2	Больове відчуття холоду	Так	Ні
3	Відчуття як від удару електричним струмом	Так	Ні
Чи супроводжується біль одним або декількома симптомами в ділянці його локалізації?			
4	Пощипування, відчуття повзання мурашок	Так	Ні
5	Поколювання	Так	Ні
6	Оніміння	Так	Ні
7	Зуд	Так	Ні
Чи локалізований біль в тій же ділянці, в який огляд виявляє один або обидва симптоми:			
8	Підвищена чутливість до дотику	Так	Ні
9	Понижена чутливість до дотику	Так	Ні
Чи можливо викликати або посилити біль в ділянці його локалізації:			
10	Проводячи в цій ділянці пензликом	Так	
	Ні		

Оцінити біль у пацієнта, коли він не може про неї розповісти? Шкала PAINAD (пацієнти з деменцією)

Ознаки	0	1	2	Бали (0-2)
Дихання 	Нормальне дихання	Епізодичне ускладнення дихання. Короткі періоди гіпервентиляції	Голосне ускладнення дихання	
Вокалізація 	Відсутня	Періодичний стогін або тяжке зітхання. Висловлювання заперечення або незгоди	Постійне неспокійне скрикування. Тяжке зітхання. Плач.	
Вираз обличчя 	Усміхнений або байдужий	Сумний. Переляканий. Похмурий.	Гримаси на обличчі.	
Поза і жести 	Розслаблений стан	Напруженість. Знервовані рухи. Вовтуження.	Жорстка постава. Стиснуті кулаки. Раптові різкі рухи. Відштовхування інших.	
Можливість заспокоїти 	Відсутність потреби	Відволікання. Запевнення чи заспокоєння голосом або дотиком.	Неможливо відволікти або заспокоїти.	

Проривний біль

- В 1989р. Едмонтонська система стадіювання дала визначення «побічний біль» у пацієнтів : біль при провокуючих обставинах, який виникає раптово, в результаті рухів, ковтання, сечовипускання та дефекації.
- Надалі Едмонтонська система класифікації замінила термін проривного болю на «інциденти болю»
- В 1990 році Portenoy і Hagen запропонували робоче визначення «проривного болю» : «транзиторне посилення болю, яке виникло на фоні початкового больового синдрому помірної або низької інтенсивності.
- В 2016р. – Mercadante S., Portenoy R.K. – «проривний біль» – це епізод сильного болю, який виникає у пацієнтів, що отримують стабільну терапію опіоїдними анальгетиками, в режимі, який дозволяє постійно контролювати біль на рівні слабкої.

Оцінка проривного болю

Опитувальник Breakthrough Pain Questionnaire (BPQ) 2007р.

Опитувальник Alberta Breakthrough Pain Assessment Tool (ABPAT) 2014р.

1. Початок болю?
2. Частота нападів болю?
3. Місце розташування болю?
4. Іррадіація болю?
5. Якість (характер) болю?
6. Інтенсивність (тяжкість) болю?
7. Тривалість болю?
8. Фактори, що посилюють біль?
9. Фактори, що зменшують біль?
10. Реакція на анальгетики?
11. Реакція на інші втручання?
12. Симптоми, що супроводжують біль?
13. Вплив болю на повсякденне життя?



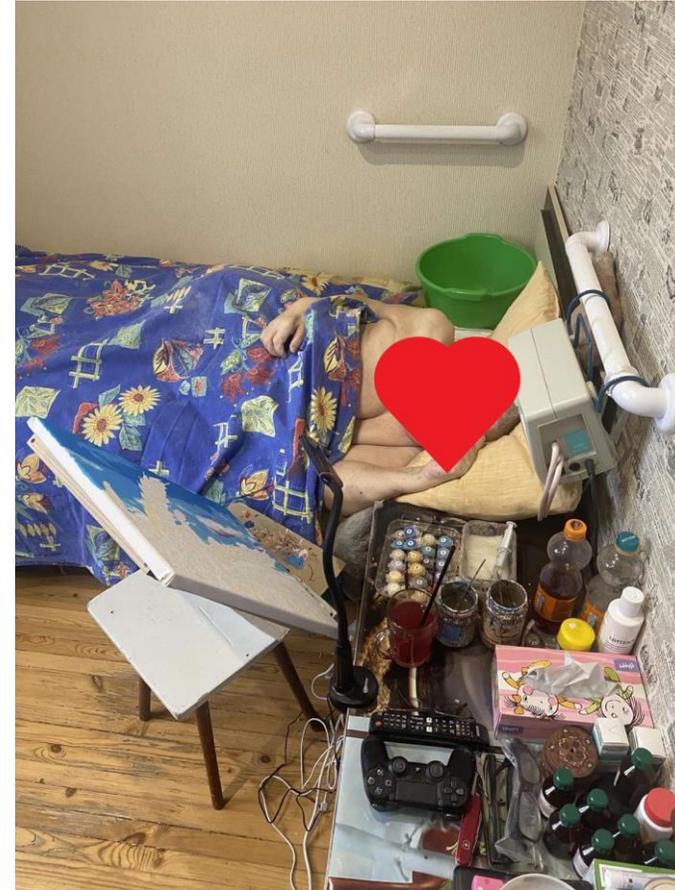
Проривний біль – епізод сильного болю, який виникає у пацієнтів, які отримують стабільну опіоїдну терапію в режимі, що дозволяє контролювати постійний біль на рівні слабкого.

- **Спонтанний біль (ідіопатичний)** – виникає раптово, без причини, яку можна передбачити
 - має повільний початок
 - триває більший проміжок часу

- **Спровокований біль** – викликаний провокуючим фактором:
 - - довільним (наприклад прогулянка або рух)
 - - мимовільною дією – кашель, медичні процедури (в цілому можна передбачити)
 - має швидкий початок
 - триває менший проміжок часу

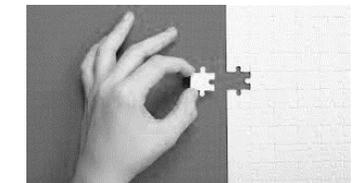
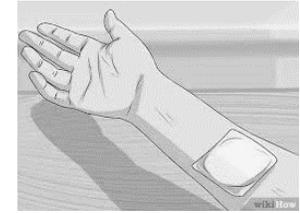
Тільки пацієнт може визначити силу болю, який відчуває!

- Розпитуйте пацієнта про його біль
- Оцінка інтенсивності болю має проводитись при кожному огляді пацієнта
- Оцінка інтенсивності болю має проводитись окремо при руховій активності та окремо в стані спокою

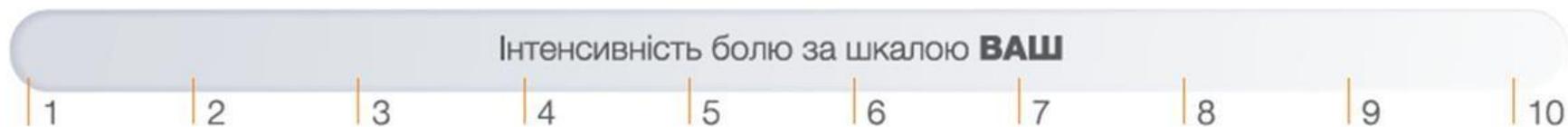
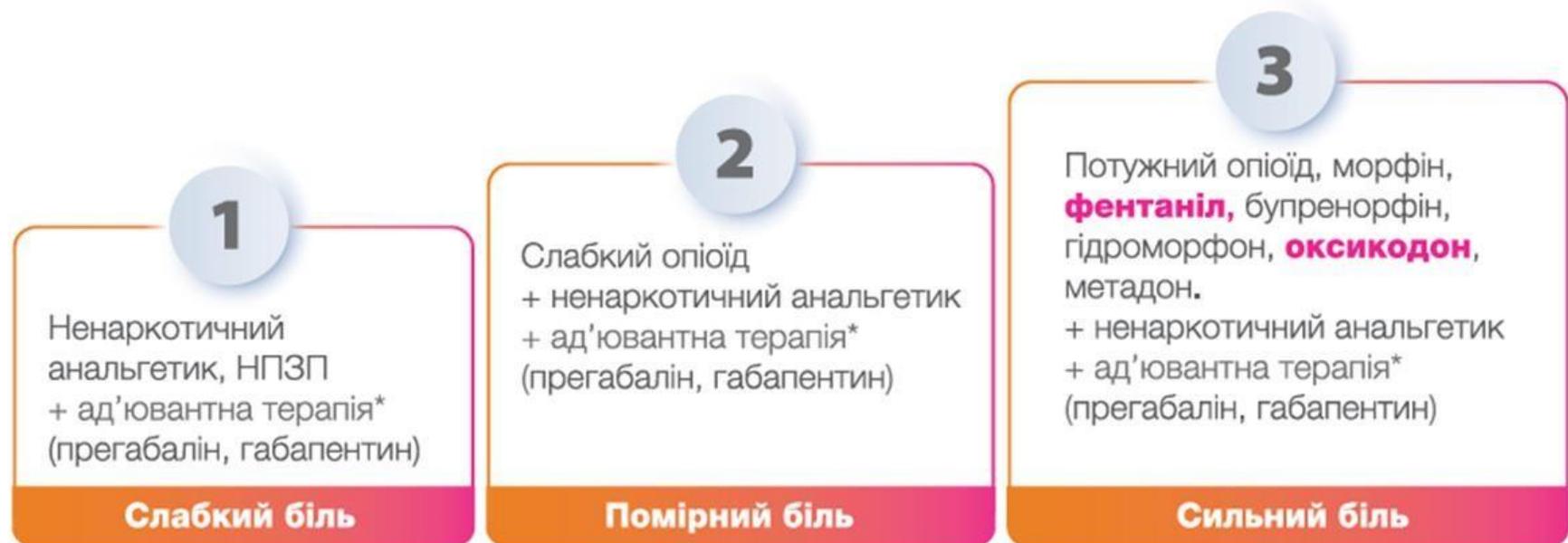


ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ ПО ВООЗ

- Пероральний прийом препаратів (таблетовані форми та ТТС). Якщо це тільки можливо, знеболювальні слід надавати якнайдовше перорально.
- «Знеболювальні слід надавати «за годинником», через фіксовані проміжки часу, які залежать від фармакокінетики, часу піврозпаду та елімінації (виведення) препарату. Наступну дозу слід давати з упередженням болю, тобто до моменту, коли ефект попередньої дози повністю мине. («йдемо на випередження»)
- По висхідній - від неопіоїдних анальгетиків при слабкому болі переходимо до слабких та сильних опіоїдів
- Індивідуальний підхід – з урахуванням індивідуальної реакції пацієнта на препарат та дозування. Дозу препарату потрібно встановлювати індивідуально. «Правильна» доза – це доза препарату, що знеболює.
- « З увагою до дрібниць!!!» - спостереження за побічною дією препаратів і призначення відповідної терапії
- Обирати основний анальгетик і ко-анальгетики слід залежно від інтенсивності болю та його патогенетичного механізму. Лікування больового синдрому слід здійснювати залежно від потреб, знеболювальні слід застосовувати регулярно



Треступенева схема фармакологічного знеболення (ВООЗ, 2016) при хронічному больовому синдромі



* АД'ЮВАНТНА ТЕРАПІЯ

Антиконвульсанти:
у т.ч. **ПРЕГАБАЛІН**

Антидепресанти:
СІЗЗС, СІЗЗСН, ТЦА

Антипсихотики

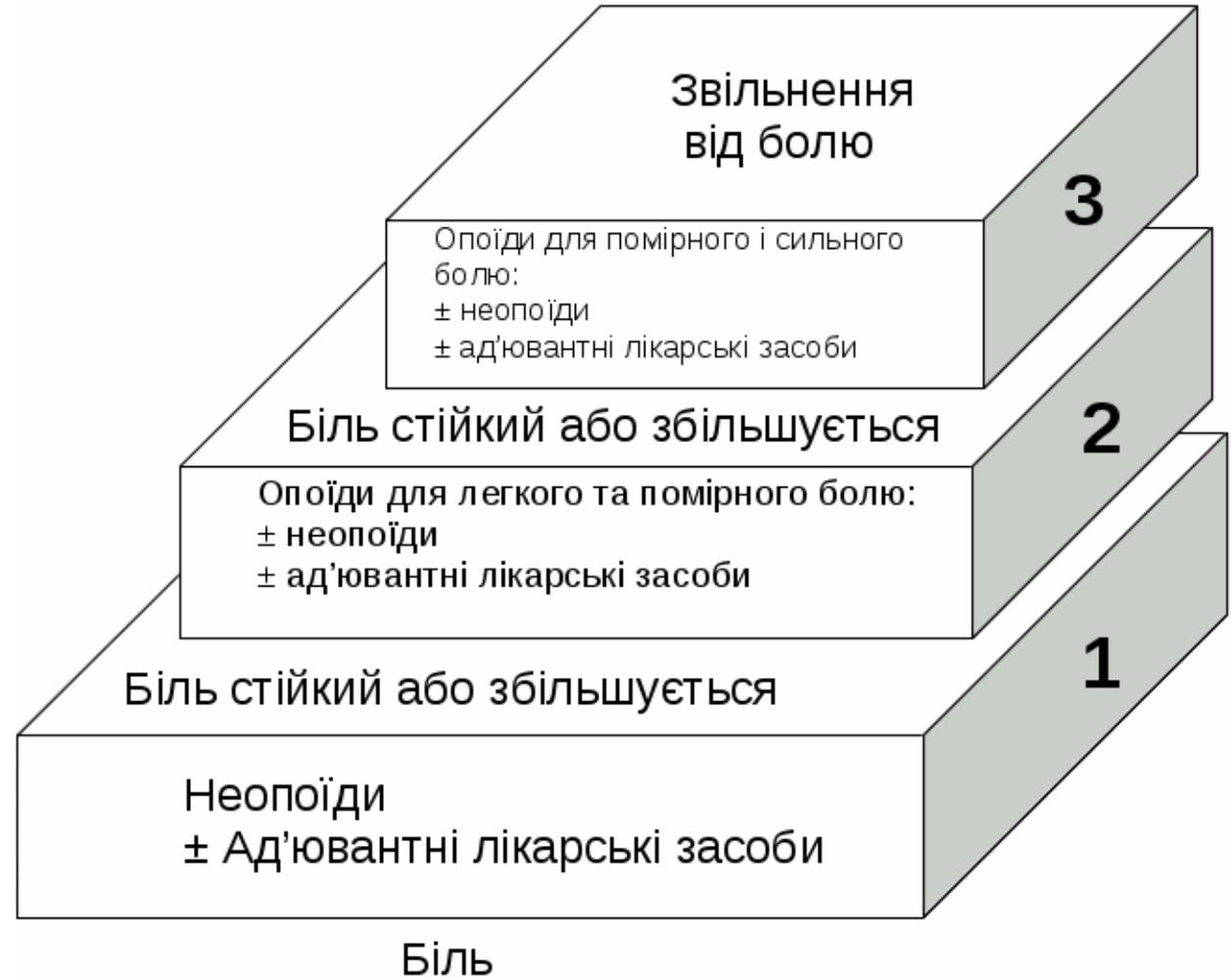
Анксиолітики

Снодійні та седативні
препарати

* Адаптовано за: Cancer Pain Relief: With a Guide to Opioid Availability: [electronic resource]. – Second ed. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 1996

Недоліки триступеневої моделі ВООЗ

- Була розроблена в 1986р. для лікування болю при онкологічних захворюваннях
- Не враховує досягнень сучасної онкології та патофізіології пухлин
- Не враховує досягнень сучасної фармакології
- **Недостатньо враховує патофізіологічні механізми виникнення БОЛЮ**
- Не враховує СТАДІЙНІСТЬ пухлинного процесу



НПЗП – перша та друга сходинка. Важливо враховувати недоліки при тривалому застосуванні

Переваги



Високий протизапальний ефект, показані при болі, що має в своєму патогенезі протизапальний компонент, наприклад при болі в кістках

Швидкий анальгетичний ефект

Посилюють дію опіоїдних анальгетиків

Недоліки



Висока токсичність: гастропатія, кардіотоксичність, нефропатія, високий ризик кровотечі внаслідок зниження швидкості агрегації тромбоцитів

Короткий термін використання: максимальна тривалість лікування найвищою дозою 7-10 днів

- Виразки шлунка та/або дванадцятипалої кишки виявлялися в **10-15% пацієнтів, які регулярно використовували НПЗП**
- **Шлунково-кишкові кровотечі або перфорації** впродовж року розвивалися в **1-1,5%** випадків

09:45 Малбузрик + кебаков
 14:30 Фиклоберн + кебаков
 16:00 - 3 табл кебанова
 21:00 - Трамадол
 01:00 - Трамадол + нирна
 02:40 - Трамадол + Гедоделан
 05:30 - диклоберн + кетан
 09:30 - Малбузрик + кебаков.
 15:00 - Диклоберн + кетанов
 19:00 - Трамадол
 22:00 Трамадол + кетанов
 23:15 - Малбузрик
 23:30 - Кебанов
 26:00 - Уепидорен
 27:00 - Диклоберн + кетанов
 8:30 - Кебанов 3 табл.
 11:15 - Трамадол
 13:15 - Трамадол
 14:40 - Кебанов 2 Кебер-1 Мейер-1
 17:50 - Трамадол
 20:10 - Малбузрик.
 20:50 - Кебанов.
 23:15 - Трамадол

01:00 Кебаков + нирна
 03:00 Трамадол + нирна
 04:20 Трамадол
 06:30 Малбузрик
 07:20 Кебанов 3 табл
 10:30 Диклоберн слеза
 13:30 Трамадол 14:30 Кебанов 2 табл
 15:50 Кебанов 3 табл
 22:00 Трамадол
 22:40 Трамадол
 20:30 Диклоберн + кетанол
 01:40 Трамадол.
 04:10 Трамадол
 07:10 Трамадол
 09:15 Малбузрик 2 ампул X
 11:30 Трамадол
 14:30 Трамадол
 16:00 Кебанов 2 табл Кебер 1 нирна 1
 16:40 Трамадол

Сильний біль

МОРФІН (морфін сульфат, морфін гідрохлорид- таблетована форма 5мг; 10мг)

Переваги



- Швидка дія – початок дії через 30-40 хвилин, максимум – через 1-2 години
- Ефективно контролює біль на 4-6 годин
- Дозволяє контролювати проривні болі на фоні прийому інших опіоїдних анальгетиків
- **«Правильна доза» – це та доза морфіну, яка ефективно полегшує біль. Будь-якої стандартної дози морфіну не існує. (ВООЗ, 1996р.)**

Недоліки



- **!!!!Активний метаболіт – обмежене використання при важкій печінковій і нирковій недостатності**
- Характерна для всіх опіоїдів побічна дія (тошнота, закреп, сонливість)
- Гістаміноподібні реакції (кропивниця, свербіж)

Лікування морфіном per os хворих, які не отримували раніше опіоїди (opioid naïve)

похилий вік, кахексія, легка ступінь ниркової недостатності -
5mg per os через 4 години

інші пацієнти - 10mg через 4 години

для раптових (проривних) призначається ще додаткова доза
= 1/6 добової або п/шкірне введення морфіну гідрохлорид.

Бупренорфін 0,0004мг сублінгвально

Оксікодон 5мг кожні 6 годин

Еквівалент морфіну

3 таблетки
морфіну
сульфат 10 мг.



1 ампула морфіну
гідрохлорид 10
мг./мл.-1,0 мл.



Сильний біль

ТТС ФЕНТАНІЛ

Переваги



- Найбільш сильний анальгетик (в 100 разів сильніший за морфін)
- Стабільний контроль болі (72 години) при адекватно підібраній дозі і правильному застосуванні
- Менший ризик звикання і розвитку інших побічних дій (спазм сфінктерів, закрепи, тошнота)
- Широкий вибір дозування - 25мкг/год; 50мкг/год; 75 мкг/год; **100мкг/год**
- Препарат вибору для пацієнтів з порушенням когніції за умови відсутності уражень шкіри
- **Титрація дози протягом доби до максимально можливої 300мкг/год**

Недоліки



- Тривалий період накопичення препарату (починає діяти не раніше чим за 12 годин)
- Не варто застосовувати при вираженій жовтяниці, гіпертермії, гіпергідрозі, шкірних захворюваннях
- Можливий контактний дерматит

Трансдермальна терапевтична система ФЕНТАНІЛ

Резервуар
Фентанілу

Підтримка

Мікропориста
мембрана

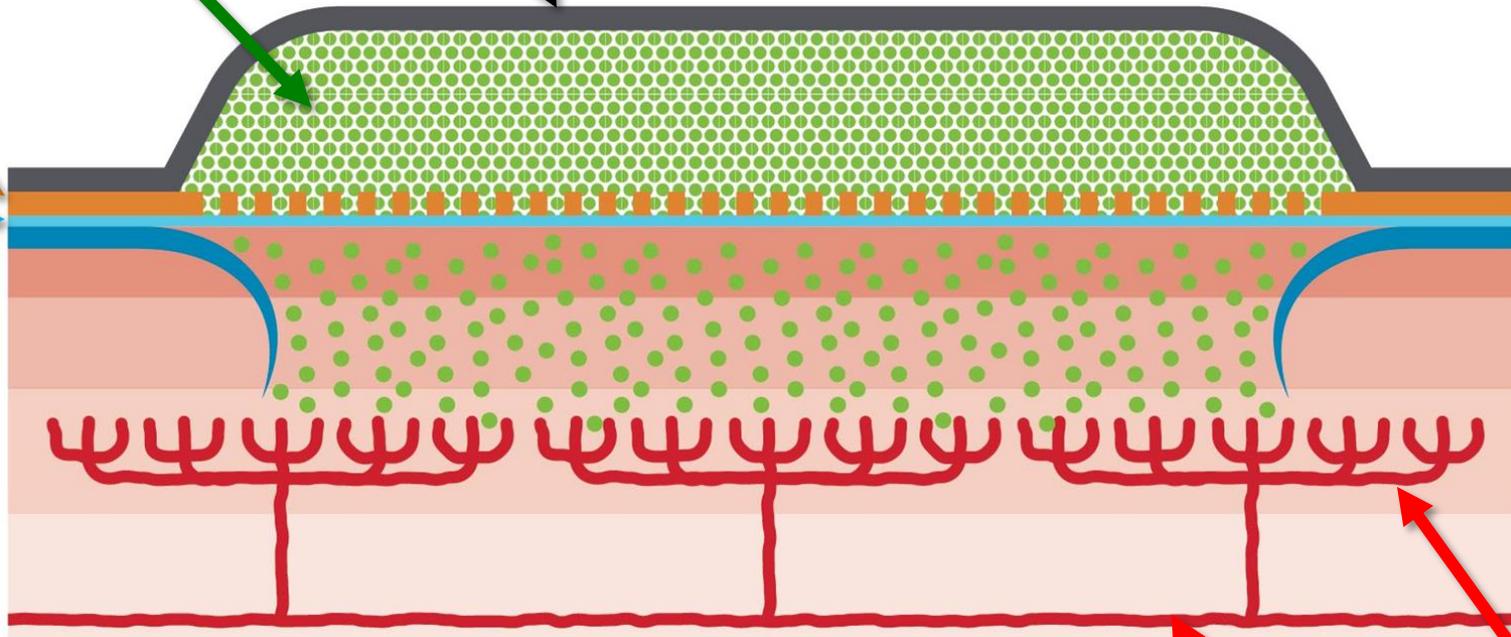
Адгезивний
контакт

Роговий
шар

Епідерміс

Дерма

Підшкірна
жирова
клітковина

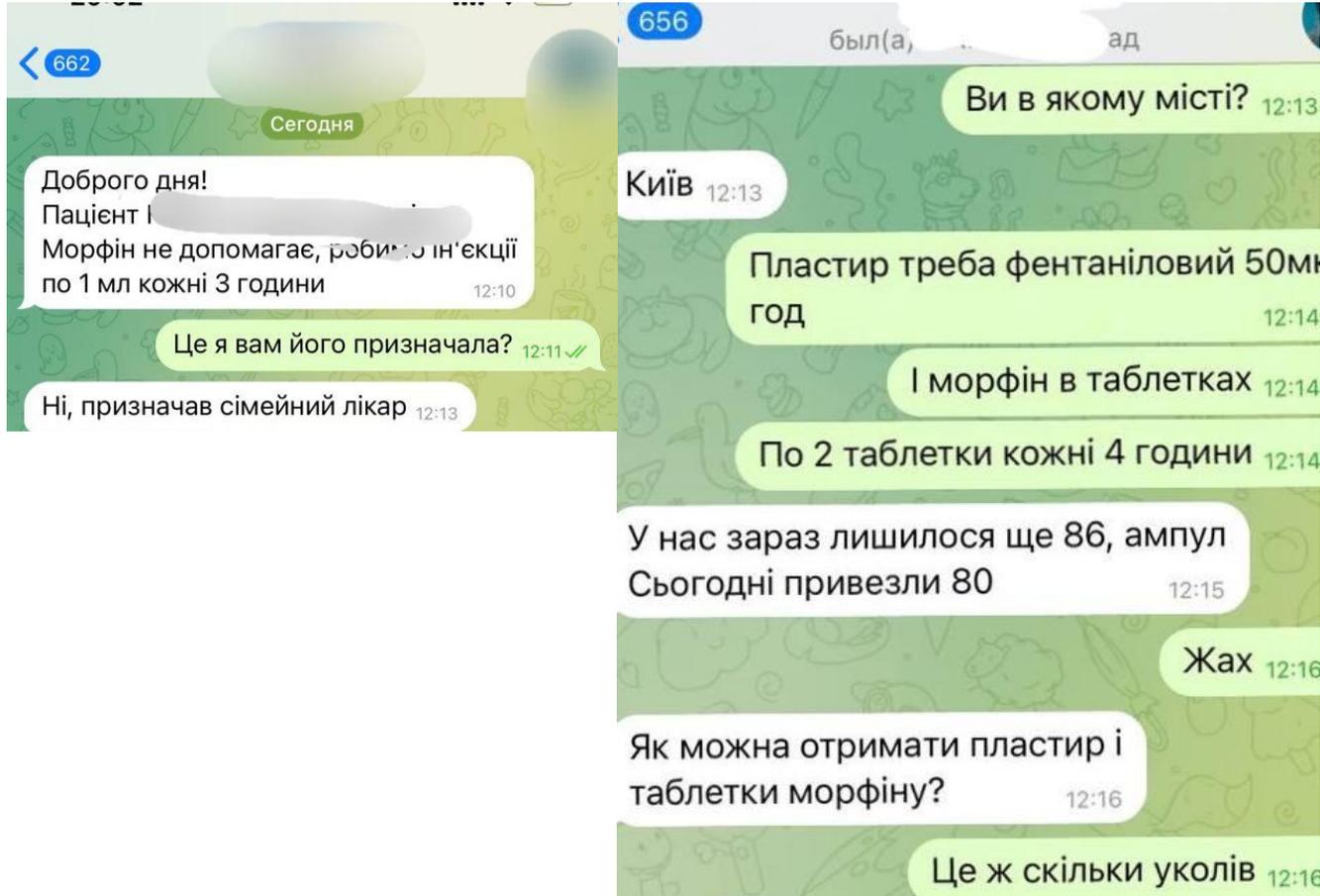


- Накопичення речовини в підшкірній жировій клітковині
- Максимальний ефект = 12 – 24 год.
- Тривалість ефекту 48 – 72 год.

Системний
кровообіг

Мікроциркуляція
в шкірі

Адекватне знеболення в цифрах



Морфін 1.0 1% №10 ціна 862,4 грн

Це розрахунок лікаря на морфін (за реімбурсацією) на 10 днів:

Морфін 1.0 1% №80 ціна 68 892 грн

ТТС Фентаніла 10 днів в еквівалентній дозі :

75 мкг/год. №5 на 15 днів

Ціна 3555,00

Плюс Морфін 10 мг №10 таблеток на проривний біль - 40 грн

Ціна знеболення на 10 днів – 3595,00грн



European Association for Palliative Care

One voice, one vision for palliative care

The Lancet Oncology, Vol.13, Iss 2,P.58-68, February,2012

Прорив болю (III сходинка) на фоні терапії сильними опіоїдами - ТТС Фентаніл 25, 50,100 мкг/год слід контролювати опіоїдними анальгетиками швидкого вивільнення:

- морфін
- оксікодон
- фентаніл сублінгвальний або назальна форма

Опіоїди (МОРФІН, ТТС Фентаніл)

- Зменшують респіраторну відповідь на гіперкапнію і сприйняття задишки;
- Ефективні при рефрактерній задишці, в спокої і в термінальній стадії; покращення помітно при використанні низьких доз, які не викличуть пригнічення дихання, тому титрація опіоїдів обов'язкова.
- Призначення опіоїдів в малих дозах і уважне титрування дози – безпечно і не призводить до пригнічення у онкологічних пацієнтів, при обструкції дихальних шляхів і у пацієнтів з серцевою недостатністю.
- Опіоїди також потрібні пацієнтам з важкою формою ХОЗЛ, які страждають від задишки, яка не знімається звичайними методами лікування.
- Дослідження підтверджують ефективність використання опіоїдів перорально і парентерально, але не через небулайзер.
- Hospice and Palliative Care Training for Physicians. Unipac Self-Study Program, 2008. 5. Lanarkshire Palliative Care Guidelines, 2012. 6. ProCare HospiceCare. Hospice Medication Utilization Guidelines. Eds. S. Shah, M. Madison.



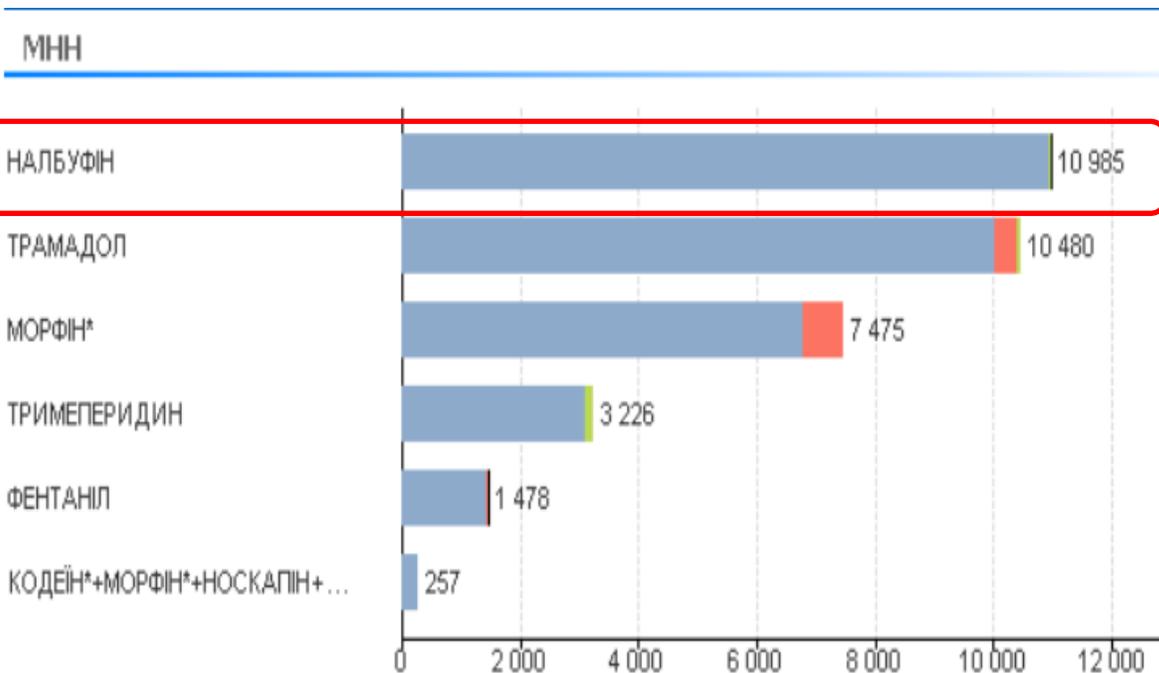
Пітер – пацієнт з БАС



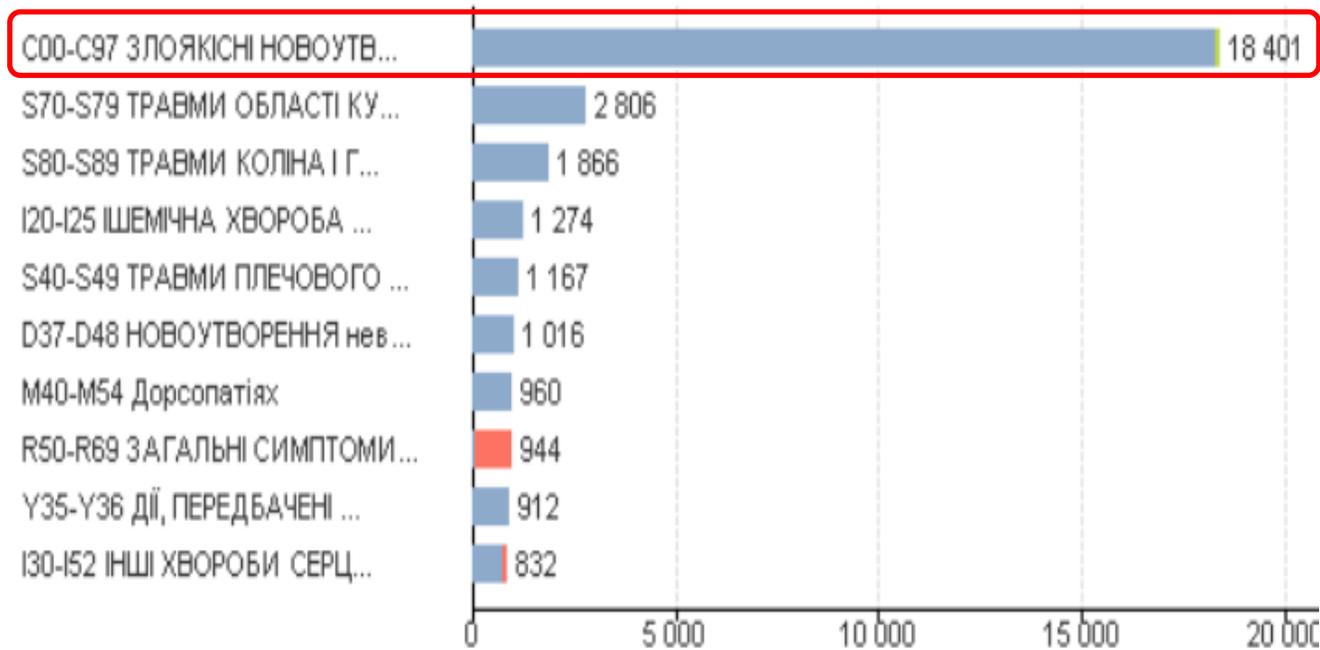
Patient: Müller, Klaus Geb. Datum: 01.10.1959 Erstellt am: 11.10.2019, 14:31		Palliativmedizinischer Behandlungsplan - Medikation			Palliative Care Team Mollath Krankenhaus Solger Gerhard Born/Rein-Sieg Born		Tel.: 0228 6481 597 Tel. Notfall:				
Regelmedikation											
Datum	Medikament	Wirkstoff	Bemerkungen	Indikation	Früh	Morgens	Mittags	Nachmittags	Abends	Nachts	Verordner
20.08.2019	Fentanyl-1A Pharma 25µg/h Matropflaster		Wechsel alle 3 Tage	Schmerzen /Lufnot							SAPV
20.08.2019	Movicol Beutel			Abführmittel		10:00: 1 Bl.					SAPV
21.08.2019	Nexium mups 20 mg Tbl.			Magenschutz		10:00: 1			22:00: 1		SAPV
21.08.2019	Ambroxol Inhalat					10:00: 1			18:00: 1		SAPV
21.08.2019	NaCl-Inhalation				1		1	1	1		SAPV
21.08.2019	Sultriyon M Celestan V			Dekubitus am Hinterkopf	1		1		1	1	SAPV
10.10.2019	Morphin-hameln 20mg Inj.-Lsg. 10x1ml Amp. N2	Morphin		gegen Lufnot, gegen Schmerzen	06.00 Uhr: 15mg	10.00 Uhr: 15mg	14.00 Uhr: 15mg	18.00 Uhr: 15mg	22.00 Uhr: 15mg	02.00 Uhr: 15mg	SAPV
Notfallmedikation											
Datum	Medikament	Wirkstoff	Häufigkeit	Bemerkungen	Indikation	Verordner					
Bedarfsmedikation											
Datum	Medikament	Wirkstoff	Häufigkeit	Bemerkungen	Indikation	Verordner					
27.08.2019	Novaminsulfon-ratiopharm 500mg/ml		bei Bed. bis 5 x tgl.		Fieber/Schmerzen Bei Bedarf bis zu 5 mal tgl. 40 Tropfen	SAPV					
04.09.2019	Dulcolax Suppositorium		falls 3 Tage keine Ver- dauung		Ab dem 3. Tag ohne Stuhl- gang	SAPV					
04.09.2019	Mutlind		-Bei Bedarf		Bei Bedarf mehrfach tgl. auf betroffene Hautareale auf- tragen	SAPV					
06.09.2019	Mikazolam 15mg/3ml Injektion		b.Bed. 1,5mg s.c. alle 2 Stunden	falls nach 30min keine Bes- serung erneute Gabe 1,5mg s.c. dreimal hintereinander möglich, Info an SAPV Verdünnen aufziehen 15mg/5ml, sodass 1,5mg =0,5ml entspricht	bei Unruhe, Angst und Pa- nik VOR GABE, FALLS SYM- PTOME NACH TAVORGA- BE NICHT RÜCKLÄUFIG SIND; BITTE ERST KON- TAKT MIT SAPV AUFNEH- MEN!	SAPV					
Dieses Dokument wurde erstellt mit PallDOC ®							© StatConsult GmbH, 2019				

Як ви гадаєте, Налбуфін є препаратом якої сходинки знеболення?

АНАЛІЗ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРІВ ПРЕПАРАТІВ ГРУПИ N02A (2022)



Блок МКХ 10



Налбуфін виключений з протоколів лікування ХБС

19	Білірубін загальний, прямий, непрямий від 12.04.2023 (Аспартатамінотрансфераза (AST) - 13;) Білірубін прямий - 2,24;)
20	Глюкоза від 12.04.2023 (Глюкоза - 6,27;) Загальний білок від 12.04.2023 (Загальний білок - 76,5;) Креатинін від 12.04.2023 (Креатинін - 148,5;) Сечовина від 12.04.2023 (Сечовина - 6,88;)
21	Пакет №13 «Електроліт»: Калій (К), Кальцій (Са), Натрій (Na), Хлор (Cl), Кальцій іонізований (iCa) від 12.04.2023 (Калій - 4,16; Натрій - 130; Хлор - 95,3; Кальцій іонізований - 1,06; Кальцій - 2,38;)

9. Лікувальні і трудові рекомендації

- Канефрон по 2 капсули таб 3 рази на день, 14 днів.
- Ксарелто 20 мг 1 раз на день вранці, тривало, під контролем кровоточивості.
- Детралекс 1000 мг 1 раз на день, 1 місяць.
- Трифас 10 мг, зранку, через день, 14 днів.
- Контроль Креатиніна, Сечовини, Електролітів (Калій) та Загального аналізу крові на 7 та 14 день після виписки.
- Гіпотардиферон по 1 таб 1 раз на день 1 місяць.
- Після нормалізації показників Креатиніну виконати КТ з контрастом.
- 8. Налбуфін 1мл по потребі / до 8 раз*

13.04.2023 р.

Завідувач відділення

Бєлікова А.М.
Міщенко П.В.

ЛІКАР
МІХАЙЛІВНА
МОЗ УКРАЇНИ

з обмеженою відповідальністю
ОПТ, ОМ
Лікувальний лікар

Сторінка 2 із 2
ЕМС/МІ/У/13.04.2023/10.12.23

Успіх лікування больового синдрому – використання адьювантних засобів на всіх етапах лікування болі

- Як додаток до основних анальгетиків – використовуємо адьюванти
- Адьюванти самі по собі можуть виконувати роль первинного анальгетика
- Роль адьювантів особливо важлива при:
 - нейропатичній болі;
 - болі, що викликана ураженням кісток

Лікування болі адьювантними засобами

Фармакологічна група	Назва препарата	Форма відпуску
Антидепресанти	Амітріптіліна гідрохлорид, Дулоксетин (Дулоксин)	Таблетки 25мг, ампули 50мг-2,0 мл Таблетки 30, 60мг
Антіконвульсанти	Карбамазепін Габапентін (Габантин) Прегабалін (Неогабін)	Табл. 200, 400 мг Капс. 100,300, 400мг Капс. 75, 150, 300 мг
Глюкокортикоїди	Дексаметазон Преднізолон Медрол	Амп. 4мг - 1мл Табл. 0,5мг, 4мг; 5мг 5мг 4; 4;16;32 мг
Міорелаксанти	Толперізон	Табл. 50мг, 150мг Амп. 100мг-1мл

Діагноз МКХ-10 | Diagnosis ICD

K57 - Дівертикулярна хвороба кишечника*

Діагноз клінічний | Diagnosis clinical

Девиртикулярна хвороба товстої кишки без дівертикуліту. НПЗЗ-ентеропатія та гастропатія.

Найбільш виразно біль в лівому паху ортопедичного генезу. Стан після ендопротезування обох кульшових суглобів, лівого колінного. Остеопоротичний перелом L1.

Потреба в комплексному знеболюванні.

Листок непрацездатності | Hospital leaf

Листок непрацездатності - не потребує

Повторний візит | Return visit

Повторний візит: Через 4 тижня (21.04.2023)

Виконані послуги | Provided service

Консультація

Послуга	Коментар	Дата
Консультація гастроентеролога експерта напрямку для дорослих в клініці		24.03.2023 13:13

Додаткові рекомендації | Additional recommendations

- 1. валік г
- 2. контро
- при зме
- при збі
- при нез
- при фіз
- 3. при з
- знеболю
- 4. курси
- 5. Д-огл

- 1. Продовжувати базове лікування.
- 2. Дієта як при закрепі.
- 3. Продовжувати базове лікування.
- 4. Нольпаза - 40 мг 1 таб 1 раз в день зранку натщазо продовжувати на весь період прийому знеболюючих.
- 5. Лірика 75 мг 1 капсула перед сном довготривало.
- 6. Консультація спеціаліста з хоспісної медицини та розглянути знеболення препаратами групи А.

рний синдром?
переломів шийки
іфома.

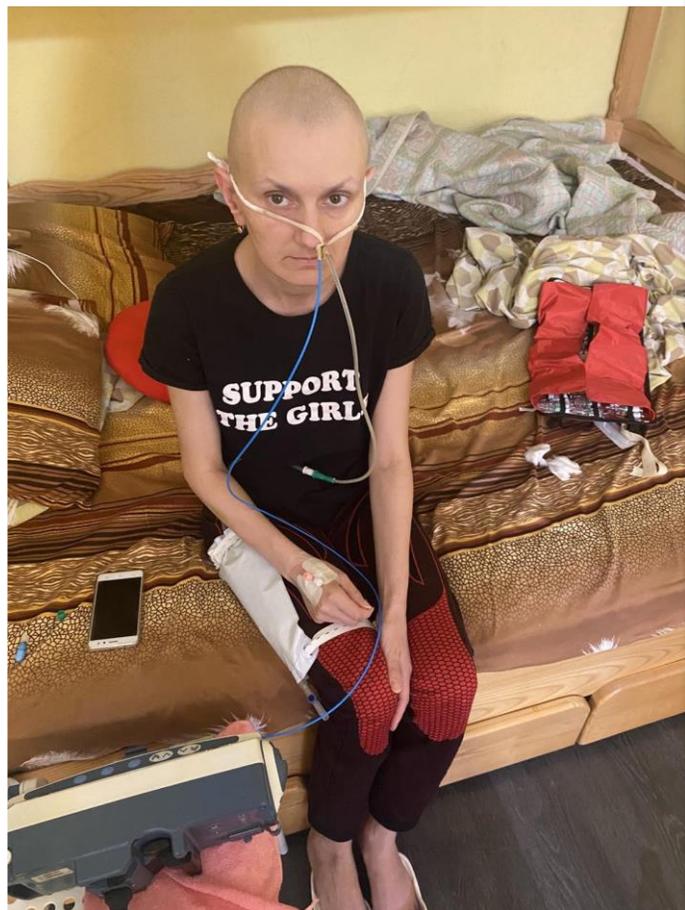
Дата

27.01.2023 9:19

ний - родовий)

соксія), 2-

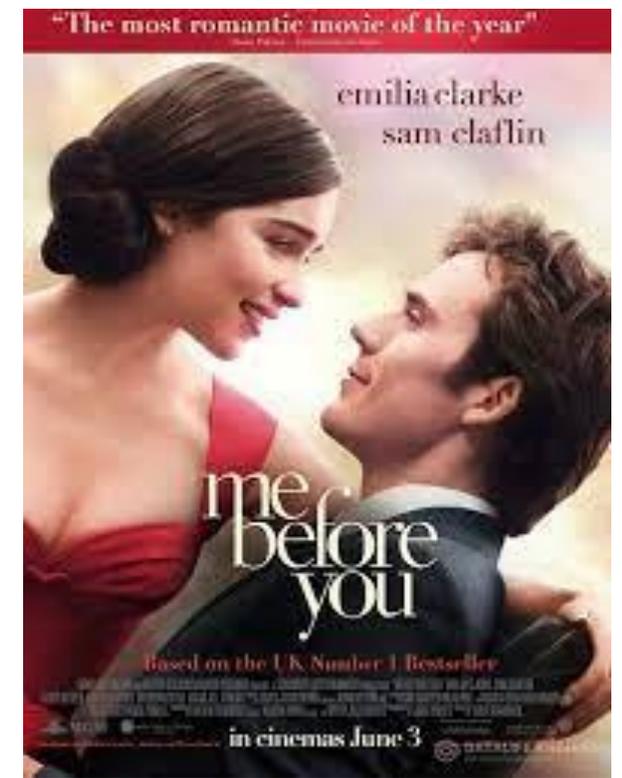
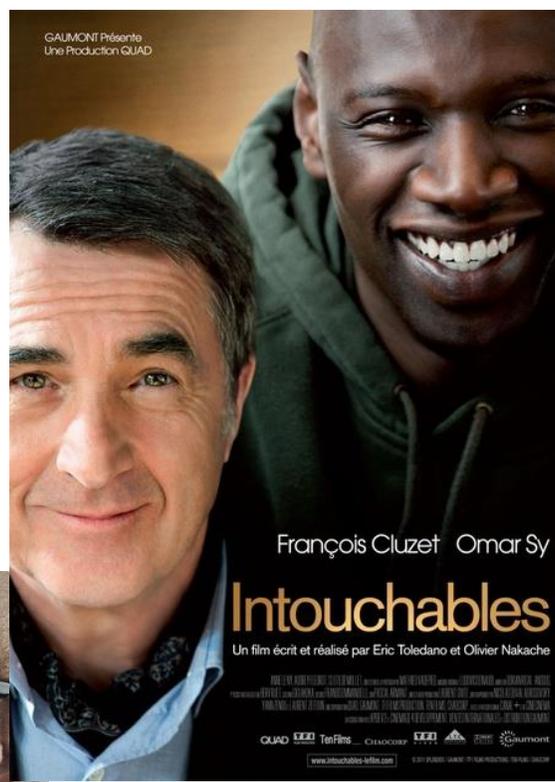
Концерт для Людмили





**«СПРАВА НЕ В ТОМУ,
ЩОБ У ЖИТТІ БУЛО
БІЛЬШЕ ДНІВ, А В
ТОМУ, ЩОБ В ДНЯХ
БУЛО БІЛЬШЕ ЖИТТЯ!»**





Дякую за Увагу!

