

SCI-CONF.COM.UA

**INNOVATIVE DEVELOPMENT
OF SCIENCE, TECHNOLOGY
AND EDUCATION**



**PROCEEDINGS OF V INTERNATIONAL
SCIENTIFIC AND PRACTICAL CONFERENCE
FEBRUARY 15-17, 2024**

**VANCOUVER
2024**

TABLE OF CONTENTS

AGRICULTURAL SCIENCES

1. *Андросович Б. С., Барановський М. О., Лопуза В. М., Данилюк К. В.* 12
ВІКОВА СТРУКТУРА ДУБОВИХ ДЕРЕВОСТАНІВ
2. *Войналович В. А., Гаращук Т. М., Костик О. А., Крук Д. П.* 15
ВИДОВЕ РІЗНОМАНІТТЯ ЛІСОВОГО ФОНДУ ПІДПРИЄМСТВ КОМУНАЛЬНОЇ ФОРМИ ВЛАСНОСТІ
3. *Козло М. Ю.* 18
УДОСКОНАЛЕННЯ ЕЛЕМЕНТІВ СИСТЕМИ УДОБРЕННЯ СОЇ В УМОВАХ ІВАНО-ФРАНКІВСЬКОЇ ОБЛАСТІ
4. *Рожков А. О., Калинов О. О.* 22
ВПЛИВ ОБРОБКИ НАСІННЯ І ЛИСТОВИХ ПІДЖИВЛЕНЬ НА ФОРМУВАННЯ ГЕНЕРАТИВНИХ ОРГАНІВ РОСЛИН СОНЯШНИКУ

MEDICAL SCIENCES

5. *Davydenko O., Kuz Ch., Gerush K.* 31
FEATURES OF CORONAVIRUS INFECTION COURSE DURING PREGNANCY
6. *Ignatieva A. S., Tsaryk I. O.* 37
CHARACTERISTICS OF THE COURSE OF CHRONIC COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS
7. *Kolomytseva I., Voronenko O., Brynza M.* 44
EVALUATION OF HEMODYNAMIC INDICATORS IN PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE AFTER IMPLANTATION OF PACEMAKER DEPENDING ON THE PRESENCE OF TYPE 2 DIABETES
8. *Vizir M., Yemelianenko Ye.* 56
EFFECTIVENESS OF L-CARNITINE IN THE CORRECTION OF CARDIOVASCULAR RISK FACTORS
9. *Благодир А. К., Голозубова О. В.* 60
ОЦІНКА ТА ЛІКУВАННЯ БОЛЮ У ПАЛІАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ
10. *Бублик О. О.* 65
ЛАБОРАТОРНІ ІНФОРМАЦІЙНІ СИСТЕМИ – АСПЕКТИ ПРОЕКТУВАННЯ ТА УПРАВЛІННЯ АНАЛІТИЧНОЮ ЯКІСТЮ ЛАБОРАТОРНИХ МОНІТОРИНГОВИХ САНИТАРНО-ХІМІЧНИХ ТА БІОЛОГІЧНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
11. *Глушко С. М., Голозубова О. В.* 74
АНАЛІЗ ВПЛИВУ ПРЕПАРАТУ “РЕАМБЕРИН” НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ПАНКРЕАТИТ
12. *Грищенко О. В., Крісюк М.* 77
ЗАМОВЛЯННЯ ЯК СКЛАДОВА НАРОДНОЇ МЕДИЦИНИ

ОЦІНКА ТА ЛІКУВАННЯ БОЛЮ У ПАЛІАТИВНИХ ПАЦІЄНТІВ

Благодир Ангеліка Костянтинівна,

Студент

Голозубова Олена Валеріївна,

К.м.н., асистент

Харківський національний медичний університет

Анотація. Оцінка та лікування болю наприкінці життя є багатогранною проблемою, яка суттєво впливає на якість життя пацієнта. Заходи боротьби з болем включають оцінку та лікування болю у паліативних пацієнтів за допомогою знеболюючих препаратів, а також підкреслює значення взаємодії мультидисциплінарної команди при веденні таких хворих.

Ключові слова. Паліативні пацієнти, біль, знеболення, опіоїдні анальгетики, нестероїдні протизапальні препарати, оцінка болю.

Біль та дискомфортні відчуття – часті супутники паліативних пацієнтів, ці відчуття у більшості випадків залишаються недооціненими та не коригуються належним чином. З розвитком медицини з'являються умови для продовження життя паліативних пацієнтів, проте разом із цим підвищується ризик продовження страждань невиліковно хворої людини. Краще розуміння ключових принципів боротьби з болем допоможе медичним працівникам створити максимальний комфорт та спокій для паліативних пацієнтів.

Визначити види болю, які зустрічаються в паліативних хворих. Проаналізувати медикаментозні методи боротьби з болем у невиліковно хворих пацієнтів.

Було проведено аналіз літературних джерел з досліджуваної теми: підручників, наукових статей, дисертацій та матеріалів конференцій.

Наприкінці життя біль найчастіше пов'язаний з патологічним процесом, що спричинив хворобу та призвів до летального наслідку. Біль може бути

гострим або хронічним, гострий біль зазвичай пов'язаний з хірургічними втручаннями, зміною положення тіла або іншими процедурами, що проводяться при догляді за паліативним хворим. Хронічний біль, як правило, складна взаємодія між декількома системами органів. Прикладом хронічного болю можуть бути: тривалий головний біль, біль спричинений пролежнями, артритом і т.д. У залежності від класифікації нервових закінчень біль може бути соматичний, вісцеральний або нейропатичний, кожен вид болю виділений у цій класифікації має специфічний характер, що може допомогти в проведенні терапії.

Соматичний біль виникає при подразненні рецепторів у шкірі та опорно-руховій системі та часто має глибокий та ниючий характер, зазвичай виникає в суглобах, кістках, при ураженнях шкіри, інфекційних захворюваннях шкіри, таких як абсцес. Вісцеральний біль виникає через подразнення рецепторів у внутрішніх органах, такий біль описується пацієнтами як стискаючий або переймоподібний біль, який посилюється при пальпації. Нейропатичний біль виникає через патологічне збудження нейронів центральної та/або периферичної нервової системи. Такий біль пацієнти зазвичай описують як пекучий, стріляючий, або як ураження струмом .

Також серйозним фактором для появи болю в паліативних пацієнтів є тривожність або депресія, які викликають біль в усьому тілі. Тривога, що викликана органічною патологією, супроводжується відчуттям приреченості у пацієнтів з респіраторними захворюваннями, що викликають гіпоксію, захворюваннями серця, порушеннями електролітного балансу, зневодненням та інфекцією. Відчуття тривоги можуть викликати деякі лікувальні засоби, такі як глюкокортикостероїди (при швидкому зниженні дозування) та протиблювотні засоби. Якщо не провести корекцію психічного стану хворого, це може призвести до серйозних страждань в останні місяці життя [5].

Згідно до рекомендацій Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) рекомендований поетапний вибір лікарських засобів для боротьби з болем, де початковими препаратами є нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) з

переходом на опіюідні анальгетики до усунення болю [1; 7, с. 93-96]. Для правильного вибору знеболювального засобу необхідно проводити індивідуальну оцінку кожного пацієнта, щоб правильно оцінити початкову інтенсивність болю та уникнути затримки терапії.

НПЗП найчастіше використовуються як початкова медикаментозна терапія у хворих з болем. Ацетоміофен використовують декілька разів на добу, досягаючи максимальної дози 4000 мг, проте використання ацетоміофену пов'язано з гепатотоксичністю, тому потребує нижчого дозування у пацієнтів із захворюваннями печінки. Використання ібупрофену рекомендовано для пацієнтів з легким та помірним болем, проте використання даного препарату може бути пов'язано з шлунково-кишковими кровотечами, нирковою недостатністю та гіпертензією [3]. Кеторолак має вищу ефективність, ніж інші НПЗП, проте окрім побічних ефектів пов'язаних з порушенням функції нирок та шлунково-кишковими кровотечами, цей препарат підвищує ризику виникнення кардіоваскулярних подій та інсульту [6, с. 108-112]. Застосування будь-якого з цих препаратів довше ніж тиждень потребує одночасного застосування інгібіторів протонної помпи для профілактики гастриту.

Опіюідні анальгетики – золотий стандарт боротьби з болем для паліативних пацієнтів, тому що мають найбільш виражений анальгетичний ефект. Проте застосовуючи дану групу препаратів необхідно пам'ятати про пригнічення дихального центру, та проводити постійну оцінку стану пацієнта, щоб уникнути зупинки дихання. Для того щоб обрати правильний препарат та правильний спосіб введення лікарського засобу потрібно пам'ятати за який час досягається максимальний знеболювальний ефект. Для оральних опіюідів це близько 1 години, для внутрішньовенного введення – 10 хвилин [4, с. 468-479].

Морфін сульфат використовують для гострого або хронічного болю середньої або важкої інтенсивності, цей препарат метаболізується в печінці та виводиться ниркамию. У пацієнтів з порушеною функцією нирок активні метаболіти морфін-3-глюкуронід та морфін-6-глюкуронід можуть

акумуляватися, викликаючи міоклонус та судоми [5].

Фентаніл набуває популярності через те, що він має декілька шляхів введення та передбачуваний анальгетичний ефект. Окрім того, що фентаніл використовують для седації та аналгезії у пацієнтів, які перебувають на штучній вентиляції легень, він також може застосовуватися у вигляді трансдермальних пластирів для пацієнтів, які не можуть приймати препарат перорально. Необхідно видалити використаний пластир зі шкіри перед встановленням нового для попередження передозування. Фентаніл накопичується в жировій тканині, та виводиться з організму протягом 12-24 годин після видалення пластиру.

Для боротьби з нейропатичним болем можуть використовуватися протиепілептичні препарати, такі як прегабалін та габапентин, або трициклічні антидепресанти, такі як амітриптилін [2, с. 26-37].

Розуміння типу болю, що турбує пацієнта, та його інтенсивності необхідне для правильного вибору знеболювального засобу та його дозування. Своєчасне та ефективне знеболення паліативного пацієнта дозволяє не тільки подовжити життя, а й підвищити його якість.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Anekar A A, Hendrix J M, Cascella M. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): Apr 23, 2023. WHO Analgesic Ladder.
2. Davies PS. Pharmacologic pain management at the end of life. Nurse Pract. 2016 May 19;41(5):26-37.
3. Ngo VTH, Bajaj T. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; Treasure Island (FL): May 29, 2023. Ibuprofen.
4. Rauck RL. What is the case for prescribing long-acting opioids over short-acting opioids for patients with chronic pain? A critical review. Pain Pract. 2009 Nov-Dec;9(6):468-79.
5. Sinha A, Deshwal H, Vashisht R. End-of-Life Evaluation and Management of Pain. [Updated 2023 Feb 26]. In: StatPearls [Internet]. Treasure

Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568753/>

6. Vacha ME, Huang W, Mando-Vandrick J. The role of subcutaneous ketorolac for pain management. *Hosp Pharm.* 2015 Feb;50(2):108-12.

7. Ventafridda V, Saita L, Ripamonti C, De Conno F. WHO guidelines for the use of analgesics in cancer pain. *Int J Tissue React.* 1985;7(1):93-6.