

О.С. Шевченко, В.М. Козько, Л.Д. Тодоріко, В.І. Петренко,
Н.Ф. Меркулова, О.О. Погорєлова

Паліативна допомога при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ*

Навчально-методичний посібник «Паліативна допомога при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ» містить сучасні базові відомості щодо надання паліативної допомоги при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ, виклада-дення яких побудовано за синдромальним принципом. Представлені питання психологічної підтримки хворих та їх близьких у рамках паліативної допомоги. Крім того, окрема увага приділена питанням догляду за хворими безпосередньо перед смертю. Посібник може бути рекомендований для навчання студентів, інтернів та лікарів різних спеціальностей.

1. ОСНОВИ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ТБ/ВІЛ

1.1. Нормативна база та задачі паліативної допомоги в Україні

Паліативна допомога — вид медичної допомоги, котрий спрямований на покращення якості життя пацієнтів і членів їх родин (сімей), які стикаються з проблемами невиліковної хвороби. У той час як специфічне (або етіотропне) лікування спрямоване на зміну перебігу хвороби, паліативна допомога повинна бути зосереджена на профілактиці і зменшенні страждань, які виникають на тлі прогресуючого захворювання. Раннє виявлення, визнання проблеми і ефективне лікування болю або інших фізичних, психосоціальних і духовних проблем — реквізити для забезпечення якісної паліативної допомоги.

Хоспіс — медична установа, в якій хворі у термінальній стадії пацієнти одержують гідний догляд. Основна мета перебування в хоспісі — скоротити останні дні життя, полегшити страждання.

Хворих, що можуть отримувати допомогу у хоспісах, можна розділити на три групи:

- Перша — пацієнти з симптомами нестерпного болю, яким у домашніх умовах біль зняти неможливо навіть великими дозами морфіну;

- пацієнтів з важкими побічними явищами, пов'язаними з прийомом опіатів, — нудотою, блюванням, запорами; хворі з сильною задишкою при плевритах, асцитах — двосторонніх ураженнях легень.
- Друга група хворих госпіталізується за соціальними показниками. Це приречені хворі з верифікованим діагнозом, які з певних причин не можуть перебувати вдома: самотні, із неблагополучних сімей, з сімей з дуже низькими доходами і т. ін.
- Третя група (не більше 5 % ліжок) — хворі, які госпіталізуються в хоспіс для того, щоб дати

Закон України від 07.07.2011 № 3611/VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги»

Стаття 35-4. Паліативна допомога

На останніх стадіях перебігу невиліковних захворювань пацієнтам надається паліативна допомога, яка включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей.

Паліативна допомога надається безоплатно за направленням закладу охорони здоров'я, в якому пацієнтові надавалася вторинна (спеціалізована) чи третинна (високоспеціалізована) медична допомога, з яким укладено договір про медичне обслуговування населення.

* О.С. Шевченко, В.М. Козько, Л.Д. Тодоріко та ін. Паліативна допомога при ко-інфекції туберкульоз/ВІЛ: навч. посібник / упоряд. О.С. Шевченко, В.М. Козько, Л.Д. Тодоріко та ін.— Харків: ХНМУ, 2017.— 100 с.

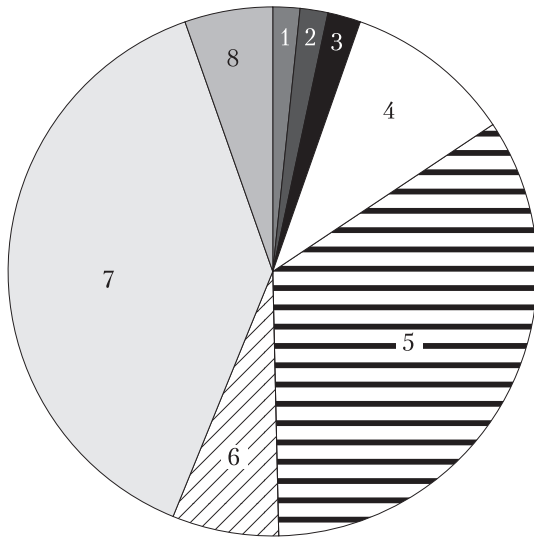


Рис. 1. Хворі, які можуть отримувати допомогу у хоспісах

1 — хвороба Альцгеймера та інші деменції (1,65); 2 — цироз печінки (1,7); 3 — захворювання нирок (2,02); 4 — ХОЗЛ (10,26); 5 — злоякісні новоутворення (34,01); 6 — ТБ (6,51); 7 — серцево-судинні захворювання (37,47); 8 — інші хвороби (5,38).

родичам або людям, що доглядають за ними, можливість перепочити або самим пройти лікування (міжнародний термін «допомога вихідного дня» (*respite care*). Термін госпіталізації таких пацієнтів звичайно обговорюється заздалегідь (рис. 1).

Потреба у паліативній допомозі серед дорослих у світі

Хоспісна допомога надається «наприкінці життя». Допомога в кінці життя в широкому сенсі має на увазі надання допомоги протягом від 1 до 2 років, коли пацієнт/члени його сім'ї та медичний персонал знають про те, що захворювання призведе до смертельного результату; у вузькому сенсі — надання всебічної допомоги помираючим пацієнтам в останні кілька годин або днів життя.

В Україні передбачено обмеження часових рамок 6 місяцями (рис. 2, 3).

У сучасній схемі паліативної допомоги вона розпочинається вже на ранніх стадіях хвороби. Паліативна допомога і лікування хвороби доповнюють одне одного.

Важливим також є завчасне узгодження допомоги — планування медичної допомоги на майбутнє. У пацієнтів з ко-інфекцією ТБ/ВІЛ висока вірогідність тяжкого захворювання, фізичної немочі, втрати здатності приймати рішення і смерті. Завчасне узгодження допомоги допомагає пацієнтам передбачити такі події і підготуватися до них, і найважливішу роль у цьому віді-

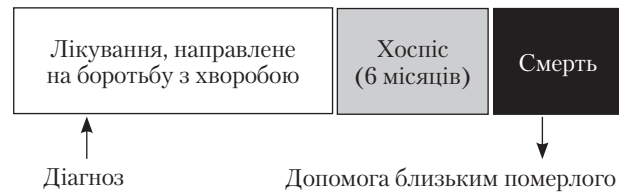


Рис. 2. Традиційний погляд на паліативну допомогу

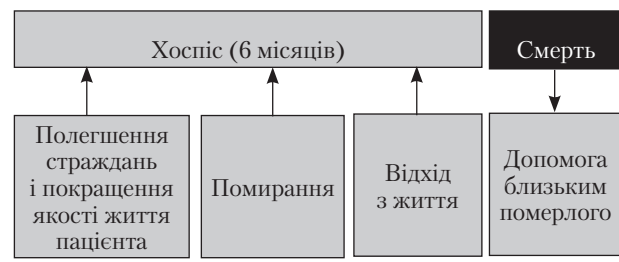


Рис. 3. Розширення задач паліативної допомоги

грає лікар. Такі події пов'язані з важкими переживаннями і сильними емоціями, і коли ситуація обміркована заздалегідь, справитися з нею легше. Хоча завчасне узгодження допомоги передбачає обговорення юридичних документів, важливо пам'ятати, що головна мета — це спілкування лікаря і пацієнта. Пацієнт може залишити розпорядження на випадок термінального стану, довіреність на прийняття рішень з питань лікування і відмову від реанімаційних заходів. Слід пам'ятати, що по мірі прогресування хвороби пацієнт може змінити свої погляди.

1.2. Команда паліативної допомоги

Для надання паліативної допомоги, незалежно від її форми, необхідна команда, до складу якої на засадах безперервної взаємодії входять представники різних спеціальностей, як медичних, так і немедичних (рис. 4, 5). Мультидисциплінарна команда складається з:

- лікаря-спеціаліста;
- медсестри;
- соціального робітника;
- психотерапевта;
- священнослужителя;
- за необхідності — вузьких спеціалістів;
- волонтерів.

1.3. Показання до паліативної допомоги у хворих на ТБ/ВІЛ

Хоча туберкульоз (ТБ) — виліковна хвороба, згідно з даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) він є головною причиною смерті ВІЛ-інфікованих осіб. ВІЛ-інфекція підвищує ризик захворювання на активний туберкульоз у інфікованих мікобактеріями ТБ (МБТ) осіб

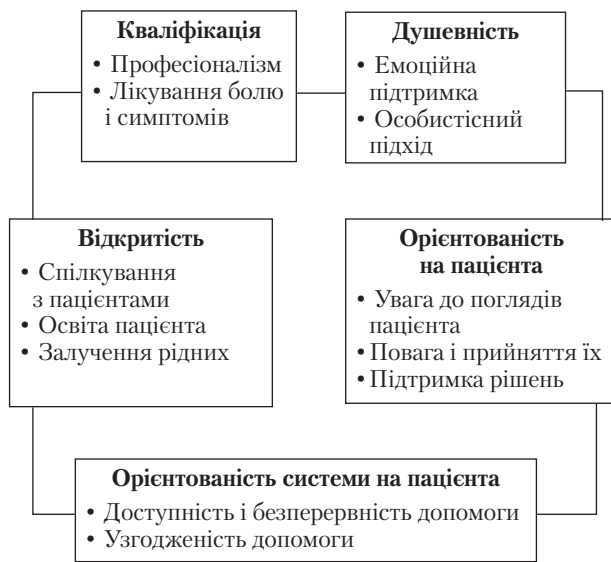


Рис. 4. Якості лікаря, необхідні для якісного надання паліативної допомоги



Рис. 5. Команда надання паліативної допомоги

з 10 % протягом усього життя (у здорових осіб) до 10 % на рік. За визначенням, мета паліативної допомоги полягає в покращенні якості життя людей з хворобами, небезпечними для життя, та членів їх родини. ВІЛ-інфіковані, хворі на ТБ, особливо на ТБ з лікарняною стійкістю, підпадають під цю категорію.

Якщо у хворого з мультирезистентним (резистентність до ізоніазиду та рифампіцину одночасно) або розширено резистентним ТБ (резистентність одночасно до ізоніазиду, рифампіцину, фторхінолону та ін'єкційного протитуберкульозного препарату) встановлено продовження бактеріовиділення методом мікроскопії через 8 міс та відмічено погану прихильність до лікування (неодноразове порушення лікарняного режиму у стаціонарі, перерви лікування до 1 міс), хворого за рішенням ЦЛКК ХРТБ консилиуму переводять на паліативне лікування.

Якщо прийнято рішення щодо невдачі лікування ТБ, тоді рекомендується відмінити хіміотерапію (ХТ), за умови якщо медичний персонал, який має тісний зв'язок із хворим, упевнений, що усі можливі заходи з корекції лікування або досягнення прихильності хворого були застосовані та не існує інших додаткових ресурсів (зокрема хірургічного втручання) для вилікування хворого.

Існує два важливих аргументи для відміни ХТ та переходу на паліативне лікування. Перший аргумент стосується якості життя хворого: всі препарати, які застосовують у режимі ХТ, мають значні побічні реакції, і продовження ХТ, яка не дає ефекту, викликає додаткові страждання. Другий аргумент стосується здоров'я суспіль-

ства: подовження режиму ХТ, який не дає позитивного ефекту, супроводжується поширенням медикаментозної резистентності штаму МБТ, який виділяє хворий, з формуванням суперрезистентного штаму та передачею його іншим.

Таким чином перехід на паліативне лікування показаний пацієнтам з мультирезистентним або розширено резистентним ТБ, у яких:

- зберігається/поновлюється бактеріовиділення;
- прогресує туберкульозний процес;
- неможливо скласти схему лікування (тотальна медикаментозна стійкість);
- неможливо виконати хірургічне втручання або пацієнт категорично письмово відмовляється від хірургічного втручання;
- є тяжкі побічні реакції на протитуберкульозні препарати.

Прийняття рішення щодо відміни ХТ здійснюється за рішенням ЦЛКК ХРТБ.

Якщо таке рішення прийняте, складається план, який має бути наданий пацієнту та членам його родини. Цей план включає кількість візитів на кілька місяців.

Принципи паліативної допомоги:

- полегшувати біль та інші страждання для поліпшення якості життя пацієнта;
- надавати психологічну та духовну допомогу;
- допомагати пацієнтові вести якомога активніший спосіб життя;
- допомагати близьким пацієнта справлятися з хворобою і втратою;
- забезпечувати найкраще поєднання медикаментозного лікування й інших заходів, керуючись клінічним досвідом і обміном інформацією між пацієнтом, членами сім'ї і медпрацівниками;

- цінувати життя і сприймати вмирання як природний процес;
- не прагнути віддалити або прискорити настання смерті.

Паліативне лікування складається з таких заходів:

- знеболювання та зменшення симптомів захворювання. Парацетамол або кодеїн з парацетамолом полегшує помірний біль, зменшує кашель;
- лікування дихальної недостатності: оксигенотерапія;
- харчування: часте, маленькими порціями;
- симптоматичне лікування нудоти;
- регулярні медичні візити;
- продовження прийому патогенетичних препаратів. У хворих з депресією застосовують відповідні ліки;
- госпіталізація, догляд в умовах хоспісу або вдома при належній організації інфекційного контролю;
- перебування пацієнтів в умовах хоспісу або стаціонару має переваги над домашнім доглядом через більш доступну медичну допомогу та кращий інфекційний контроль;
- догляд, профілактика пролежнів, м'язових контрактур, санітарно-гігієнічні заходи;
- інфекційний контроль. Пацієнти лишаються контагіозними протягом усього життя. Заходи інфекційного контролю мають суворо дотримуватись.

Паліативне лікування вдома можливе за таких умов:

- наявність у хворого окремої кімнати зі спальним місцем;
- наявність особи, яка буде доглядати хворого;
- обізнаність особи, яка доглядатиме хворого, у питаннях інфекційного контролю;
- проведення перевірки на наявність симптомів туберкульозу у всіх осіб, які контактують з пацієнтом, доглядають його.

Крім того, при наданні паліативної допомоги вдома необхідно дотримуватися таких умов:

- медичні працівники та інші особи, які доглядають хворого, повинні одягати респіратори, коли відвідують бацилярного хворого;
- необхідно, щоб пацієнт, який отримує паліативну допомогу, мав окрему кімнату з вікном;
- часте провітрювання приміщень;
- суворе виконання поточної дезінфекції;
- навчання пацієнта (гігієна кашлю і т. п.);
- симптоматичне лікування і цілісна підтримка;
- хворі не повинні відвідувати громадські місця, користуватися громадським транспортом.

Показання для госпіталізації хворих, яким проводиться паліативне лікування:

- масивне бактеріовиділення у хворого з мультирезистентним або розширено резистентним ТБ;
- легенева або серцева недостатність II–III ступеня;
- розвиток ускладнень (легенева кровотеча, спонтанний пневмоторакс);
- інтенсивний больовий синдром;
- наявність важкого ступеня амілоїдозу;
- наявність у вогнищі туберкульозної інфекції осіб з ВІЛ-інфекцією;
- прогресування супутніх захворювань;
- глибокі трофічні розлади (трофічні виразки, пролежні);
- тяжкі рухові порушення або інші клінічні стани, які призводять до стійкого зниження або втрати фізичних та/або психічних функцій, через що пацієнт потребує постійної медичної допомоги та сестринського догляду.

Особливості паліативної допомоги у хворих ВІЛ/ТБ:

- ТБ, особливо мультирезистентний — дуже заразна хвороба, що загрожує оточуючим хворого — рідним, друзям, а також медичним працівникам. Крім того, варто пам'ятати, що симптоми туберкульозу можуть наростати повільно, тому можливо, що до моменту звернення хворого по допомогу він встигне інфікувати людей зі свого близького оточення;
- не можна допускати до надання допомоги хворому людей з імунодефіцитними станами будь-якого генезу;
- надання паліативної допомоги хворому можливе лише за умови суворого дотримання вимог інфекційного контролю (пацієнти мають бути ізольовані в окремі кімнати з забезпеченням належної вентиляції, повинні надягати хірургічні маски при виході зі своєї палати/кімнати, медичний персонал, що доглядає за пацієнтами, повинен надягати респіратори, заходячи до пацієнта, та ін.);
- пацієнти з ВІЛ/ТБ, так само, як і члени їх родини, піддаються соціальній стигматизації, що потребує окремої уваги при наданні їм психологічної допомоги;
- часто пацієнти з туберкульозом ведуть асоціальний спосіб життя.

У цьому посібнику розглянуто питання паліативної допомоги хворим на ко-інфекцію ТБ/ВІЛ, ґрунтовані на синдромному аналізі необхідності тих чи інших методів паліативної допомоги.

Структура паліативної допомоги

- Анальгетична терапія.
- Корекція психоемоційних порушень.
- Корекція кахексії і порушень обміну речовин.

Празька хартія (2013): заклик до урядів полегшити страждання хворих і визнати паліативну допомогу правом людини

Празька хартія — це, по суті, заклик медичних працівників, науковців, політиків, бізнесменів, діячів культури і мистецтва, психологів, інших фахівців до урядів країн світу полегшити страждання хворих і визнати паліативну допомогу правом людини. Празька хартія декларує право людини на отримання паліативної допомоги. Зокрема, у ній зазначається: «Доступність паліативної допомоги є правовим зобов'язанням, що було визнано конвенціями Організації Об'єднаних Націй. Доступність паліативної допомоги як право на досягнення найкращого рівня фізичного і психічного здоров'я захищається міжнародними асоціаціями і вважається одним з основних прав людини. У випадках, коли пацієнти відчувають сильний біль, нездатність уряду забезпечити надання паліативної допомоги, може розглядатися як жорстоке, нелюдське і принижуюче гідність поводження. Паліативна допомога може ефективно полегшити або навіть запобігти цим стражданням, і витрати на надання цього виду допомоги — порівняно невеликі.

Але, уряди багатьох країн світу не зробили адекватних кроків для забезпечення реалізації права пацієнтів з невиліковними захворюваннями на отримання паліативної допомоги... У паліативній допомозі використовується міждисциплінарний підхід, сфера її діяльності поширюється на пацієнта, його сім'ю і суспільство. У певному сенсі паліативна допомога повинна пропонувати базову концепцію допомоги — задоволення індивідуальних потреб пацієнта, де б він чи вона не отримували догляд, — і вдома, і в лікарні.

Визначаючи, що:

серцево-судинні захворювання та онкологічні захворювання є основними причинами смерті населення в розвинених країнах і що більшість пацієнтів під час хвороби страждають від болю, слабкості, депресії та інших симптомів, таких як задишка, було доведено, що паліативна допомога може запропонувати ефективні заходи для полегшення стану цих пацієнтів, а також хворих у термінальній стадії інших захворювань, таких як хронічні обструктивні захворювання легень (ХОЗЛ) або ниркова недостатність; неврологічні захворювання, такі як розсіяний склероз або бічний аміотрофічний склероз (БАС) і пізні стадії деменції, паліативна допомога пропонує унікальну інноваційну модель політики у сфері охорони здоров'я та соціальної допомоги, в основі якої лежить виконання побажань пацієнта і холистичний підхід, що поєднує в собі знання (наприклад, про полегшення симптомів), навички (наприклад, навички спілкування/комунікації) і ставлення (наприклад, ставитися до кожного пацієнта як до індивідуальності/особистості, яка має свою багату історію).

Беручи до уваги, що:

в країнах, що розвиваються, ВІЛ-інфекція/СНІД продовжує залишатися однією з основних причин смерті. Пацієнти, які помирають від ВІЛ-інфекції/СНІДу, часто страждають від виснажливих симптомів, і значна частина пацієнтів, які отримують лікування, продовжують відчувати біль, слабкість та інші нестерпні симптоми, інші інфекційні захворювання, такі як малярія і туберкульоз, можуть прогресувати до невиліковної стадії. В таких випадках пацієнти потребують паліативної допомоги. Було показано, що створення служб паліативної допомоги в країнах, що розвиваються, дає відчутні результати, полегшуючи страждання і покращуючи якість життя пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом та іншими захворюваннями. У міру прогресування захворювання багато пацієнтів потребують психосоціальної та духовної підтримки.

Підтверджуючи, що:

паліативна допомога може ефективно полегшити ці страждання і витрати на надання цього виду допомоги — порівняно невеликі, паліативна допомога — це не тільки допомога наприкінці життя, оскільки практика доводить, що рання інтеграція цього виду допомоги в загальний план лікування хворого покращує якість його життя і знижує потребу в застосуванні обтяжливих агресивних методів лікування.

Будучи стурбованими тим, що:

незважаючи на доведену ефективність, доступ до паліативної допомоги обмежений або вона відсутня, особливо в країнах, що розвиваються, від чого безглуздо страждають щорічно мільйони пацієнтів.

1. Розробити політику у сфері охорони здоров'я, яка б забезпечила задоволення потреб пацієнтів із захворюваннями, що обмежують тривалість життя, або в термінальних стадіях:

- розробити всебічну політику, яка забезпечить інтеграцію паліативної допомоги в систему охорони здоров'я поряд з іншими формами медичних послуг;
- забезпечити юридично можливість родичам пацієнтів отримувати підтримку під час лікування і після смерті близької людини.

2. Забезпечити доступність основних лікарських засобів, зокрема і за використанням яких здійснюється контроль, усім, хто цього потребує:

- виявити і усунути надмірні обмежувальні бар'єри, які ускладнюють застосування лікарських засобів (використання яких контролюється законом), для законних медичних цілей;
- забезпечити розвиток відповідної системи оцінки потреби в таких препаратах для того, щоб препарати були постійно доступні для хворих (безперервно);
- гарантувати створення системи безпечного і надійного розподілу та видачі лікарських засобів для того, щоб пацієнти могли отримати опіодні препарати незалежно від прогнозу, місця лікування чи географічного місця розташування.

3. Забезпечити отримання медичними працівниками належної підготовки в галузі паліативної допомоги та лікування болю під час їх основного навчання і на подальших етапах:

- внести необхідні зміни в програми навчання медичних працівників (лікарів, середніх медичних працівників, фармацевтів, психологів тощо) на університетському рівні, щоб гарантувати, що всі медичні працівники можуть отримати базові знання з паліативної допомоги і здатні надавати таку допомогу пацієнтам незалежно від того, в якому закладі охорони здоров'я вони працюють;
- підтримувати розробку і впровадження спеціалізованих освітніх програм з паліативної допомоги для підвищення кваліфікації лікарів і фахівців з паліативної допомоги, щоб у складних випадках пацієнти могли отримати належну допомогу;
- забезпечити доступність навчання для медичних працівників на курсах підвищення кваліфікації з питань паліативної допомоги.

4. Забезпечити інтеграцію паліативної допомоги в системи охорони здоров'я на всіх рівнях:

- розробити плани по створенню і впровадженню підрозділів, груп і програм паліативної допомоги відповідно до показників захворюваності та смертності, а також даних про щільність проживання населення.

Усі, хто підписали цей документ, і представники регіональних та міжнародних організацій закликають:

- уряди всіх країн забезпечити реалізацію права пацієнтів та їх сімей на отримання паліативної допомоги за рахунок інтеграції такої допомоги в систему охорони здоров'я, а також доступність основних лікарських засобів, зокрема опіоїдних анальгетиків;
- великі міжнародні організації і Форуми, такі як Рада Європи;
- Європейський Союз, Всесвітня організація охорони здоров'я, Всесвітня асамблея охорони здоров'я, Всесвітня медична асоціація та Міжнародна рада медичних сестер, сприяти розвитку паліативної допомоги як права людини.

Запрошують:

регіональні та національні асоціації паліативної допомоги підтримати філософію паліативної допомоги, суть якої — не тільки розвиток спеціалізованих служб, а й розвиток паліативної допомоги як напрямку громадської охорони здоров'я; академічні інститути, клініки та університети в країнах, що розвиваються, і розвинених країнах навчати і мотивувати медичних фахівців, які працюють у первинній ланці охорони здоров'я, інтегрувати надання паліативної допомоги в спектр послуг, що вони надають.

Висловлюють сподівання:

що широка громадськість визнає необхідність забезпечення доступності паліативної допомоги для всіх і підтримає Празьку хартію, організувавши підписання петиції шляхом участі в соціальних заходах і через засоби масової інформації.

Декларація по паліативному догляду пацієнтів з МРТБ/РРТБ (Міжнародна конференція фтизіатрів та експертів з паліативного догляду в Женеві, 19 листопада 2010 р. — Зупинимо туберкульоз, OSF, Світова асоціація паліативного догляду)

- Доступ до паліативного догляду дорослим та дітям з МРТБ/РРТБ є невід'ємним правом людини та ознакою поваги до її гідності.
- Паліативний догляд є важливим компонентом надання догляду дорослим та дітям з МРТБ/РРТБ, незалежно від місця надання догляду.
- Паліативний догляд необхідно підсилити там, де він надається, інтегрувати в допомогу хворим на МРТБ/РРТБ, разом з профілактикою та лікуванням МРТБ/РРТБ.
- Паліативний догляд підсилює Стратегію «Зупинимо туберкульоз».
- Експерти з МРТБ/РРТБ та паліативного догляду повинні обмінюватися досвідом.
- Ми беремо на себе зобов'язання розробити програму паліативного догляду за хворими на МРТБ/РРТБ, покращувати доступ до медичної допомоги, медикаментів та розбудови потенціалу та співпрацювати з метою покращення бази знань шляхом досліджень.

- Корекція диспепсійних розладів.
- Корекція геморагічного синдрому.
- Корекція гематологічних порушень і імунореакція.
- Корекція інфекційних ускладнень.
- Корекція дизуричних розладів.
- Адекватний догляд.

Палати паліативної допомоги організовують за типом боксів або напівбоксів, оснащують системою подачі кисню, забезпечують обладнанням для проведення інтенсивного догляду і терапії (функціональні ліжка, протипролежневі матраци). Крім лікуючого лікаря, до надання допомоги хворим на ВІЛ-інфекцію, що перебувають у палатах паліативної допомоги, в разі необхідності можуть залучатися лікар-психотерапевт, лікар-реабілітолог, волонтери, зокрема сестри милосердя.

2. СИНДРОМАЛЬНИЙ ПІДХІД ДО ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

2.1. Оцінка симптомів

Для всіх симптомів, що потребують усунення у ході паліативної допомоги, існує загальний алгоритм оцінки:

- Коли почався симптом? Яка його тривалість? Як часто він виникає?
- Що провокує симптом? Що покращує? Що погіршує?
- Як проявляється/відчувається симптом?
- Яка локалізація симптому? Чи розповсюджується він кудись?
- Яка інтенсивність симптому за шкалою від 1 до 5 (1 — мало виражений, 5 — гірше не буває)?
- Які лікарські засоби та заходи з догляду ви застосовуєте? Чи ефективні вони? Чи є побічні ефекти? А в минулому?
- Що на вашу думку викликає даний симптом? Як він зачіпає пацієнта і сім'ю?
- Чого хотів би пацієнт у зв'язку з цим симптомом? Як довести його до переносного або комфортного рівня? Чи є ще щось, пов'язане з даним симптомом, важливе для пацієнта/його родини?

2.2. Біль

Багато пацієнтів з запущеною ко-інфекцією ТБ/ВІЛ відчувають біль. Деякі види болю короткотривалі, наприклад, біль, викликаний опортуністичними інфекціями, однак часто біль тривалий і може посилюватися з плином часу.

Таблиця 1. Цифрова аналогова шкала оцінки болю

У минулому пацієнт мав розтягнення зв'язок, головний, зубний біль: чи нагадує їх сьогоднішній біль?	Так/ні
Максимальна вираженість болю за останні 24 год	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Мінімальна вираженість болю за останні 24 год	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Середня вираженість болю	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Біль на даний момент	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Медикація болю на даний момент	
На скільки відсотків лікарські засоби, що були прийняті за останні 24 год, дали змогу полегшити біль?	0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100
Як біль порушує життя за останні 24 год?	
– активність	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
– настрої	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
– здатність ходити	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
– сон	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
– загальна якість життя	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Біль локалізується в одному чи кількох місцях? Якщо в кількох, то де він більше виражений?	
Чи ефективні лікарські засоби? Які?	
Які симптоми супроводжують біль (слабкість, оніміння та ін.)?	

Слід пам'ятати, що біль, який зберігається з часом, може призвести до незворотних змін у нервовій системі і розвитку хронічного больового синдрому. Тому раннє лікування болю — це не лише питання полегшення страждань (одне з найважливіших завдань паліативної допомоги), але це ще й профілактика подальшого пошкодження нервової системи і хронічного больового синдрому.

Оцінка болю

Важливо розпитувати про біль кожного пацієнта. У людини, що страждає від болю протягом тривалого часу, можуть бути відсутніми типові ознаки больових відчуттів (міміка, пітливість, блідість, прискорене серцебиття). Пацієнт може виглядати просто пригніченим. Ретельна оцінка болю має найважливіше значення для виявлення причин болю, які піддаються лікуванню, визначення типу болю і виду можливої допомоги. Необхідно поставити такі питання:

- Скільки різного болю у пацієнта? Розпитайте про кожен біль.
- Де болить і як болить?
- Скільки часу триває біль?
- Що послаблює або посилює біль?
- Чи допомагають ліки?
- Чи посилюється біль при русі?
- Чи є болісні відчуття в кістках або суглобах? (Відповідь на це питання може виявити наявність туберкульозного ураження кісток).
- Чи є порушення шкірної чутливості в місці локалізації болю? (Відповідь на це питання може виявити наявність нейропатичного болю).

- Чи є відчуття напруженості або болісності м'язів? (Відповідь на це питання може виявити біль в результаті м'язового спазму).

Можна попросити пацієнта оцінити біль у балах, щоб отримати уявлення про інтенсивність болю. Щоденна оцінка болю в балах покаже динаміку болю і ефективність або неефективність лікування. Є різні способи оцінки болю, що відповідають різним пацієнтам.

Для оцінки болю може бути застосована цифрова аналогова шкала (табл. 1).

Тоді як оцінка болю у пацієнтів зі збереженою когнітивною функцією є відносно нескладною і засновується на скаргах пацієнта, то у пацієнтів з деменцією вона може викликати труднощі. Для оцінки болю у цієї категорії пацієнтів пропонуються певні шкали (табл. 2, 3).

Крім того, пацієнтам можна запропонувати схему людського тіла і попросити замалювати ділянки, які болять, а також показати інтенсивність болю за допомогою кольору (рис. 6).

Замалюйте ділянки тіла, в яких ви відчуваєте біль. Ті ділянки, що болять помірно, замалюйте жовтим кольором, ті, що дуже болять, — червоним, ті, в яких ви відчуваєте нестерпний біль, — чорним.

Догляд



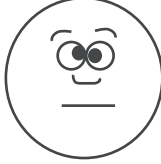


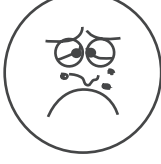
- Знайдіть найбільш зручне положення для пацієнта.
- Переконайтеся, що пацієнт регулярно приймає знеболюючі препарати.
- Вислухайте пацієнта і поясніть йому, що відбувається.
- Спробуйте легкий масаж.

Таблиця 2. Цифрова аналогова шкала оцінки болю у пацієнтів зі збереженою когнітивною функцією

Поведінка	Бали			Оцінка
	0	1	2	
Дихання	Нормальне	Іноді утруднене дихання. Короткі періоди гіпервентиляції	Шумне утруднене дихання. Тривалий період гіпервентиляції. Дихання Чейн–Стокса	
Звуки страждання	Немає	Іноді стогони або віддихи. Голос ослаблений, незрозуміла або мало зрозуміла мова	Гучні стогони або віддихи. Плач	
Вираз обличчя	Посмішка або обличчя не виражає емоцій	Печальний. Наляканий. Похмурий	Гримаси	
Тіло	Хворий розслаблений	Напружене. Хо́да страждаючого. Нервові, метушливі рухи	Нерухоме. Стиснені кулаки. Коліна зігнуті. Б'ється	
Розрадливість	Не потребує розради	Є реакція на дотик або підбадьорююче звернення	Неможливо розрадити, відволікти увагу або заспокоїти, підбадьорити	

Оцінка: загальний бал складає від 0 до 10. 1–3 — слабкий біль, 4–6 — помірний біль, 7–10 — виражений біль.

Таблиця 3. Аналогова шкала оцінки болю

					
1	2	3	4	5	6
Не болить	Трохи болить	Болить сильніше	Болить значно сильніше	Дуже болить	Болить нестерпно

- Спробуйте прикладати гарячі або холодні компреси.
- Спробуйте метод повільного глибокого дихання.
- Використовуйте відволікаючі засоби, наприклад, музику або радіо.
- Якщо це доречно, можна вдаватися до релігійних або культурних практик (наприклад, молитва).

Призначення лікарських препаратів

Усі анальгетики можна розділити на дві групи:

1. **Ненаркотичні анальгетики.** До них належать парацетамол (ацетамінофен) і нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП), наприклад: аспірин, ібупрофен і диклофенак. Основний побічний ефект НПЗП — подразнення слизової оболонки шлунка, тому їх слід, по можливості, приймати з їжею. НПЗП не слід призначати зневодненим пацієнтам, оскільки вони можуть викликати ниркову недостатність. Крім того, НПЗП знижують зсідання крові. НПЗП ефективні при полегшенні болю в кістках і суглобах.

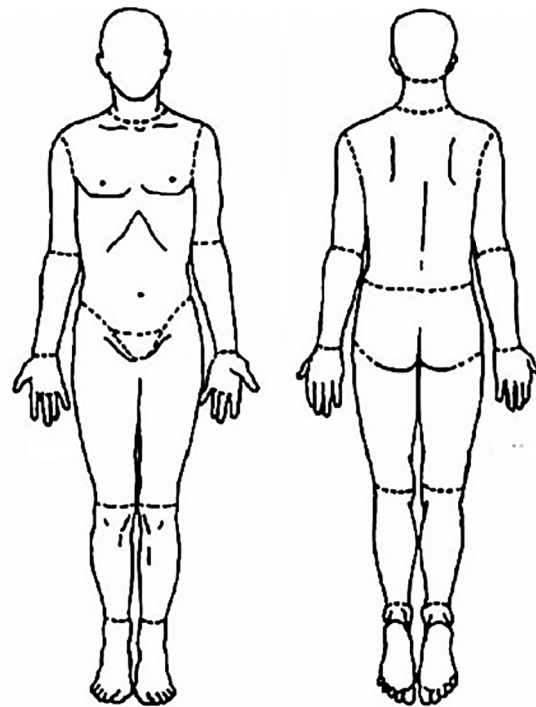


Рис. 6. Оцінка болю за допомогою кольору

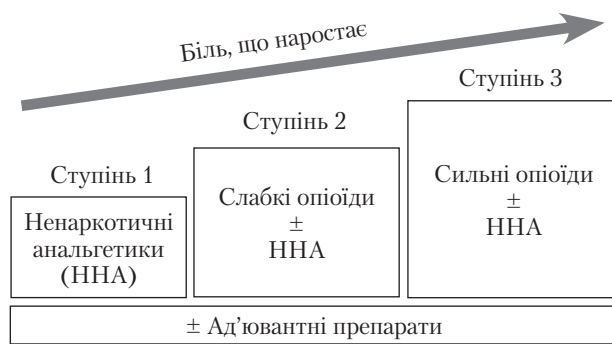


Рис. 7. Ступінчастий спосіб посилення знеболюючої дії

2. **Опіоїди.** До них належать морфіноподібні препарати, що включають кодеїн, трамадол і морфін.

Анальгетики слід давати:

- Через рот — пероральне введення анальгетика є найбільш простим і надійним методом для більшості пацієнтів. Якщо пацієнт не може приймати таблетки, то альтернативними шляхами введення препаратів є підшкірний, ректальний і трансбукальний.
- По годинах — постійний біль вимагає регулярного знеболювання, щоб біль не повертався. З наростаючим болем справлятися складніше. Не чекайте повернення болю, а давайте анальгетики регулярно, через певні інтервали часу, залежно від тривалості їх дії (наприклад: кодеїн — 30 мг кожні 4 год).
- «Ступінчасто» — логічний ступінчастий метод посилення знеболюючої дії (рис. 7).

Поясніть пацієнтові:

- Препарат призначений для зняття болю. Приймати його потрібно регулярно, а не чекати відновлення болю, щоб прийняти наступну дозу.
- Ліки слід приймати до тих пір, поки існує причина болю:
 - якщо причиною болю була інфекція, яка вилікувана, доза може бути зменшена аж до відміни препарату;
 - якщо причина болю непереборна, препарат потрібно приймати постійно протягом невизначено тривалого часу, в іншому разі біль повернеться.

Призначення морфіну

Морфін — сильнодіючий болезаспокійливий засіб. При правильному використанні він безпечний і ефективний. Зловживання морфіном при відсутності болю може призвести до звикання і викликати пригнічення дихання, чого не відбувається, якщо препарат приймається в правильному дозуванні для полегшення болю.

Фармакокінетика:

- Кон'югується в печінці.
- 90–95 % препарату виводиться з сечею.
- При зневодненні, нирковій недостатності, тяжкій печінковій недостатності, розвитку у пацієнта делірію слід збільшити інтервал між дозами і зменшити дозу.
- При олігурії та анурії необхідно відмінити регулярний прийом морфіну, використовувати морфін тільки для купірування болю.

Форми препарату. Морфін надходить в наступних формах: для ін'єкцій, перорального застосування нормального і модифікованого вивільнення.

1. Морфін для ін'єкцій — надходить у вигляді 1 % розчину морфіну гідрохлориду. Використовується для внутрішньом'язового і підшкірного введення.

2. Морфін пероральний нормального вивільнення (НВ) — надходить у вигляді таблеток або розчину з певною концентрацією (наприклад, 5 мг/5 мл або 10 мг/5 мл). Завжди вказуйте дозування в мг, а не в мл і переконайтеся, що ви знаєте, яка концентрація розчину. Дія морфіну НВ починається через 20 хв і триває 4 год.

3. Морфін модифікованого вивільнення (МВ) — таблетки морфіну — морфіну сульфат: 10, 30, 60 та 100 мг, призначені для більш тривалої анальгезії. Тривалість дії найбільш відомих форм морфіну МВ — 12 год, препарат слід приймати двічі на день з інтервалом в 12 год, наприклад: о 6 ранку і о 6 вечора або о 8 ранку і о 8 вечора.

Іншим препаратом з групи сильних опіоїдів є:

Фентаніл — призначається в наступних модифікаціях: 25 мкг/год, 50 мкг/год, 75 мкг/год, 100 мкг/год. Тривалість дії 72 год.

Дози. Морфін НВ: Почніть з 2,5–5 мг кожні 4 год. Літнім або дуже ослабленим пацієнтам призначайте мінімальні дози. Якщо пацієнти регулярно приймали кодеїн, то можна почати з 5–10 мг кожні 4 год. Перед відходом до сну можна прийняти подвійну дозу, щоб не потрібно було приймати препарат посеред ночі. Можна також прийняти додаткову проміжну, дострокову дозу (та сама кількість препарату) в будь-який час, якщо біль не вдається полегшити за допомогою регулярного прийому препарату. Заохочуйте пацієнта до прийому проміжної дози, як тільки він відчує біль, щоб не допускати її посилення. Якщо пацієнт зможе записувати, скільки проміжних доз йому потрібно, можна буде зрозуміти, чи слід збільшити регулярну дозу. Якщо біль посилюється при русі, корисно буде прийняти проміжну дозу за півгодини до того, як пацієнт почне рухатися.

Таблиця 4. Основні ненаркотичні та наркотичні анальгетики

Ненаркотичні анальгетики	Разова доза, мг	Інтервал прийому, год	Вища добова доза, мг	Період напіврозпаду, год
Ацетилсаліцилова кислота	500–1000	4–6	3000	0,25
Парацетамол	500–1000	4–6	4000	2–3
Ібупрофен	200–400	4–6	1200	2–2,5
Кетопрофен	25–50	6–8	300	1,5–2
Індометацин	25–50	8–12	200*	4–9
Кеторолак ***	10–30	6–8	90**	5–6
Мефенамова кислота	250–500	6–8	1500	3
Диклофенак	50	8	150	2
Метамізол натрію ***	500–1000	–12	3000	–
Наркотичні анальгетики	Доза	Тривалість дії, год		
Кодеїн (ступінь 2)	30–60 мг 4 рази/добу	4–6		
Трамадол (ступінь 2)	50–100 мг 4 рази/добу	6		
Промедол (ступінь 3)	240 мг/добу	6		
Бупренорфін (ступінь 3)	3,6 мг/добу	6		
Оmnopон	120 мг/добу	6		
Морфін (ступінь 3)	Немає граничної дози, дозу збільшувати поступово	4		
	Початкові дози:			
Морфін для ін'єкцій	5–10 мг	4		
Морфін пероральний нормального вивільнення (НВ)	2,5–5 мг	12		
Морфін пероральний модифікованого вивільнення (МФ)	10–20 мг	–		
	25 мкг/год	72		

Примітка. * При тривалому лікуванні 75 мг; ** у літніх і осіб з масою менше 50 кг — не більше 60 мг; *** не рекомендується для тривалого лікування через мієлотоксичність.

Таблиця 5. Еквіанальгетичні дози опіоїдів

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

Примітка. * За індивідуальними показаннями добова доза може бути збільшена; ■ терапевтичні можливості препарату вичерпані. Доцільно застосувати анальгетики з більш вираженим знеболюючим ефектом.

Морфін МВ: При доступності морфіну НВ завжди починайте з призначення його прийому кожні 4 год. Коли ви зрозумієте, яка доза морфіну потрібна пацієнту, можна перейти до призначення прийому морфіну МВ кожні 12 год. Для розрахунку дози морфіну МВ підрахуйте загальну кількість морфіну НВ за останні 24 год (це буде сумарна добова доза морфіну) і розділіть її на два, щоб отримати дозу морфіну МВ для прийому кожні 12 год. Якщо у вас є тільки морфін МВ, почніть з 10 мг кожні 12 год. При наявності морфіну НВ (розчин морфіну) пацієнт може приймати його в будь-який час як додатков-

ву проміжну дозу. Проміжна доза повинна становити одну шосту від сумарної добової дози.

Приклад: перехід від регулярного прийому морфіну НВ до регулярного прийому морфіну МВ: пацієнт приймає 10 мг морфіну НВ кожні 4 год.

Сумарна добова доза морфіну: 60 мг.

Еквівалентна доза морфіну МВ: $60/2 = 30$ мг кожні 12 год.

Довгострокова доза: $60/6 = 10$ мг морфіну НВ за потреби.

Збільшення дози. Якщо після 24 год пацієнт все ще відчуває біль і немає ознак токсичності, збільште дозу морфіну на 50 %. Продовжуйте

збільшувати дозу на 30–50 % кожні кілька днів до досягнення бажаного ефекту або до появи ознак токсичності. В якості альтернативи можна збільшувати дозу шляхом додавання додаткових проміжних доз, прийнятих протягом останньої доби до регулярної дози морфіну.

Не забувайте перевіряти, чи була проміжна доза ефективною. Якщо пацієнт прийняв кілька доз, а бажаний ефект не досягнутий, потрібно заново провести оцінку болю, оскільки біль може бути нечутливим до морфіну.

Приклад: тільки морфін НВ.

Пацієнт приймає 20 мг морфіну НВ кожних 4 год. Крім того, він прийняв три проміжні дози по 20 мг протягом останньої доби.

Сумарна добова доза: $120 + 60 = 180$ мг.

Регулярна доза: $180/6 = 30$ мг морфіну НВ кожні 4 год.

Проміжна доза: $180/6 = 30$ мг морфіну НВ за потребою.

Приклад: морфін НВ і морфін МВ.

Пацієнт приймає 60 мг морфіну МВ кожних 12 год. Крім того, він прийняв ще три проміжні дози по 20 мг морфіну НВ протягом останніх 24 год.

Сумарна добова доза: $120 + 60 = 180$ мг

Регулярна доза: $180/2 = 90$ мг морфіну МВ кожні 12 год.

Проміжна доза: $180/6 = 30$ мг морфіну НВ за потребою.

Не існує максимальної (граничної) дози морфіну. Чим сильніший біль, тим більшу дозу морфіну може перенести пацієнт. Правильна доза для конкретного пацієнта — це та доза, яка знімає біль і не викликає неприйнятних побічних ефектів або токсичності.

Відміна морфіну. Якщо пацієнт приймав морфін протягом кількох тижнів, його зазвичай не слід різко відміняти, оскільки це може викликати симптоми відміни препарату (повернення болю, пітливість, діарея і нудота). Дозу слід знижувати протягом кількох днів і тільки потім скасувати препарат. Трапляється, однак, що потрібно швидко припинити прийом препарату, якщо у пацієнта розвивається морфінова інтоксикація.

Побічні ефекти опіоїдів

- Запор — морфін зазвичай викликає запор, тому його потрібно призначати з проносними, за винятком випадків, коли у пацієнта діарея.
- Нудота — у деяких пацієнтів з початком прийому морфіну розвивається нудота, і в перші кілька днів вони потребують протиблювотних засобів.
- Сонливість — зазвичай з початком прийому морфіну або при збільшенні дози виникає сонливість, яка зазвичай зменшується через

3–4 дні. Якщо сонливість не зменшується, значить, доза морфіну може бути дуже високою.

- Пітливість і свербіж — це менш часті побічні ефекти, які можуть бути пов'язані з прийомом морфіну.

Токсичність і передозування. Наступні ознаки можуть свідчити про те, що доза морфіну занадто велика або він дає токсичний ефект:

- Сонливість, яка не зменшується.
- Сплутаність свідомості.
- Галюцинації.
- Міоклонус (раптове сіпання кінцівок).
- Порушення дихання (зниження частоти дихання).
- Інтоксикація може розвиватися також при зневодненні або нирковій недостатності, в результаті чого морфін накопичується в організмі.

Зняття інтоксикації. Якщо ви стурбовані розвитком токсичного ефекту, зменшіть дозу морфіну на 50 %. У разі серйозних сумнівів відмініть морфін. При галюцинаціях і сплутаності свідомості, викликаних морфіном, може допомогти прийом галоперидолу (1,5–5 мг на ніч).

Лікування побічних ефектів наркотичних анальгетиків

Деякі наркотичні анальгетики для лікування хронічного болю не рекомендують. До них належить петидин. При прийомі всередину цей препарат дуже погано всмоктується, тому хорошого знеболювання не забезпечує. Інша причина відмовитися від петидину — велика кількість ниркових метаболітів, які з часом накопичуються і можуть викликати тяжкі судоми. З цих причин петидин для тривалого застосування не рекомендують. Він широко застосовується при наданні першої допомоги і для одноразового застосування відмінно підходить, однак для постійного лікування хронічного болю, безумовно, не годиться. Такі препарати як талвін становлять собою комбіновані агоністи-антагоністи опіатних рецепторів. Вони частково усувають дію морфіну і тому не рекомендуються (табл. 6).

Ад'ювантні препарати (ко-анальгетики)

Ці препарати не розроблялися як власне анальгетики, проте вони можуть допомогти при деяких видах болю поряд зі стандартними анальгетиками. Їх прийом можна починати на будь-якій сходинці знеболювання. Нижче наведено приклади найчастішого використовуваних ад'ювантів (табл. 7).

Диференційна діагностика болю

Види болю, при яких допомагають ад'ювантні препарати:

Таблиця 6. Лікування побічних ефектів наркотичних анальгетиків

Побічний ефект	Рекомендації
Запор	<ul style="list-style-type: none"> Збільшити в раціоні кількість рідини і клітковини. На період прийому наркотичних анальгетиків призначити проносне, яке збільшує обсяг кишкового вмісту (наприклад, лактулозу, 10 мл внутрішньо 3 рази на добу або «Ламінарид» внутрішньо 5–10 г – 1–2 чайні ложки 1–3 рази на добу після їди, додати засіб, що стимулює перистальтику кишечника «Ізафенін», внутрішньо по 10 мг після їди 2 рази на день або 20 мг на ніч; Бісакодил у таблетках внутрішньо 5–15 мг за півгодини до їди або перед сном, ректально – 1–2 свічки 10–20 мг на добу; Сенозиди А + В внутрішньо 10–30 мг після їди перед сном. Проводити профілактику запору (якщо у пацієнта немає хронічної діареї)
Нудота і блювання	<ul style="list-style-type: none"> Призначити протиблювотний засіб. Зазвичай нудота і блювання припиняються протягом доби
Пригнічення дихання (при прийомі морфіну внутрішньо з поступовим підвищенням дози розвивається рідко)	<ul style="list-style-type: none"> Використати методи стимуляції дихання. Якщо пригнічення дихання виражене, відмінити наступну дозу, потім скоротити дозу наполовину. Якщо у пацієнта сильний біль на тлі термінального стану, деяке пригнічення дихання припустиме
Сплутаність свідомості, оглушення (якщо не викликані іншими причинами)	<ul style="list-style-type: none"> Зазвичай розвиваються на початку лікування або за підвищення дози і через кілька днів проходять. Можуть також розвиватися в термінальній стадії ниркової недостатності. Скоротити дозу наполовину або збільшити інтервал між прийомами препарату
Сверблячка, міоклонус (виражені посмикування м'язів у період спостереження)	<ul style="list-style-type: none"> Якщо пацієнт отримує більшу дозу препарату, спробувати зменшити дозу або перейти на альтернативну схему прийому, або призначити два наркотичних анальгетики. Обстежити пацієнта повторно: при деяких станах морфін неефективний і потрібні інші засоби
Сонливість	<ul style="list-style-type: none"> Тривалий сон може свідчити про виснаження ЦНС і відображати потребу пацієнта у відпочинку. Якщо такий стан зберігається більше 2 діб підряд, слід зменшити дозу вдвічі

Таблиця 7. Найчастіше використовувані ко-анальгетики

Ад'ювантні анальгетики	Види болю, при яких вони допомагають
Кортикостероїди, наприклад: дексаметазон, преднізолон (1 мг дексаметазону = 7 мг преднізолону)	Біль від сильного набряку або запалення
Трициклічні антидепресанти, наприклад: амітриптилін, іміпрамін	Біль при пошкодженні нерва (невропатичний біль)
Протисудомні препарати, наприклад: «Вальпроат», габапентин, карбамазепін, фенітоїн	Біль при пошкодженні нерва (невропатичний біль)
Бензодіазепіни, наприклад: діазепам, лоразепам, «Сибазон», «Реланіум»	Спазм скелетної мускулатури
М-холіноблокатори, наприклад: гіосцину бутилбромід	Спазм гладкої мускулатури, наприклад, кишкові кольки
Кофеїн (65–200 мг/добу)	Посилює анальгетичний ефект НПЗП
Антигістамінні препарати («Димедрол» 10–20 мг кожні 4–6 год)	Крім основної, мають анальгетичну, протиблювотну і помірну заспокійливу дію
Агоністи α_2 -рецепторів (клонідин, «Клофелін»)	Використовуються при лікуванні опіоїдрезистентного нейропатичного болю по 0,075–0,01 мг 2–3 рази/добу

1. Біль, викликаний сильним набряком або запаленням.

Позалегеновий туберкульоз викликає локальні запалення і набряки. В результаті поширення процесу в ті ділянки тіла, де для його розвитку дуже мало простору, може виникнути досить сильний біль.

Зазвичай це відбувається при ураженні таких органів:

- Мозок — головний біль через підвищений внутрішньочерепний тиск.
- Спинний мозок — здавлення спинного мозку.
- Печінка — біль в ділянці живота через розтягнення капсули печінки.
- Шия, пахвова западина або пахова ділянка через тиск на нерв.
- Оболонки мозку — туберкульозний менінгіт.

Таблиця 8. Види болю

Вид болю	Характеристика	Сенсомоторні зміни	Локалізація
Ноцицептивний	Ниючий, гризучий, пульсуючий	Нормальна шкірна чутливість та моторна функція	Добре локалізується
Вісцеральний	Ниючий, гострий, проникаючий	Нормальна шкірна чутливість та моторна функція	Біль локалізується в місцях проекції ураженого органа
Нейропатичний	Гострий, гризучий, схожий «на удар електричного струму», пекучий, поколювання в кінцівках	Гіпер- або гіпоалгезія шкіри, можливе зниження моторної функції	У місці ураженого нерва або дистальніше

Опортуністичні інфекції при ВІЛ-інфекції теж призводять до серйозного запалення і набряку. Звичайні місця ураження:

- Рот — дуже виражений мукозит.
- Стравохід — дуже виражений кандидоз.
- Оболонки мозку — криптококовий менінгіт.

Застосування високих доз кортикостероїдів. Високі дози кортикостероїдів мають протизапальну дію, внаслідок чого зменшується набряк і, отже, полегшується біль. Однак у кортикостероїдів є серйозні побічні ефекти, і за відсутності позитивного результату їх слід скасувати. При ВІЛ-інфекції кортикостероїди слід використовувати з обережністю, оскільки вони пригнічують імунну систему, яка і так уже порушена. Призначайте їх тільки пацієнтам з дуже вираженими симптомами або пацієнтам на дуже пізній стадії захворювання. Призначайте короткі курси терапії (від двох до чотирьох тижнів) з одночасним протигрибковим лікуванням.

Побічні ефекти кортикостероїдів. Більшість пацієнтів добре переносять короткий курс стероїдної терапії, хоча у деяких пацієнтів вона може викликати збудження, і тоді стероїдні препарати слід скасувати і призначити галоперидол або хлорпромазин. При довгостроковій терапії кортикостероїди можуть викликати серйозні побічні ефекти, і тому завжди слід призначати мінімальну ефективну дозу.

Побічні ефекти включають:

- Придушення імунної системи.
- набряк області обличчя і гомілковостопних суглобів.
- Стоншування шкіри і поява гематом.
- М'язова слабкість у верхніх відділах кінцівок.
- Підвищення рівня цукру в крові (у пацієнтів з діабетом слід спостерігати за рівнем цукру, оскільки може знадобитися посилення терапії).

Якщо курс прийому високих доз кортикостероїдів триває більше тижня, препарат не можна різко відмінити, тому що це може викликати зниження артеріального тиску і зміни хімічного складу крові (адренкортикальна недостатність).

2. Нейропатичний біль (біль при пошкодженні нерва).

Пошкодження нерва може викликати біль куди сильніший, ніж можна було б очікувати, виходячи зі ступеня ушкодження. Нейропатичний біль погано піддається лікуванню одними опіоїдами і НПЗП. Ми можемо говорити про нейропатичний біль в таких випадках:

- Вірусне пошкодження нерва: *herpes zoster* (оперізувальний лишай) або ВІЛ.
- Лікарське ушкодження нерва (деякі АРТ (особливо дидезоксинуклеозиди — диданозин, зальцитабін, ставудин) або протитуберкульозні препарати).
- Тяжкий діабет, що викликає нейропатичний біль у руках і ступнях.

Нейропатичний біль не завжди легко розпізнати, однак такі ознаки можуть свідчити про можливе ушкодження нерва:

- Пацієнт описує свій біль як якийсь незвичайний, наприклад: пекучий, стріляючий, «ніби б'є струмом», або як інші дивні відчуття.
- Ділянка шкіри поряд з місцем локалізації болю або позбавлена чутливості, або занадто чутлива настільки, що навіть легкий дотик тканини є болісним.

При пошкодженні нерва можуть допомогти такі ад'юванти:

- Трициклічні антидепресанти. Призначаються в менш високих дозах, ніж при депресії. Попередьте пацієнта, що препарат може почати діяти тільки через 3–4 дні. Найбільш часто застосовується амітриптилін у дозі 12,5–25 мг на ніч (при переносності препарату дозу можна збільшити до 50–75 мг) (табл. 9).

– Протисудомні препарати.

Це лікарські препарати, які зазвичай використовують при епілепсії. Починати слід з низьких доз з поступовим їх збільшенням, при необхідності протягом тижня до ослаблення болю. Наприклад:

- «Вальпроат» 200 мг двічі на день (за необхідності збільшувати до 600 мг двічі на добу).

Таблиця 9. Лікарські препарати для лікування нейропатичного болю

Препарат	Фармакологічна група	Показання	Дозування	Середня ефективна і максимальна доза	Лікарська взаємодія	Несприятливі явища	Коментар
5 % лідокаїн для місцевого застосування	Місцевоанестезуючий засіб	Усі види місцевої анестезії, посттерпетична невралгія	1–3 пластри до 12 год, потім перерва 12 год	3 пластри кожні 12 год	Можливість усмоктування у кров у пацієнтів, які приймають перорально протиаритмічні препарати I класу	Почервоніння шкіри, висипання	Пластр слід накладати на ділянку болю
Амітриптилін	Трициклічний антидепресант	Хронічний больовий синдром, атиповий біль в зоні обличчя, посттерпетична невралгія, діабетична та інші периферичні невралгії	Стартова доза 10 мг/добу, перед сном або розділеніми дозами через кожні 12 год, щотижневе збільшення дози на 10–25 мг/добу	Максимальна добова доза 75 мг/добу	Метаболізм ферменту СУР450 2D6 (примітка: слід враховувати швидкість метаболізму препарату даного пацієнта); потенційно інші седативні препарати	Блокада проведення в серці; ортостатична гіпотензія; сплутаність свідомості; затримка сечі; сухість у роті; запор; збільшення ваги	Кількість несприятливих явищ більша при використанні амітриптиліну та іміпраміну; протипоказаний пацієнтам з глаукомою і пацієнтам, які приймають інгібітори MAO
Претаблін	Протиепілетичний засіб	Лікування нейропатичного болю всіх типів у дорослих	Стартова доза — 150 мг/добу в 2 прийоми. До 3-го дня збільшення дози до ефективної — 300 або 600 мг/добу	Максимальна добова доза 600 мг/добу	Не описані	Сонливість, запаморочення, набряки, диплопія, збільшення ваги, сухість у роті	
Трамадол	Анальгетик зі змішаним механізмом дії	Больовий синдром (сильний і середньої інтенсивності, зокрема запального, травматичного, судинного походження). Знеболення при проведенні болісних діагностичних або терапевтичних маніпуляцій	50–100 мг/добу, не частіше ніж кожних 4 год	Максимальна добова доза 400 мг/добу	Метаболізм ізферментів СУР450 2D4; ризик розвитку серотонінового синдрому при одночасному застосуванні СІЗЗС	Пригнічення дихання, атаксія, седация, запор, напади, нудота, ортостатична гіпотензія	Використовувати обережно при лікуванні пацієнтів з епілепсією

Примітка. СУР450 — фермент цитохром Р450, MAO — моноамінооксидаза, СІЗЗС — селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну.

Таблиця 10. Дозування знеболювальних препаратів для дітей

Вік або маса тіла	Парацетамол (кожні 4–6 год, таблетки 100 мг)	Кодеїн (кожні 4 год, таблетки 30 мг)	Морфін per os (0,15–0,30 мг/кг; 5 мг/мл)
2–4 міс (4–6 кг)	62,5 мг	1/4	0,5 мл
4–12 міс (6–10 кг)	125 мг	1/4	2 мл
12–24 міс (10–12 кг)	187,5 мг	1/2	3 мл
2–3 р. (12–14 кг)	187,5 мг	1/2	4 мл
3–5 р. (14–19 кг)	250 мг	3/4	5 мл
6–8 р. (19–29 кг)	250 мг	1	6 мл
8–10 р. (29–35 кг)	500 мг	1	8 мл

- Габапентин 300 мг тричі на день (за необхідності збільшувати до 900 мг тричі на добу).
- Карбамазепін 100 мг двічі на добу (за необхідності збільшувати до 400 мг двічі на добу).
- Фенітоїн 100 мг двічі на добу (за необхідності збільшувати до 200 мг двічі на добу).

Примітка: карбамазепін і фенітоїн взаємодіють з деякими препаратами АРТ.

– Високі дози кортикостероїдів.

Можуть допомогти при сильному запаленні і набряку навколо нерва.

Вітамін В₆ («Піридоксин»): 100 мг.

3. М'язовий спазм

Болісний м'язовим спазм може виникнути при неврологічних захворюваннях і у лежачих пацієнтів. Можуть допомогти бензодіазепіни, наприклад: діазепам 5–20 мг на ніч. Якщо доступний баклофен, він може допомогти при сильному спазмі (5–20 мг тричі на добу).

4. Абдомінальний спазм і колька

Можуть допомогти М-холіноблокатори, наприклад: гіосцину бутилбромід («Бускопан») 20 мг 4 рази на добу. Переконайтеся, що у пацієнта немає запору, оскільки гіосцин може посилити запор.

Продовження у наступному номері