

# ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ ІЗ ХРОНІЧНИМ БОЛЕМ ПРИ НАДАННІ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

**В'юн Тетяна Іванівна**

Кандидат медичних наук кафедри загальної практики  
сімейної медицини та внутрішніх хвороб

**Борисевич Валерія Денисівна**

**Конюхова Маргарита Сергіївна**

Студентки

Харківський національний медичний університет

м. Харків, Україна

**Вступ:** Обстеження є 100% випадків запорукою успіху не тільки в встановленні чи підтвердженні діагнозу, а і в доцільності використання певних схем лікування або їх комплексів. Варто пам'ятати, що при призначенні лікування хворим з хронічним болем має місце полегшення симптомів в найкоротший термін для встановлення комфорту людини.

**Мета:** Дослідити можливість обстеження хворих з хронічним болем.

**Матеріали та методи:** Аналіз інформаційних текстових ресурсів, в яких представлені статистичний аналіз, синтез, інтерпретація та науково методологічна ідентифікація тексту.

**Результати та обговорення:** При оцінці плану обстеження слід враховувати, що у обстежуваних можуть спостерігатися складні симптомокомплекси, що складаються з різних патологічних симптомів, пов'язаних один з одним (кластери симптомів), наприклад, біль, слабкість та депресія. Крім власне характеристик больового синдрому лікарю необхідно оцінити біологічні особливості прогресування основного захворювання та їх зв'язок з формуванням больового синдрому, результати спеціального лікування, функцію органів і систем, що впливають на активність пацієнта та якість його життя, психологічні та соціальні фактори, а також попередню протибольову терапію та її ефективність. На первинну бесіду, якщо хворий не проти, доцільно запросити чоловіка (дружину) або інших членів сім'ї, щоб переконатися в

реальності скарг та уточнити анамнез, а також отримати деяке уявлення про сімейні взаємовідносини та якість догляду. Слід оцінити загальний фізичний стан пацієнта, вплив больового синдрому на його емоційний фон та психологічний статус, а також на виконання побутових та соціальних функцій. Особливу увагу необхідно приділити виявленню ознак депресії або тривоги, наявності опіофобії, можливої пристрасті до алкоголю або токсикоманії.

При оцінці попередньої протибольової терапії необхідно уточнити її характер (у тому числі нелікарські та нетрадиційні методи лікування), дози препаратів, схеми введення, тривалість лікування, його ефективність та побічні ефекти. При оцінці побічних ефектів фармакотерапії необхідно мати на увазі, що багато симптомів, подібні до побічної дії ліків, мають місце у невиліковних пацієнтів до початку прийому анальгетиків і пов'язані з прогресуванням хвороби (поганий апетит, нудота, блювання, запори та ін.), що має бути відзначено в історії хвороби або амбулаторної картки. Для більш детальної оцінки якості життя пацієнта застосовується цілий комплекс критеріїв, рекомендований Міжнародною асоціацією з вивчення болю, який включає облік соціальної активності, професійної діяльності, духовності, сексуальних функцій, задоволеності лікуванням. В ідеалі слід провести повне фізикальне обстеження пацієнта, проте через тяжкості стану або значної вираженості больового синдрому це буває вкрай скрутно. У таких випадках доводиться обмежуватися спостереженням за пацієнтом під час спокою. і при переносимій активності з оцінкою вираження обличчя, загальної пози, сегментарних поз, діапазону рухів, а також сили і чутливості, пальпацією болючих ділянок. При підозрі на невропатичний біль діагноз повинен базуватися на поєднанні даних анамнезу, клінічного дослідження чутливості та інструментальних даних, що підтверджують ураження структур соматосенсорної системи.

**Висновки:** При наданні ПМД пацієнту з хронічним болем план обстеження складається з урахуванням індивідуальних особливостей і залежить від даних анамнезу та виявлених симптомів. У кожному конкретному випадку характер бесіди та обсяг діагностичних процедур повинен відповідати клінічній

ситуації.

### **СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ:**

1. Doyle K E, El S. K, Nakib M R, Rajagopal S, Babu G Joshi. and others. 2017. “Predictors and Prevalence of Pain and Its Management in Four Regional Cancer Hospitals in India.”
2. Journal of Global Oncology. JGO.2016.006783
3. Fallon M, Do We Need Step 2 of the WHO Pain Ladder—An EAPC Research Network Study.
4. EAPC Abstract Book. Madrid: EAPC 2017; PS05; 36.
5. Gwyther L, Krakauer E L. 2011. “WPCA Policy Statement on Defining Palliative Care.” Worldwide Palliative Care Alliance, London.
6. Jamison D T, Summers L H, Alleyne G, Arrow K J, Berkley S., and others. 2013. “Global Health 2035: A World Converging within a Generation.” The Lancet 382 (9908): 1898–955.