

УДК 37.018.3+616-009.7-039.13+615.2

Ю.І. Губський, О.І. Толстих, Г.І. Парамонова

Фармакологічний контроль больового синдрому як складова паліативної медичної допомоги

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ
Науково-координаційне управління НАМН України, м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE.2016.2(4):55-61; doi 10.15574/IJRPM.2016.02.55

У статті розглянуто медико-соціальну актуальність надання медичної паліативної допомоги, зокрема фармакологічного знеболення, паліативним пацієнтам, що страждають на хронічний больовий синдром. Підкреслено необхідність контролю хронічного болю в термінальний період життя в осіб, що страждають на злоякісні новоутворення. На підставі аналізу сучасних наукових уявлень про патофізіологічні та патобіохімічні механізми розвитку хронічного больового синдрому обґрунтовано сучасну схему застосування з метою ефективного контролю болю анальгетичних лікарських засобів, у тому числі препаратів із класу лікарських опіоїдів. Наведено чинну нормативну базу щодо застосування опіоїдних анальгетиків в Україні.

Ключові слова: паліативна медична допомога, хронічний больовий синдром, знеболення.

Незважаючи на фантастичні успіхи сучасної біомедицини, частка смертності населення від хронічних невиліковних хвороб постійно зростає навіть у країнах з потужною економікою, високим рівнем розвитку медичної науки і системи охорони здоров'я та високими стандартами якості життя, що стало несподіваним наслідком створення нових медичних технологій і соціальних досягнень, які зменшили дитячу смертність та кількість смертей від інфекційних захворювань.

Означена закономірність останніми десятиріччями притаманна і Україні, де перші місця в структурі смертності дорослого населення стало займають такі «повільні вбивці» (*slow killers*), як захворювання серцево- і церебросудинної системи та злоякісні новоутворення.

Уже у другій половині ХХ-го – на початку ХХІ сторіччя, внаслідок глибоких демографічних та соціальних змін, властивих більшості постіндустріальних країн світу, суттєво зростає актуальність надання медичної паліативної допомоги населенню, у тому числі і пацієнтам дитячого віку (Ю.І. Губський, 2015; Ю.І. Губський, Н.Г. Гойда, А.В. Царенко, 2015; Ю.В. Вороненко, Ю.І. Губський, А.В. Царенко, 2014; Ю.В. Вороненко, Р.О. Моїсеєнко, В.М. Князевич, В.Ю. Мартинюк, 2015). Така соціальна потреба знайшла відображення у ряді міжнародних нормативно-правових документів. Про рівень державної та гро-

мадської уваги до проблеми паліативної та хоспісної допомоги у сучасних європейських країнах переконливо свідчить, зокрема, включення окремого питання «Паліативне лікування: модель інноваційної політики в сфері охорони здоров'я та у суспільстві» в порядок денний засідання Парламентської асамблеї Ради Європи, що відбулося 26–30 січня 2008 року. Як приклад, можна також вказати, що організація паліативної допомоги особам із невиліковними хворобами та обмеженою тривалістю життя проголошена у 2007 р. Президентом Франції, поряд з онкологією та лікуванням хвороби Альцгеймера, одним із трьох пріоритетних напрямків розвитку охорони здоров'я нації.

Вивчення світового досвіду в організації допомоги особам з важкими невиліковними хворобами та обмеженим терміном/прогнозом життя дозволяє зробити висновок, що, згідно із сучасними концепціями, всі пацієнти, які належать до означеної категорії (а не тільки хворі в ІV стадії онкологічного захворювання), у термінальному періоді життя (звичайно, протягом декількох місяців) мають право отримувати спеціалізовану професійну – паліативну – медичну допомогу, яка може надаватися як у спеціалізованих установах стаціонарного типу – хоспісах чи у паліативних відділеннях закладів охорони здоров'я, так і в домашніх умовах.

Виходячи із сучасних реалій організації медичного забезпечення невиліковно хворих людей в

Паліативна та хоспісна допомога в онкології

Україні, така допомога найближчими роками буде надаватися переважно лікарями загальної практики – сімейними лікарями за територіальним принципом в амбулаторних умовах (центр сімейної медицини, поліклініка, сільська амбулаторія) та/або за місцем проживання пацієнта (Н.Г. Гойда, Ю.І. Губський, В.М. Князевич, А.В. Царенко, 2014; О.Г. Шекера, А.В. Царенко, Ю.І. Губський, 2014; 2015). При цьому одним з найскладніших з медико-організаційної та клінічної точки зору компонентів надання лікарської (частково мед сестринської) паліативної допомоги пацієнтам, особливо у III–IV стадії онкологічного захворювання, є медичне (фармакологічне) знеболення, яке є обов'язковою складовою паліативної допомоги хворим із хронічним больовим синдромом (Губський Ю.І., М.К. Хобзей, 2011; Ю.І. Губський, 2013).

Медико-соціальне значення больового синдрому в онкологічних пацієнтів

За оцінками експертів ВООЗ, до 2020 р. у світі щорічно будуть захворювати на злоякісні новоутворення близько 20 млн осіб, 70% з них – у «злидених» країнах, до яких ВООЗ відносить такі, що виділяють на боротьбу з онкологічними хворобами менше 5% від валового національного продукту.

В Україні щорічно на онкологічні хвороби вперше захворюють близько 160 тис. осіб (у 2012 р. – 173,052 особи) та вмирають майже 90 тис. осіб. Станом на початок 2013 р. в Україні мешкало (було зареєстровано та увійшло до Національного канцер-реєстру) близько 1,09 млн осіб із злоякісними новоутвореннями, з них – близько 391 тис. чоловіків та 709 тис. жінок. При цьому понад 35% померлих від раку становлять особи працездатного віку. У 2007–2008 рр. відповідна цифра становила 980 тис. осіб.

Найвищими є показники онкозахворюваності на рак органів травлення, жіночих статевих органів, молочної залози, органів дихання, чоловічих статевих органів, сечових органів, лімфатичної та кровотвірної систем. Через запізнілу діагностику залишається високим відсоток (38–40%) онкологічних хворих, які помирають протягом одного року після встановлення діагнозу.

Згідно з клінічним досвідом та численними медико-статистичними дослідженнями, саме важкий біль є найбільш поширеним клінічним симптомом, який порушує якість життя пацієнтів з онкологічними захворюваннями, особливо в IV стадії ракового процесу, тому медична та соціальна актуальність боротьби з болем є однією з центральних проблем паліативної онкології (S. Donnelly, D. Walsh, 1995; D.A. Casciato 2004). Також добре відомо, що гострий

та, особливо, хронічний, довготривалий біль супроводжується системною патофізіологічною реакцією цілісного організму з розвитком синдрому оксидативного стресу, особливо в осіб похилого та старечого віку, що призводить до серйозних порушень функціонування життєво важливих систем організму та численних порушень біохімічних й імунологічних реакцій в цілісному організмі (Ю.І. Губський, Т.А. Бухтіарова та ін., 2013).

Нейрохімічні механізми формування болю

Із фізіологічної точки зору біль є біологічно важливим захисним механізмом, що сигналізує про життєву небезпеку та сприяє збереженню цілісного організму. Механізм формування болю складається із взаємодії двох фізіологічних систем: власне больової (ноцицептивної) та протiboldьової (антиноцицептивної) системи. Сприйняття пошкоджуючих подразників реалізується спеціальними ноцицепторами (ноцирецепторами, больовими рецепторами), що є елементами сенсорних нейронів, які активуються різними подразнюючими стимулами. Кінцеві структури ноцицепторних нейронів широко представлені в шкірі, м'язах, підшкірній та кістковій тканині, суглобах, внутрішніх органах. Ноцицептори можуть бути активованими механічними стимулами, термічними або хімічними подразненнями.

Медіаторами ушкоджуючого больового подразнення є фізіологічні активні сполуки – альгогени, які в мінімальних концентраціях взаємодіють з рецепторними та каналними білками плазматичних мембран первинних терміналей ноцицепторів, ініціюючи нервовий імпульс, що сприймається на рівні головного мозку як больове відчуття.

Існує декілька груп альгогенів:

- тканинні альгогени – сполуки, що виділяються у позаклітинне середовище при пошкодженні мембран тучних клітин (гістамін), тромбоцитів (АТФ, серотонін), нейтрофілів (лейкотрієни), макрофагів, ендотелію (інтерлейкін-1, фактор некрозу пухлин, ендотеліні, простагландини, оксид азоту);
- альгогени плазми крові (брадикінін, калідін); нейрокініни – альгогени, що вивільняються з периферичних закінчень С-ноцицепторів (субстанція Р, нейрокінін А, кокальцигенін);
- збуджувальні амінокислоти (L-глутамат, L-аспартат), що вивільняються нейронами спинного мозку за дії ноцицептивних імпульсів.

Стимуляція структур антиноцицептивної системи головного мозку викликає явище та почуття знеболення у людини і тварин. Складовими антиноцицеп-

тивної системи є: *опіоїдергічна система*, що містить опіоїдні нейропептиди (ендорфіни, енкефаліни); *серотонінергічна система*; *норадренергічна система*; *система ендогенних канабіноїдів*.

Патофізіологічні основи і прояви хронічного больового синдрому

Тривалий біль надзвичайної сили та тривале больове подразнення і відповідне психоемоційне відчуття важкого болю, внаслідок особливої *пластичності* нервової системи людини, формують стійкі патологічні реакції у периферичній та центральній нервовій системі. Такий біль стає патологічним. Саме цей біль формує нейрофізіологічну та патопсихологічну картину важкого больового синдрому, що завдає стільки страждань хворій людині за умови його тривалості та потужної дії, як це має місце під час продовження росту та метастазування злоякісної пухлини, особливо в кісткову тканину.

Формування у вищих нейрофізіологічних центрах головного мозку постійних патологічних вогнищ, що сприймаються пацієнтом, як важке больове відчуття, навіть за умов відсутності матеріального периферичного субстрату больових подразнень (класичний приклад – т.з. «фантомні болі»), дістало назву *цефалізації болю*. У цій ситуації формується стійкий синдром хронічного болю, або **хронічний больовий синдром**, який притаманний багатьом хронічним хворобам та практично усім видам злоякісних пухлин.

Біль, що спостерігається в паліативній онкології, являє собою вітальну небезпеку для організму, спричиняючи додаткові нейрофізіологічні зміни та порушення гомеостазу цілісного організму. Саме тому хронічний больовий синдром у термінальний період життя, особливо в онкологічних пацієнтів, значно відрізняється від гострого болю багатьма проявами, що зумовлені стійкістю та силою болю, який відчуває пацієнт.

У документі МОЗ України «Контроль болю в онкології. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах» (М.К. Хобзей, Ю.І. Губський та ін., 2011) хронічний біль визначається як *постійний біль, який може бути від тривалого і рецидивного достатньої тривалості та інтенсивності, до якого, який негативно впливає на здоров'я пацієнта, рівень функцій і якість життя (Wisconsin Medical Society Task Force on Pain Management, 2004)*. Якщо пацієнт раніше не обстежувався, слід спробувати відрізнити нелікований гострий біль від хронічного, нейропатичного болю. В основі останнього лежить до кінця не з'ясоване з патобіохімічної точки зору явище гіперсенситизації нервових структур, коли мінімальні, підпорогові стимули викликають

значне зростання імпульсації в ноцицепторній системі, що клінічно проявляється патологічним зростанням чутливості до невеликих подразнень (*гіпералгезія, аллодинія*).

Больовий синдром у паліативній онкології

Як уже зазначалося, біль є надзвичайно складним біологічним та психоемоційним феноменом, що виникає як реакція організму на дію шкідливих, руйнівних подразнень. Компонентами болю є молекулярно-біологічні (молекулярно-генетичні), біохімічні (метаболичні, нейро-медіаторні), нейрофізіологічні (рецепторні, мембрано-клітинні), суто психологічні (емоційні, когнітивні) та психосоціальні (поведінкові – уникнення болю, депресія/паніка, суїцид тощо) складові.

У клінічних класифікаціях останніх років, з урахуванням рекомендацій Міжнародної Асоціації вивчення болю (International Association for the Study of Pain; IASP), виділяють різні патогенетично обґрунтовані типи болю. Кожен тип болю обумовлений різним ступенем ушкодження м'яких тканин, кісток та внутрішніх органів як самою пухлиною, так і її метастазами. За сучасними клінічними класифікаціями розрізняють такі типи хронічного болю за джерелами його виникнення: 1) ноцицептивний біль: а) соматичний; б) вісцеральний; 2) невропатичний біль; 3) каузалью.

Залежно від клінічної форми та стадії розвитку патології, синдром хронічного болю спостерігається у 45–100% хворих на рак, особливо в термінальній стадії захворювання (О.Е. Бобров та ін., 2003). На початкових стадіях росту пухлини (тобто фактично в період першого звернення пацієнта по медичну допомогу) біль зустрічається у 30–40% хворих, в стадії розповсюдження процесу – у 60–70%, а при генералізації пухлинного процесу – у 90% випадків. Біль, відчуття втоми, втрата апетиту та розвиток кахексії є найбільш поширеними та важкими симптомами, що погіршують якість життя людини в усіх випадках пізніх стадій раку (D.A. Casciato et al., 2008).

За своїми клінічними проявами синдром хронічного болю, особливо у пацієнтів у III–IV клінічній стадії онкологічної хвороби, являє собою найпоширеніший та найстрашніший щодо порушення якості життя прояв розвитку злоякісного новоутворення. Саме тому, як свідчать численні клінічні спостереження та науковий аналіз, найважливіше місце в системі фармакологічних заходів паліативної медицини, зокрема в паліативній онкології, займає боротьба з хронічним больовим синдромом (Ю.І. Губський, М.К. Хобзей, 2011).

Паліативна та хоспісна допомога в онкології

Принципи діагностики та фармакологічного контролю больового синдрому в паліативній онкології

Контроль хронічного болю у паліативних пацієнтів включає в себе діагностику наявності та визначення ступеня больового синдрому, а потому – розробку та реалізацію письмового комплексного плану контролю болю відповідно до потреб та переваг пацієнта за допомогою немедикаментозних та медикаментозних втручань. Важливу роль у правильному виборі тактики лікування хронічного больового синдрому відіграють правильна оцінка та методи діагностики типу, причин та інтенсивності хронічного болю з визначенням його генезу, що повинно здійснюватися на основі:

- 1) простих неінвазивних методів оцінки інтенсивності болю;
- 2) оцінки якості життя пацієнта;
- 3) оцінки індивідуальної реакції хворого на застосування анальгетичних лікарських засобів чи інших симптоматичних методів лікування болю.

Комплекс фармакологічних заходів, спрямованих на контроль хронічного болю, повинен ґрунтуватися на глибокому розумінні медичним працівником того науково обґрунтованого положення, що, виходячи з можливостей сучасної клінічної медицини, зокрема фармакотерапії вискоелективними анальгетиками, біль може бути ліквідований у 80–90% пацієнтів (у тому числі у більшості клінічних ситуацій і у пацієнтів із IV стадією пухлинного процесу). Сучасна стратегія фармакотерапії хронічного больового синдрому повинна ґрунтуватися на розробленій експертами ВООЗ для лікування хронічного болю в онкології схемі трьох рівнів (етапів) лікарського знеболення – так званих «3-х сходинок» ВООЗ (*англ. ladder – сходинки*). При цьому, залежно від клінічних показань, на різних етапах протибольової схеми ВООЗ застосовують різні класи анальгетичних лікарських засобів:

1. Нестероїдні протизапальні лікарські засоби (НПЗЛС) та ненаркотичні анальгетики.
2. Наркотичні (опіоїдні) анальгетики.
3. Допоміжні (ад'ювантні) лікарські засоби, дія яких спрямована на оптимізацію дії анальгетиків.

Однак висновки експертів ВООЗ свідчать про те, що ефективно зарадити сильному болю онкологічного генезу можна лише при застосуванні опіоїдних анальгетиків. Тому при хронічному болю, що не піддається повністю дії ненаркотичних анальгетиків та НПЗЛС, призначають опіоїдні анальгетики, головним представником («золотим стандартом») яких є морфін. Морфін застосовують у медичній практиці близько 150 років у якості найбільш по-

тужного (до створення синтетичних опіоїдів) та ефективного за критерієм «доза-ефект» знеболювача центральної дії. Морфін ((5 α ,6 α)-7,8-didehydro-4,5-epoxy-17-methylmorphinan-3,6-diol) є алкалоїдом, вперше виділеним у 1804 році із стиглої голівки Маку снодійного (*Paraver somniferum*) німецьким фармацевтом Фридріхом Сетюрнером, та, згідно з літературними відомостями, застосовується в медичній практиці у якості знеболювача з 1815 року (<http://en.wikipedia.org/wiki/Morphine>).

Основною фармакологічною дією морфіну є високий та значною мірою вибірковий у терапевтичних дозах болезаспокійливий ефект, що досягається за рахунок гальмування процесів міжнейронної передачі больових імпульсів і пригнічення суб'єктивно-емоційного сприйняття болю. Головними побічними ефектами морфіну є розвиток психічної, а при тривалому застосуванні – й фізичної залежності; при передозуванні – седация та пригнічення дихального центру.

У наш час морфін застосовують у всьому світі у якості потужного знеболювача у вигляді різних лікарських форм морфіну гідрохлориду або морфіну сульфату для перорального (таблетки, розчини, сиропи тощо), ентерального (супозиторії), парентерального (підшкірного, внутрішньом'язового), трансдермального (аплікаційні форми) застосування. Відповідно до багаторічної клінічної практики, морфін у неін'єкційних лікарських формах рекомендований при сильному болю різного генезу (травми, післяопераційний біль, потужний та нестерпний біль при онкологічних захворюваннях тощо) і входить у якості препарату вибору в усі сучасні стандарти, рекомендації та протоколи знеболення, засновані на принципах доказової медицини, що затверджені ВООЗ (WHO Pain Ladder) та іншими міжнародними медичними організаціями, зокрема ІАРНС (International Association of Palliative and Hospice Care), National Foundation for the Treatment of Pain (USA), SIGN 106 Control of Pain in adults with cancer – «Контроль болю у дорослих з раком: Національна клінічна настанова. Шотландія» та ін.

Препаратами морфіну, що дозволені для медичного застосування в Україні, є:

- *Морфіну гідрохлорид*. Розчин для ін'єкцій 1% по 1 мл в ампулах у № 5x20 (Виробник: Харківське державне фармацевтичне підприємство «Здоров'я народу», м. Харків, Україна);
- *Морфіну сульфат*. Таблетки по 0,005 г № 50 (10x5) у блістерах в паці; таблетки по 0,010 г № 10(10x1), № 50 (10x5) у блістерах в паці, № 140 (10x14) у блістерах в груповій паці (Виробник: Товариство з додатковою відповідальністю «ІнтерХім», м. Одеса, Україна).

До опіоїдних анальгетиків, які дозволені для клінічного застосування в Україні і включені до Державного Формуляру лікарських засобів МОЗ України (вип. 2016 р., дод. 8 «Лікарські засоби для застосування в паліативній медицині», Ю.І. Губський та ін.), належать також окремі лікарські форми кодеїну, трамадолу, фентанілу, бупренорфіну.

Принципи контролю больового синдрому опіоїдними анальгетиками

Важливі принципи рекомендації застосування опіоїдних анальгетиків запропоновані Національною фундацією боротьби з болем США (*National Foundation for the Treatment of Pain; USA*) [<http://www.paincare.org>]. Головними положеннями є:

1. При медичному застосуванні препаратів-опіоїдів повинні виконуватися стандартні фармакологічні принципи, а саме:

а. Лікарський засіб, що застосовується, повинен застосовуватися згідно з рекомендованою ВООЗ концепцією «сходів» (ladder), тобто починатися з початкового доступного опіоїду і рухатися «нагору» до більш потужних препаратів опіоїдної групи на підставі виключно клінічної ефективності застосування попереднього препарату.

Доза та схема застосування препарату повинна також титруватися «нагору» з поступовим раціональним збільшенням дози, уважним контролем клінічного ефекту, ускладнень та побічної дії.

б. Побічні ефекти та ускладнення повинні суворо контролюватися та реєструватися і враховуватися в схемі подальшого дозування препарату.

2. При виборі препарату опіоїдів повинні враховуватися рекомендації відомих міжнародних фармакологічних ресурсів.

а. Максимальна доза лікарського засобу з класу опіоїдів, що застосовується в паліативній медицині, повинна обґрунтовуватися лише досягненням необхідного клінічного ефекту.

б. Пригнічення дихання є головним побічним ефектом опіоїдів, тому саме цей ефект повинен суворо контролюватися. Інші побічні ефекти, такі як седатія, нудота, сверблячка та закріп, повинні лікуватися симптоматично. Якщо ці реакції не усуваються, необхідно перейти до вживання іншого опіоїду.

с. Пацієнт повинен бути проінформований про можливість фізіологічної залежності та її чітку відмінність від адиктивних порушень (Addictive Disorders). Пацієнт повинен зрозуміти, що, на відміну від фізіологічної залежності, коли хворобливі симптоми (біль) знову виникають при повній відміні та зменшенні дози лікарського засобу, стан адикції полягає у примусовій залежності від опіоїду, що супроводжується деструктивними фізични-

ми, функціональними та соціальними наслідками для людини.

д. Псевдоадикція полягає в ситуації, коли пацієнт змушений вимагати додаткової дози лікарського засобу, оскільки призначена доза опіоїду є недостатньою для повного купірування болю.

е. Пацієнтів не можна дезінформувати в тому сенсі, що споживання опіоїду обов'язково призведе до виникнення адиктивної залежності, оскільки це не підтверджено науково обґрунтованими доказами.

ф. Пацієнтів не можна дезінформувати, що опіоїди обов'язково спричиняють органотоксичність та ушкодження головного мозку.

3. Опіоїдні лікарські засоби повинні застосовуватися для полегшення болю і страждань тільки в разі:

а. Надійного встановлення діагнозу захворювання, що є причиною больового синдрому.

б. Боротьбу з болем треба проводити, використовуючи всі можливі медичні підходи: фармакологічні, фізіотерапевтичні, психіатричні, психологічні, хірургічні та інші. Лікар повинен вжити усіх заходів для якнайшвидшої ліквідації больового синдрому у пацієнта.

Фундаментальний принцип якісної медичної практики полягає у лікуванні болю із застосуванням найменш інвазивних медичних втручань. Підкреслюючи переваги для паліативної медицини пероральних форм морфіну, слід також зазначити, що саме вони забезпечують хворому, що знаходиться поза межами закладу охорони здоров'я, можливість самостійно (або за допомогою членів родини) купірувати біль при його виникненні або посиленні, зокрема в нічний період, не чекаючи прибуття медичного працівника, а також уникнути ін'єкцій, особливо болісних при генералізованому больовому синдромі.

Тим більше неприпустимим з етичної точки зору є положення, коли обмеження в застосуванні опіоїдних анальгетиків застосовуються щодо хворого в термінальному періоді життя під приводом можливості виникнення у нього адиктивної залежності. Абсолютно зрозуміло, що як із суто клінічного погляду, так і з міркувань загальної гуманності, питання про безпеку виникнення хворобливої залежності в цих умовах вже не є актуальними і не мають сенсу (WHO. Cancer pain relief. Geneva: WHO, 1986).

Нормативна база застосування опіоїдних анальгетиків в Україні

Основними нормативними документами, що контролюють медичне застосування наркотичних (опіоїдних) анальгетиків в Україні, є:

- Закон України «Про обіг в Україні наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів і прекурсорів» від 15.02.1995 р. № 60/95-ВР;

Паліативна та хоспісна допомога в онкології

- *Постанова Кабінету Міністрів України від 13.05.2013 р. № 333 «Про затвердження Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я»;*
- *Наказ МОЗ України від 15.03.2013 р. № 203 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України» від 19 липня 2005 року № 360 щодо Правил випускання рецептів та вимог-замовлень на лікарські засоби і виробу медичного призначення;*
- *Уніфікований клінічний протокол паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі, розроблений на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю», як джерела доказової інформації про найкращу медичну практику, затверджений наказом МОЗ України від 25.04.2012 № 311 «Про затвер-*

дження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації паліативної медичної допомоги при хронічному больовому синдромі».

Висновки

Таким чином, у сучасному світі надання медичної паліативної допомоги, зокрема фармакологічного знеболення, паліативним пацієнтам, що страждають на хронічний больовий синдром, є надзвичайно актуальним.

Згідно із сучасними науковими уявленнями про патофізіологічні та патобіохімічні механізми розвитку хронічного больового синдрому, пацієнти, що страждають на злоякісні новоутворення, особливо в термінальний період життя, потребують анальгетичних лікарських засобів, у тому числі препаратів із класу лікарських опіоїдів, з метою ефективного контролю болю.

Література

4. Біофізичні властивості мембран еритроцитів та механізми взаємодії з ненаркотичними анальгетиками в умовах гострого больового синдрому / Губський Ю. І., Бухтіарова Т. А., Горюшко Г. Г. [та ін.] // *Український біохім. журн.* — 2014. — Т. 86, № 3. — С. 91–99.
5. Вороненко Ю. В. Створення системи паліативної і хоспісної допомоги в умовах реформування охорони здоров'я в Україні: медичні та соціальні аспекти / Ю. В. Вороненко, Ю. І. Губський, А. В. Царенко // *Наука і практика.* — 2014. — № 1. — С. 63–75.
6. Губський Ю. І. Інституціональні питання стану та перспектив надання паліативної медичної допомоги в Україні: соціальні, медико-правові та клініко-фармацевтичні аспекти // *Реабілітація та паліативна медицина.* — 2015. — Т. 1, № 1. — С. 20–26.
7. Губський Ю. І. Молекулярна фармакологія болю: мембрани, рецептори, антиоксиданти / Ю. І. Губський, Т.А. Бухтіарова // *Ukrainian Biochem. Journal.* — 2014. — Т. 86, № 5 (2). — С. 11–12.
8. Губський Ю. І. Проблема болю в паліативній медицині: соціальний виклик та молекулярна фармакологія / Ю.І. Губський // *Фармакологія та лікарська токсикологія.* — 2013. — № 6 (36). — С. 85–90.
9. Губський Ю. І. Розвиток паліативної та хоспісної допомоги в Україні: організаційні, юридичні та медичні аспекти / Ю. І. Губський, Н. Г. Гойда, А. В. Царенко // *Реабілітація та паліативна медицина.* — 2015. — Т. 1, № 1. — С. 68–74.
10. Губський Ю. І. Фармакотерапія в паліативній та хоспісній медицині. Клінічні, фармацевтичні та медико-правові аспекти: монографія / Ю. І. Губський, М. К. Хобзей. — Київ: Здоров'я, 2011. — 352 с.
11. Лечение болевого синдрома в онкологии / Бобров О. Е., Брындиков Л. Н., Кравченко А. В. [и др.]; по ред. И.П. Шлапак, Е. А. Ярош. — Ровно: Каллиграф, 2003. — 196 с.
12. Медико-соціальна характеристика організації системи паліативної та хоспісної допомоги в Україні / Гойда Н.Г., Губський Ю. І., Князевич В. М., Царенко А. В. // *Збірка наук. пр. співроб. НМАПО імені П. Л. Шупика.* — 2014. — № 23 (3). — С. 101–115.
13. Паллиативная помощь онкологическим больным / под ред. проф. Г. А. Новикова, акад. РАМН, проф. В. И. Чисова — Москва: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. — 192 с.
14. Питання розвитку паліативної допомоги дітям в Україні / Вороненко Ю. В., Моїсеєнко Р. О., Князевич В. М., Мартинюк В. Ю. // *Реабілітація та паліативна медицина.* — 2015. — Т. 1, № 1. — С. 27–33.
15. Хронічний больовий синдром в онкологічних хворих / Бондар Г. В., Черній В. І., Єльський В. М. [та ін.]. — Донецьк, 2010. — 236 с.
16. Шекера О. Г. Модель залучення лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання паліативної і хоспісної допомоги пацієнтам вдома / О. Г. Шекера, А. В. Царенко, Ю. І. Губський // *Здоров'я суспільства.* — 2014. — № 1–2. — С. 29–35.

17. *Approaching Death: Improving Care at the End of Life [Electronic resource]* / Marilyn J. Field and Christine K. Cassel, Editors; Committee on Care at the End of Life, Institute of Medicine. 1997. – P. 1–456. – URL: <http://www.nap.edu/catalog/5801.html> – Title from screen.
18. Doyle D., Woodruff R. *Manual of Hospice Care and Palliative Care [Electronic resource]* / D. Doyle, R. Woodruff. – URL: <http://www.hospicecare.com/iahpc-manual>. – Title from screen.
19. *Manual of Clinical Oncology* / Casciato D. A., ed. – Lippincott Williams & Wilkins. A Wolters Kluwer Company, 2004.
20. *Morphine and alternative opioids in cancer pain: the EAPC Recommendations* / Hanks G. W. [et al.] // *Br. J. Cancer*. – 2001. – Vol. 84 (5). – P. 587–593.
21. Spiegel D. *Pain and depression in patients with cancer* / D. Spiegel, S. Sands, C. Koopman // *Cancer*. – 1994. – Vol. 74 (9). – P. 2570–8.
22. *Symptom Prevalence, Characteristics and Distress in a Cancer Population* / Portenoy R. K., Thaler H. T., Kornblith A. B. [et al.] // *Quality of Life Research*. – 1994. – Vol. 3. – P. 183–189.
23. *Validation of World Health Organization guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study* / Zech D., Grond S., Lynch J. [et al.] // *Pain*. – 1995. – Vol. 63 (1). – P. 65–76.

Фармакологический контроль болевого синдрома как составляющая паллиативной медицинской помощи Ю.И. Губский, О.И. Толстых, Г.И. Парамонова

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», г. Киев

Научно-координационное управление НАМН Украины, г. Киев

В статье рассмотрена медико-социальная актуальность оказания медицинской паллиативной помощи, в частности фармакологического обезболивания, паллиативным пациентам, страдающим хроническим болевым синдромом. Подчеркивается необходимость контроля хронической боли в терминальный период жизни у лиц со злокачественными новообразованиями. На основании анализа современных научных представлений о патофизиологических и патобиохимических механизмах развития хронического болевого синдрома обоснована современная схема применения с целью эффективного контроля боли анальгетических лекарственных средств, в том числе препаратов из класса лекарственных опиоидов. Приведена действующая нормативная база относительно применения опиоидных анальгетиков в Украине.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, хронический болевой синдром, обезболивание.

Pharmacological control of pain syndrome as a part of palliative medical care

Yu.I. Gubskiy, O.I. Tolstykh, G.I. Paramonova

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kiev, Ukraine

SI «D.F. Chebotaryov Institute of Gerontology NAMS of Ukraine», Kiev

Research and coordination department of NAMS of Ukraine, Kyiv

In the review article the medical and social relevance of medical palliative care, in particular pharmacological pain management to palliative patients suffering from chronic pain syndrome is examined. That has emphasized the need of control chronic pain during the terminal period of life of oncology patients. According to the analysis of the modern scientific ideas about the pathophysiological and pathobiochemical mechanisms of chronic pain development was substantiated the modern scheme of the application of analgesic preparations and preparations of the opioid class in order to control pain more effectively. The existing regulatory framework about the use of opioid analgesics in Ukraine is carried out.

Key words: palliative medical care, chronic pain syndrome, anesthesia.

ВІДОМОСТІ ПРО АВТОРІВ:

Губський Юрій Іванович – д.мед.н., проф., чл.-кор. НАМН України, директор Державного навчально-науково-методичного центру паліативної та хоспісної медицини, зав. каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205-48-61.

Толстых Ольга Іванівна – к.біол.н., доц. каф. паліативної та хоспісної медицини НМАПО ім. П.Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9; тел. (044) 205-48-61.

Парамонова Г.І. – д.мед.н. ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф.Чеботарьова НАМН України». Адреса: м. Київ, вул. Вишгородська, 67; тел. (44) 430-40-68.

Стаття надійшла до редакції 15.09.2016 р.