

**ОСОБЛИВОСТІ УСУНЕННЯ БОЛЬОВОГО
СИНДРОМУ В ТЯЖКОХВОРИХ**

Слищенко Руслан Віталійович
Белічко Олексій Олександрович

студенти

Марченко Анастасія Сергіївна

асистент

Харківський національний медичний університет
м. Харків, Україна

У практиці лікаря кожен день доводиться зіштовхуватись з синдромом болю - патологічним процесом, що складається з місцевої реакції на ураження, передачі та сприйняття больового імпульсу, психоемоційну оцінку та реакцію організму. Міжнародна асоціація дослідження болю визначає біль як “неприємне відчуття і емоційне переживання, пов'язане з наявним або можливим пошкодженням тканин”. Отже, реакція на біль відрізняється не лише у різних людей, а також у однієї людини в залежності від умов, за яких біль виникає [1].

Сам біль прийнято поділяти на два типи, а саме: гострий біль та хронічний біль. Гострий біль має сигнальне значення для людини, зазвичай він виникає одразу з пошкодженням тканин і його діагностика не є проблемою для лікаря. Хронічний біль формується, в більшості випадків, через несвоєчасне або неефективне лікування. Хронічний біль відрізняється від гострого болю не лише за тривалістю (понад 3 місяці), а й за патогенезом. Через тривалість болю знижується поріг больової чутливості, відбувається наростання факторів росту нервових закінчень та збільшення кількості рецепторів. Біль також поділяють на місцевий, генералізований, іррадіюючий та ноцицептивний, нейропатичний, психогенний.

Неможливість об'єктивізації болю лікарем значно обтяжує як стан хворого, так й навантаження на лікаря. Хоча й відомі методи діагностики болю,

жоден з них не дає точну оцінку стану хворого. На практиці зазвичай використовують візуально-аналогову шкалу та аналогову шкалу полегшення болю. Важливими також є емпатичні здібності лікаря, адже деякі пацієнти навмисно використовують хворобу для отримання наркотичних засобів.

Всесвітня Організація Охорони Здоров'я дає такі рекомендації щодо знеболення:

- отримання чіткого клінічного ефекту при однократному застосуванні в більшості пацієнтів;
- керованість та зворотність ефекту;
- швидкий ефект;
- економічна ефективність [2].

За класифікацією всі препарати для знеболення розподілені на наркотичні та ненаркотичні засоби. Ненаркотичні анальгетики зазвичай використовують на первинному етапі медичної допомоги. Особливу увагу слід приділити нестероїдним протизапальним препаратам. Всі НПЗП не мають наркотичного потенціалу, але мають протизапальну, антиагрегантну, знеболювальну та жарознижувальну дію. Достатній знеболювальний ефект дозволяє зменшити біль гострого та хронічного характеру.

В Україні зареєстровано близько 16 міжнародних непатентованих назв НПЗП, але велика кількість дженериків створює труднощі в призначенні відповідного лікарського засобу. За даними досліджень В. Г. Кукіса (1999 р.), НПЗП за зниженням знеболювального ефекту можна розмістити в такій послідовності:

- Кеторолак;
- Лорноксикам;
- Диклофенак;
- Метамізол натрію.

У багатьох країнах лише препарати групи кеторолаку рекомендовано використовувати для швидкого зняття болю, а саме для внутрішньовенного болюсного введення.

Кеторолак при внутрішньом'язовому введенні в кількості 15 мг за ефективністю дорівнює 5-6 мг морфіну, або 1,5 гр метамізолу натрію. Особливо це важливо для невідкладної допомоги, але побічні реакції з боку травної системи змушують використовувати його з обережністю.

Важливу проблему в знеболенні складають наркотичні анальгетики. Їхні побічні дії, високий ризик розвитку наркоманії, жорсткий контроль лікарів перешкоджають широкому використанню опіатів. Морфін - найбільш поширений опіоїдний препарат. Він є економічно доступним, але жорсткі умови зберігання, реалізації та виписування змушують лікарів використовувати його в останню чергу. Навіть якщо лікар призначив опіат, то придбати його можливо не в будь-якому закладі. Більшість аптек не готова реалізувати наркотичні засоби через суворі вимоги ліцензування. Іншою проблемою є форма випуску. Україна не зареєструвала оральну форму морфіну, пацієнтам доступна лише внутрішньом'язова ін'єкція. Це зобов'язує пацієнта викликати медичну сестру додому для медичних маніпуляцій, які в деяких випадках повинні проводитись 4 рази на добу [3]. Згідно законодавства максимальна доза морфіну становить 50 мг на добу.

Чого може бути недостатньо для купірування болю. Ці проблеми не дають можливості людям з маленьких міст та сіл отримувати медичну допомогу в повному обсязі. В Україні зареєстровано на 2021 рік 606 закладів стаціонарної допомоги невиліковно хворим, з них 486 мають мобільні бригади [4]. Стан паліативної допомоги в Україні покращується кожен рік, але головною проблемою залишається вимушене використання наркотичних анальгетиків тяжкохворими людьми при наявності тривалого больового синдрому.

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА:

1. Журнал "Медицина світу" 2011.
2. International Association for the Study of Pain Subcommittee on Taxonomy, 1986.

3. Бабак О.Я. Біловол О.М. Чекман І.С(ред.) (2008) Клінічна фармакологія. Медицина, Київ, 768с.

4. Міністерство охорони здоров'я України(2012) Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.04.2012р №311”Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі”