

# ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА КОНТРОЛЬ БОЛЮ ТА СИМПТОМІВ НАСТАНОВА ДЛЯ ДОРΟΣЛИХ

## ДЛЯ ПЕРСОНАЛУ, ЩО НАДАЄ ЗАГАЛЬНУ ПАЛІАТИВНУ ДОПОМОГУ

---

Стратегічна клінічна мережа  
Великого Манчестеру та Східного Чешира

**П'яте видання**

Схвалено GMMMG: листопад 2019

Дата публікації: листопад 2019

Дата перегляду: листопад 2022



## ЗМІСТ

<u>ВСТУП</u>	4
<u>ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ В ПАЛІАТИВНІЙ ТЕРАПІЇ</u>	5
<b>РОЗДІЛ 1 СПЕЦИФІЧНІ СИМПТОМИ</b>	
<b>БІЛЬ</b>	
■ <u>Оцінка болю</u>	9
■ <u>Контроль болю – загальні положення</u>	10
■ <u>Сходинок знеболювання ВООЗ</u>	11
■ <u>Альтернативні сильнодіючі опіоїди</u>	19
■ <u>Лікування при побічних реакціях на опіоїди</u>	26
■ <u>Застосування налоксону</u>	27
■ <u>Ад'ювантні анальгетики</u>	29
<u>НУДОТА ТА БЛЮВОТА</u>	32
<u>ШЛУНКОВО-КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ</u>	36
<u>ЗАКРЕП</u>	40
<u>ДІАРЕЯ</u>	42
<u>СТОМЛЮВАНІСТЬ</u>	44
<u>АНОРЕКСІЯ</u>	45
<u>ЗАДИШКА</u>	46
<u>КАШЕЛЬ</u>	50
<u>СЕКРЕЦІЯ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ</u>	52
<u>ЗАХВОРЮВАННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ</u>	53
<u>ГИКАВКА</u>	56
<u>ДЕЛІРІЙ ТА СПЛУТАНИЙ СТАН</u>	58
<u>СВІДОМОСТІ</u>	
<u>ТРИВОЖНІСТЬ</u>	61
<u>ДЕПРЕСІЯ</u>	64
<u>БЕЗСОННЯ</u>	66

НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В ПАЛІАТИВНІЙ ТЕРАПІЇ			
■ <u>Нейтропенічний сепсис</u>	67	■ <u>Алгоритм 4 – Пацієнт, який користується пластирами з фентанілом чи бупренорфіном, та втратив здатність ковтати.</u>	105
■ <u>Гіперкальціємія</u>	67		
■ <u>Синдром верхньої порожнистої вени (свпв)</u>	69	■ <u>Алгоритм 5 – Неспокій та / або ажитація на термінальній стадії життя</u>	106
■ <u>Компресія спинного мозку метастазами (ксмм)</u>	70	■ <u>Алгоритм 6 – Секреція дихальних шляхів</u>	107
■ <u>Компресія кінського хвоста – поперековий відділ хребта, нижче L1</u>	71	■ <u>Алгоритм 7 – Задишка</u>	108
■ <u>Масивна кровотеча</u>	72	■ <u>Алгоритм 8 – Нудота та/або блювота</u>	109
<u>КОРТИКОСТЕРОЇДИ</u>	74	■ <u>Алгоритм 9 – Пацієнт, що отримує протиепілептичні засоби в зв'язку з судомами або для профілактики судом</u>	110
<b>РОЗДІЛ 2 СПЕЦИФІЧНІ СИТУАЦІЇ</b>		<b>РОЗДІЛ 4 ДОДАТКИ</b>	
<u>МЕНЕДЖМЕНТ СИМПТОМІВ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ</u>	79	<u>ДОДАТОК 1 – ТАБЛИЦІ ПЕРЕРАХУНКУ ДОЗ ОПІОЇДІВ</u>	112
<u>ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТУ НАПРИКІНЦІ ЖИТТЯ</u>	84	<u>ДОДАТОК 2 – ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТА ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ПРИ ЗВЕРНЕННІ ЗА ПОРАДОЮ ЩОДО ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ПАЛІАТИВНІ ПОСЛУГИ</u>	117
<u>ЗАСТОСУВАННЯ ІМПЛАНТОВАНОГО КАРДІОВЕРТЕРА-ДЕФІБРИЛЯТОРА</u>	86		
<u>ЛІКУВАННЯ СИМПТОМІВ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ</u>	88	<u>ДОДАТОК 3 – ПРИЗНАЧЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ПАЛІАТИВНІЙ ТА ПІДТРИМУВАЛЬНІЙ ТЕРАПІЇ</u>	120
<b>РОЗДІЛ 3 ДОГЛЯД НАПРИКІНЦІ ЖИТТЯ</b>		<b>РОЗДІЛ 5 ПОСИЛАННЯ НА ДЖЕРЕЛА ТА СКОРОЧЕННЯ</b>	
<u>ПРІОРИТЕТИ ПРИ ДОГЛЯДІ НАПРИКІНЦІ ЖИТТЯ</u>	93	<u>ПОСИЛАННЯ НА ГОЛОВНІ ДЖЕРЕЛА СКОРОЧЕННЯ</u>	123
<u>КОНТРОЛЬ СИМПТОМІВ</u>	94		124
<u>ПІДТРИМКА ГІДРАТАЦІЇ / ЗБЕРЕЖЕННЯ ВОДНОГО БАЛАНСУ</u>	96		
<u>ШПРИЦЕВІ НАСОСИ (ІНФУЗОМАТИ)</u>	98		
<u>АЛГОРИТМИ КОНТРОЛЮ СИМПТОМІВ В ОСТАННІ ДНІ ЖИТТЯ</u>			
■ <u>Алгоритм 1 – Пацієнт, який ще не отримує сильнодіючі опіоїди, та втратив здатність ковтати</u>	102		
■ <u>Алгоритм 2 – Пацієнт, який регулярно отримує морфін перорально, та втратив здатність ковтати</u>	103		
■ <u>Алгоритм 3 – Пацієнт, який регулярно отримує оксикодон перорально, та втратив здатність ковтати</u>	104		

## ВСТУП

Це – п'яте видання настанов з паліативної допомоги, контролю болю та симптоматичної терапії стратегічної клінічної мережі Великого Манчестера та Східного Чешира. Рівень наведених подробиць розрахований на задоволення потреб персоналу загального профілю, що опікується пацієнтами, які потребують паліативної допомоги, в усіх умовах, а саме, в лікарні, вдома та в будинках догляду. Особам, що надають спеціалізовану паліативну допомогу, рекомендовано ознайомитися з Довідником з паліативної допомоги, 6-те видання (Palliative Care Formulary 6th Edition – далі PCF6<sup>1</sup>), та місцевими рекомендаціями для отримання детальнішої інформації з симптоматичного лікування.

Настанови стосуються контролю симптомів та ситуацій, які можуть виникати у пацієнтів, що потребують паліативної допомоги, а також догляду наприкінці життя у пацієнтів з прогресуючим захворюванням пізньої стадії. Їх слід застосовувати разом з іншими національними та регіональними довідниками та настановами, наприклад:

- Державний реєстр лікарських засобів в Україні (ДРЛЗ)
- Довідник групи управління лікарськими засобами Великого Манчестера або Довідник команди управління лікарськими засобами Центрального та Східного Чешира.
- Відповідні настанови Національного інституту здоров'я та вдосконалення допомоги Англії (NICE).

<sup>1</sup>Palliative Care Formulary 6th Edition (PCF6) – доступно в мережі Інтернет, мова викладу англійська.

# ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ СИМПТОМАТИЧНОГО ЛІКУВАННЯ В ПАЛІАТИВНІЙ ТЕРАПІЇ

Належна паліативна допомога полягає не лише в підтримці людини протягом останніх місяців, днів та годин життя, але й в покращенні якості життя пацієнтів та їхніх близьких на кожному етапі прогресування захворювання після постановки діагнозу. Паліативну допомогу слід планувати разом з активним лікуванням основного захворювання з перших етапів його розвитку. Паліативна допомога фокусується на особі, а не захворюванні, та ґрунтується на комплексних методах задоволення фізичних, практичних, функціональних, соціальних, емоційних та духовних потреб пацієнтів та осіб, що ними опікуються, які стикаються з прогресуючим захворюванням та тяжкою втратою.

У настанові наведена інформація щодо загальних методів контролю симптомів або ситуацій. **Водночас допомога повинна бути індивідуалізованою, спиратися на потреби кожного пацієнта.**

**Ефективна симптоматична терапія полягає в:**

- **Оцінці** – наприклад, причини появи симптому, його впливу на життя пацієнта, а також лікування, що вже надавалося.
- **Поясненні** – пацієнтові та його близьким причини виникнення симптому та можливих варіантів лікування.
- **Лікуванні** – індивідуально обраному для конкретного пацієнта. Слід намагатися усунути зворотні причини, дотримуватися безмедикаментозної терапії де це можливо, а медикаментозна терапія повинна бути якомога простішою, за необхідності звертатися за порадою.
- **Моніторингу** – регулярно перевіряйте результати лікування, звертайте увагу на деталі.

*(Посилання: Настанови з паліативної терапії, Шотландія, Симптоматичне лікування при раку пізньої стадії<sup>2</sup> (Scottish Palliative Care Guidelines, Symptom Management in Advanced Cancer))*

<sup>2</sup>Scottish Palliative Care Guidelines, Symptom Management in Advanced Cancer - доступно в мережі Інтернет, мова викладу англійська

## ЗВЕРНЕННЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА

У настанові часто повторюється рекомендація щодо звернення за порадою до спеціаліста. Для отримання поради чи подальшої інформації звертайтеся до найближчого відділення паліативної допомоги або спеціалізованої команди з паліативної терапії.

Застосування лікарських препаратів не за показаннями, вказаними в реєстраційному посвідченні (раніше відоме, як ліцензія на препарат).

Багато лікарських препаратів застосовують в паліативній терапії не за показаннями, вказаними в реєстраційному посвідченні, а за рішенням спеціаліста, який їх призначає. Вказані в цій настанові дози препарату чи призначення до застосування не позбавляє лікаря від персональної відповідальності при наданні лікування, в якому він є впевненим, може обґрунтувати, та яке є обраним з урахуванням індивідуальних потреб пацієнта. Детальна інформація щодо схвалених показань наведена в поточній редакції ДРЛЗ.

**Співавтори цього видання:**

Др. Аруна Ходгсон (Dr Aruna Hodgson)	Клінічний керівник, група оновлення та фіналізації настанов з паліативної допомоги, контролю болю та симптомів, стратегічної клінічної мережі Великого Манчестера та Східного Чешира (Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks Palliative Care Pain and Symptom Control Guidelines Update Task and Finish Group)
Др. Деббі Александер (Dr Debbie Alexander)	Медичний директор, Хоспіс Східного Чешира (Medical Director, East Cheshire Hospice)
Др. Стефані Лінпетт (Dr Stephanie Lippett)	Головний лікар хоспісу (громада), Хоспіс Спрингхілл (Senior Hospice Dr(Community), Springhill Hospice)
Елейн Паркін (Elaine Parkin)	Менеджер програми покращення якості, Паліативна допомога та допомога наприкінці життя, стратегічна клінічна мережа Великого Манчестера та Східного Чешира (Quality Improvement Programme Manager, Palliative and End of Life Care, Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks)
Дженні Пікард (Jennie Pickard)	Фармацевт в галузі паліативної допомоги, хоспіс св. Анни, Фондовий траст національної системи охорони здоров'я при центрі Хілд Грін та Університеті Манчестера (Palliative Care Pharmacist, St Ann's Hospice, Heald Green and Manchester University NHS Foundation Trust)
Анна Свіфт (Anna Swift)	Головний заступник директора з контролю лікарських засобів, клінічна група, відповідальна за впровадження послуг, національна система охорони здоров'я, Віган Боро (Senior Assistant Director Medicines Management, NHS Wigan Borough Clinical Commissioning Group)
Др Давід Ватерман (Dr David Waterman)	Клінічний керівник стратегічної клінічної мережі з паліативної допомоги та допомоги наприкінці життя (Palliative and End of Life Care Clinical Lead, Greater Manchester and Eastern Cheshire Strategic Clinical Networks)

**Видання схвалене:** Консультаційна група стратегічної клінічної мережі паліативної терапії та допомоги в термінальній стадії, Великий Манчестер та Східний Чешир.

**Подяки:** Усім колегам, що займаються спеціалізованою паліативною допомогою, які брали участь у підготовці попередніх видань цієї настанови.

**Переклад та адаптація:** Робоча група при кафедрі паліативної та хоспісної медицини Національний університет охорони здоров'я України ім.П.Л. Шупика  
Царенко Анатолій Володимирович, д.м.н., професор, завідувач кафедри;  
Максимова Зоя Володимирівна, лікарка паліативної допомоги, асистентка кафедри.  
За технічної підтримки Проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я»



## РОЗДІЛ 1



# СПЕЦИФІЧНІ СИМПТОМИ



# БІЛЬ

## 1. Оцінка болю

- Належна оцінка є життєво важливою для ефективного лікування.
- Багато пацієнтів, що потребують паліативної допомоги, страждають від різноманітного болю.
- Слід оцінити кожен вид болю окремо, а також, за можливості, ідентифікувати ймовірну причину болю.
- Біль може бути постійним або періодичним (проривний біль).

### Ставте запитання щодо:

- місця болю та його іррадіації – зображення тіла може бути допоміжним
- характеру – перелік описових слів може бути допоміжним
- часу початку, інтенсивності та тяжкості – може бути допоміжною шкалою оцінки, наприклад, числова шкала, де 0 = відсутність болю, а 10 = тяжкий / нестерпний біль, або проста вербальна шкала оцінки – біль відсутній / низької / середньої / високої інтенсивності
- часу та тривалості
- чинників, що підсилюють біль
- чинників, що послаблюють біль, включно з лікарськими засобами
- впливу болю на функціонування, сон та настрої
- відповідь на попередні лікарські засоби та лікування
- пов'язаних симптомів.
- Розгляньте доцільність використання структурованої анкети для оцінки болю для реєстрації даних щодо болю у пацієнта.
- Обстежте пацієнта, спробуйте виявити причину болю, наприклад, незначальні відчуття, болісне збільшення печінки.
- Оцініть вплив болю на пацієнта та його родину. Розгляньте інші чинники, такі, як емоційний, психологічний чи духовний розлад, що впливають на сприйняття болю.
- Розгляньте доцільність проведення обстежень для виявлення причини болю.

### Часті причини болю

- **Пов'язані із захворюванням:** ракові метастази, збільшення внутрішнього органу, внаслідок чого виникає тиск на навколишні структури:
  - кістковий біль: заострення болю при натисканні, напруженні чи піднятті важких речей
  - нервовий біль: пекучий біль, біль, що стріляє, поколювання, електричний струм, сенсорні порушення, підвищена або занижена чутливість шкіри до дотику
  - компресія спинного мозку: біль у спині, корінцевий біль, що охоплює, мов пасом
  - біль в печінці: збільшення печінки, біль при натисканні в правому верхньому квадранті черевної порожнини, що віддає у верхівку плеча
  - збільшений внутрішньочерепний тиск: головний біль, нудота чи обидва симптоми, часто погіршується вранці чи в положенні лежачи
  - кольки: періодичний спазмуючий біль. Розгляньте можливість непрохідності кишечника, спазму сечового міхура.
- **Пов'язаний з лікуванням:** невропатія, зумовлена хіміотерапією, закріп внаслідок отримання опіодів, викликаний опроміненням мукозит.
- **Знесилення:** пролежні, тяжка кахексія, кандидоз ротової порожнини.
- **Інші непов'язані хвороби:** артрит, остеопороз, захворювання судин, гастрит.

Таблиця 1. Найпоширеніші види болю у пацієнтів, що потребують паліативної допомоги, та запропоноване лікування

Біль	Приклад	Характер	Початкове лікування	Допоміжні засоби	Розгляньте доцільність
<b>Глибокий соматичний</b>	Метастази в кістки	Ниючий, глибокий. Підсилюється при рухах чи піднятті важких речей	Сходинки знеболювання ВООЗ	НПЗП габапентин	Радіохірургія; бісфосфонати
<b>Вісцеральний</b>	Печінка, легені, кишківник	Гострий біль або глибокий, пульсуєчий. Підсилюється при нахиланні чи диханні.	Сходинки знеболювання ВООЗ	Кортикостероїди НПЗП	Блокада нерву; хірургічне втручання
<b>Нейропатичний</b>	Стискання нерву; Ушкодження нерву; Метастази в кістки	Пекучий, стріляючий; сенсорні порушення в зоні ураженої ділянки	Драбина знеболювання ВООЗ	Трициклічні антидепресанти, наприклад амітриптилін; протиепілептичні засоби, наприклад, габапентин / прегабалін; СІЗЗС, наприклад, дулоксетин; Кортикостероїди	Променева терапія; Черезшкірна електронейро стимуляція (ЧЕНС) / Підшкірна електронейро стимуляція (PENS); Блокада нерву; Капсаїцин для зовнішнього застосування
<b>Спазм гладких м'язів</b>	Непрхідність кишечника; Спазм сечового міхура	Глибокий, відчуття скручування, кілько подібний (хвилями)	Можлива відповідь на опіоїди – індивідуальна реакція	Антихолінергічні засоби, наприклад, гіосцину бутилбромід в зв'язку з кількома кишечника	Хірургічне втручання в зв'язку з непрхідністю

## 2. Контроль болю – загальні положення

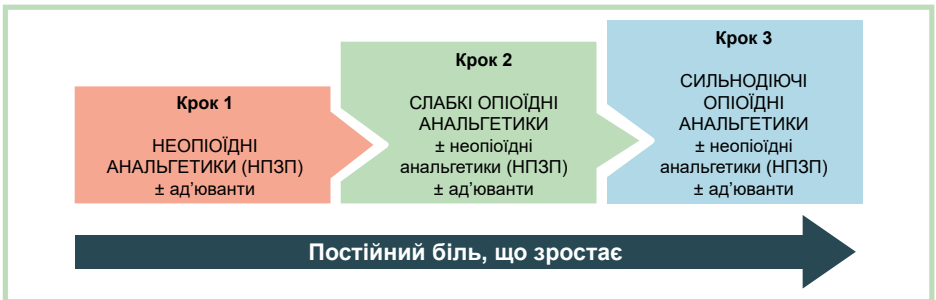
- Обирайте реалістичні цілі, наприклад, свобода від болю вночі / в стані спокою / при рухах.
- Надайте пацієнтові та його близьким інформацію та інструкції щодо болю та його контролю. Спонукайте їх брати активну участь у моніторингу контролю болю.
- Регулярно переглядайте ефективність контролю болю.
- Корируйте очікування пацієнта щодо оптимального контролю болю, оскільки постійна свобода від болю може бути недосяжною.
- Розгляньте доцільність перевірки ниркових та печінкових функцій до призначення знеболювальних засобів, якщо нещодавно отримані результати аналізу крові відсутні.

### 3. Сходинки знеболювання ВООЗ

(Посилання: Настанови ВООЗ з фармакологічного та радіотерапевтичного контролю болю, пов'язаного з раком, у дорослих та підлітків, 2018)

- Сходинки знеболювання ВООЗ надає **загальні інструкції** щодо контролю болю, які ґрунтуються на інтенсивності болю. Водночас вона не замінює потребу в індивідуальному підході, базованому на ретельній оцінці індивідуального відчуття болю пацієнтом.

#### Малюнок 1. Триступеневі сходинок знеболювання з прикладами



#### Таблиця 2. Приклади застосування сходінок знеболювання ВООЗ

Пацієнт на знеболювальних засобах – слабкий біль

Приклад – крок 1	Приклад – крок 2	Приклад – крок 3
<p>Призначити регулярний прийом парацетамолу</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>звичайна доза становить 1 г чотири рази на добу, втім зниження дози рекомендоване багатьом пацієнтам, що потребують паліативної допомоги (див. подробиці нижче).</li> </ul> <p><b>та / або</b></p> <p>НПЗП, наприклад, ібупрофен, напроксен чи целекоксиб</p>	<p>Якщо біль є стійким або посилюється</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>скасувати подальший прийом парацетамолу, якщо він не усуває біль</li> <li>призначити кодеїну, по 30 – 60 мг, чотири рази на добу, <b>для регулярного застосування</b></li> </ul> <p>(Крок 2 можна пропустити – див. подробиці нижче)</p>	<p>Максимальні дози парацетамолу та кодеїну, але біль стійкий чи посилюється</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>скасувати подальший прийом парацетамолу, якщо він не усуває біль</li> <li><u>скасувати подальший прийом кодеїну</u></li> <li>призначити сильнодіючі опіоїди, наприклад, морфін для перорального застосування (див. подробиці нижче)</li> </ul>

#### При початковому виборі знеболювального засобу слід брати до уваги причину та інтенсивність болю

- При несильному болі слід розпочинати з кроку 1.
- При болі середнього ступеня тяжкості слід розпочинати з кроку 2 чи кроку 3 (див. розділ нижче, інформація щодо слабких опіоїдів).
- При болі високого ступеня тяжкості слід розпочинати з кроку 3.

Таблиця 3. Принципи застосування знеболювальних засобів

Для перорального застосування	За можливості слід обирати знеболювальні засоби для перорального прийому.
Прийом по годинам	Знеболювальні засоби слід приймати регулярно, з належними часовими інтервалами, залежно від типу препарату та тривалості дії.
Індивідуальний вибір	Контроль болю у кожного пацієнта потребує індивідуальної ретельної оцінки та вибору належних варіантів лікування.
З увагою до деталей	Час прийому першої та останньої дози слід узгоджувати з часом пробудження пацієнта та часом, коли він засинає. В ідеалі режим прийому знеболювальних засобів слід детально розписати для пацієнта та членів його родини, із зазначенням назви лікарських препаратів, причини призначення, дози та інтервалів прийому. Пацієнтів слід попереджати про можливі побічні ефекти кожного з призначених лікарських препаратів.



## Сходинки знеболення ВООЗ, Крок 1 – неопіодні анальгетики

### (i) Парацетамол (див. PCF6)

- **Звичайне дозування** – для пацієнтів без факторів ризику гепатотоксичного впливу парацетамолу, стандартний режим прийому становить 1 г чотири рази на день
- **Для пацієнтів з більше ніж одним фактором ризику гепатоксичного впливу (похилий вік, маса тіла менша за 50 кг, погане харчування, хронічне вживання алкоголю)** – рекомендоване зниження дози до 500 мг чотири рази на день, зі збільшенням дози, за необхідності, максимум до 3 г на день, з розподілом дози на кілька прийомів.
- **Для пацієнтів з тяжкою нирковою недостатністю (рШКФ < 10 мл/хв.)** – знижена доза (максимум 3 г / 24 год.) (див. PCF6). Подальші інструкції наведені в розділі [Менеджмент симптомів у пацієнтів з нирковою недостатністю](#).

### (ii) НПЗП

НПЗП є особливо корисними при наявності запальної складової болю. До варіантів відносяться:

- Ібупрофен, по 200 – 400 мг три рази на день.
- Також можливе застосування напроксену, по 250 – 500 мг двічі на день.
- Целекоксиб, по 100 мг двічі на день, зі збільшенням дози, при необхідності, до 200 мг двічі на день (див. PCF6).

Подальші інструкції наведені в розділі [Ад'ювантні знеболювальні засоби](#)

## Сходинки знеболення ВООЗ, Крок 2 – слабкі опіодні анальгетики (див. PCF6)

Фармакологічна потреба в слабких опіодних засобах, по суті, відсутня, наразі все частіше надають перевагу застосуванню сильніючих опіодних засобів в паліативній терапії. Морфін (або альтернативний сильніючий опіодний засіб), низькими дозами, як правило, забезпечує позбавлення болю онкологічних пацієнтів швидше та ефективніше, ніж слабкі опіодні засоби.

Розглядаючи доцільність призначення слабого опіодного засобу, слід пам'ятати, що:

- Для знеболювального ефекту кодеїну метаболізується на морфін в організмі. У поганих «метаболізаторів» кодеїну знеболювальний ефект може бути відсутній. У занадто швидких «метаболізаторів» можливий токсичний вплив.
- Дигідрокодеїн є активною субстанцією, отже, його ефект не залежить від метаболізму.

Див. також [Таблицю 42. Перерахунок дози при переведенні зі слабких опіодів на морфін для перорального прийому](#).

## Сходинки знеболення ВООЗ, Крок 3 – сильніючі опіодні анальгетики

**Морфін** є сильніючим опіодом, який часто обирають для контролю болю середнього – високого ступеня тяжкості у пацієнтів, що потребують паліативної допомоги, через те, що він є широко відомим та знайомим засобом, через його доступність та ціну. Перевагу надають пероральному шляху прийому, якщо пацієнт не має проблем з ковтанням чи абсорбцією.

Інші опіоди найчастіше застосовують, якщо:

- Морфін є недоступним.
- У пацієнта виникають неприйнятні побічні реакції на морфін.
- Бажаним є трансдермальний шлях введення.
- Пацієнт страждає на ниркову недостатність високого ступеня тяжкості.

(Посилання: *Настанова NICE CG 140 Паліативна допомога дорослим: сильніючі опіоди для усунення болю, PCF6*)

## Фактори, які слід розглядати до призначення сильнодіючих опіоїдів (див. РСФ6)

Як правило, відсутні абсолютні протипоказання до застосування сильнодіючих опіоїдів в терапії паліативних пацієнтів з прогресуючим захворюванням пізньої стадії, за умови, що доза ретельно обрана відповідно до інтенсивності болю пацієнта. Проте у випадку паліативних пацієнтів, для яких прогноз є тривалішим, розглядаючи доцільність призначення сильнодіючого опіоїду, як оптимального знеболювального, слід брати до уваги потенційні побічні ефекти опіоїдів довготривалої дії та обмежену ефективність при хронічному болю. **Див. Вставку 2 «Контроль хронічного болю у пацієнтів, які отримують паліативну допомогу» (ст. 15)**

З урахуванням повідомлень про серйозні небажані явища та потенційний токсичний вплив сильнодіючих опіоїдів необхідні пильність при призначенні, видачі, застосуванні, моніторингу та консультуванні для зниження ризику помилки та / або плутанини, зокрема:

- препаратів негайного та уповільненого вивільнення;
- препаратів з різною тривалістю дії, наприклад, препаратів уповільненого вивільнення з тривалістю дії 12 та 24 години, трансдермальних пластирів з тривалістю дії 7 днів та 3 – 4 дні;
- препаратів, наявних в низькій та високій концентрації, наприклад, розчинів для перорального застосування, ін'єкційних засобів;

- препаратів з різною біодоступністю, які не є взаємозамінними.

## Інформація, яку слід надавати пацієнтам та особам, що ними опікуються

- Розглядаючи доцільність призначення сильнодіючих опіоїдів, слід розпитати пацієнта та осіб, що ними опікуються, щодо будь-яких сумнівів, які у них виникають з приводу застосування опіоїдів, таких, як розвиток залежності, зниження ефективності, побічних ефектів, або побоювання, що таке призначення означає фінальну стадію життя.

## Надайте усну та письмову інформацію, включно з наступною:

- Коли і чому сильнодіючі опіоїди застосовуються в зв'язку з болем.
- Наскільки ефективними вони ймовірно будуть.
- Застосування сильнодіючих опіоїдів в зв'язку з фоновим та проривним болем:
  - як, коли і як часто слід приймати сильнодіючі опіоїди;
  - як довго повинен зберігатись знеболювальний ефект.
- Побічні ефекти та ознаки токсичного впливу.
- Безпечне зберігання.
- Подальший нагляд та порядок виписки препарату.
- Інформацію щодо того, до кого звертатись в неробочий час, зокрема, на початковому етапі терапії.
- Інформацію щодо сильнодіючих опіоїдів та керування автомобілем (див. Вставку 1 нижче).

## Вставка 1. Керування автомобілем при застосуванні сильнодіючих опіоїдів

- Водії підлягають притягненню до відповідальності, якщо керують автомобілем під впливом таких препаратів, як сильнодіючі опіоїди, незалежно від того, призначені вони лікарем чи отримані незаконним чином
- Слід попереджати пацієнтів про те, що не слід сідати за кермо на початковому етапі застосування чи збільшенні дози сильнодіючих опіоїдів чи інших лікарських препаратів потенційної седативної дії, або після отримання дози сильнодіючих опіоїдів у зв'язку з проривним болем.
- Пацієнти можуть керувати автомобілем на фоні отримання таких препаратів після досягнення стабільної дози, якщо вони не викликають сонливості, і якщо пацієнт не позбавлений можливості керування внаслідок самої хвороби.
- Поліція користується тестами для виявлення незаконного застосування сильнодіючих опіоїдів та інших препаратів, що впливають на якість керування. **Рекомендуйте пацієнтам мати при собі документи, що підтверджують, що препарат був їм призначений, наприклад, рецепт для повторного отримання препарату (див. РСФ6).**
- Подальша інформація наведена на сайті [www.gov.uk/drug-driving-law](http://www.gov.uk/drug-driving-law).

## Вставка 2. Контроль хронічного болю у пацієнтів, які отримують паліативну допомогу

1. Для деяких паліативних пацієнтів прогноз є тривалим і вони можуть страждати від болю кілька років. У таких випадках слід пам'ятати про потенційні віддалені ефекти будь-яких призначених препаратів.
2. Необхідна особлива обережність при призначенні опіоїдів у зв'язку з хронічним болем. Клінічні дані свідчать про обмежену ефективність та занепокоєння з приводу безпеки пацієнтів, зумовлені ризиками, асоційованими з довготривалим застосуванням опіоїдів, такими, як переломи, падіння, ендокринні порушення, імунна модуляція, гіпералгезія, викликана опіоїдами, та розвиток залежності.
3. Ґрунтуючись на клінічних даних, Агенція громадського здоров'я Англії (Public Health England) та Факультет медицини болю рекомендують:
  - Опіоїди є дуже гарними анальгетиками при гострому болю та при болю наприкінці життя, втім свідчення користі їхнього застосування в зв'язку з довготривалим болем обмежені.
  - Для незначної частки пацієнтів може бути забезпечене надійне знеболення опіоїдами при довготривалому застосуванні, за умови використання низькими дозами та, зокрема, якщо застосування є періодичним (менше з тим, ідентифікувати таких пацієнтів на початковому етапі важко).
  - Ризик шкоди істотно збільшується при застосуванні дозами, що перевищують еквівалент морфіну для перорального прийому по 120 мг/день, без збільшення користі.
  - Якщо пацієнт отримує опіоїди, а біль не зникає, опіоїди є неефективними і їхнє подальше застосування слід скасувати, навіть якщо альтернативні препарати недоступні.
  - Хронічний біль є комплексним явищем, отже, при наявності у пацієнта стійких та інвалідизуючих симптомів, зокрема, на фоні отримання опіоїдів високою дозою, важливою є детальна оцінка всіх можливих емоційних впливів на відчуття болю.
4. Медикаментозна терапія:
  - Повинна бути відкладена до часу, коли нефармакологічні втручання втраять ефективність.
  - На початку призначається в тестовому режимі.
  - Продовжувати її слід лише за наявності ґрунтовних об'єктивних свідчень покращення функцій (а не лише зниження відчуття болю).
5. ДРЛЗ нагадує, що спеціаліст, який призначає знеболювальне, є відповідальним за наступне:
  - Уникнення розвитку залежності внаслідок призначення лікарських засобів без достатньої причини.
  - Відстеження того, що пацієнт поступово не збільшує дозу препарату, ґрунтовно призначеного, до межі, коли стає можливим розвиток залежності.
  - Уникнення використання в якості ненавмисного джерела постачання для наркозалежних осіб, пильне стеження за методами отримання лікарських засобів.

Подальші інструкції наведені в матеріалах GMMMG «Призначення опіоїдів в зв'язку з хронічним болем», або слід звернутись за порадою до спеціаліста.

**Починаючи застосування морфіну (див. РСФ6)**

- На початку пацієнтам можна призначити препарат в формі негайного вивільнення.
- Призначаючи морфін для регулярного застосування, ОБОВ'ЯЗКОВО слід призначити цей препарат також у формі негайного вивільнення для прийому у випадку появи проривного болю.
- Початкову дозу, як правило, слід розраховувати так, аби вона забезпечувала більший знеболювальний ефект, ніж вже застосовувані препарати, з урахуванням індивідуальних обставин.
- Необхідний постійний моніторинг пацієнтів, в тому числі побічних ефектів. Див. розділ [«Лікування при побічних реакціях на опіоїди»](#). Разом із сильнодіючими опіоїдами, обов'язково слід призначити засоби, що пом'якшують та стимулюють стілець, якщо відсутні протипоказання.
- В залежності від індивідуальних обставин слід призначити протиблювотний засіб для регулярного застосування чи прийому за потребою.

**Таблиця 4. Препарати морфіну та рекомендована частота застосування**

Типи препаратів морфіну	Інтервал прийому	Торговельні назви
<b>Морфін негайного вивільнення для перорального застосування</b> Розчин 10 мг/5 мл; Таблетки по 10 мг, 20 мг, 50 мг	Кожні 4 години	Інформація щодо наявних наразі торговельних назв наведена в ДРЛЗ.  <b>При наданні первинної допомоги</b> – слід призначити препарати морфію з відомою пацієнтові торговельною назвою, оскільки препарати в формі уповільненого вивільнення мають різні характеристики вивільнення, знайомство пацієнта з брендом є важливим для забезпечення безпеки. <i>(Посилання: GMMMG Загальні настанови з призначення лікарських засобів, т. 1)</i>  <b>В лікарнях та хоспісах</b> – може бути доцільним призначення препарату-дженерику, якщо в закладі відсутній препарат бренду, відомого пацієнтові.
<b>Морфін негайного вивільнення, концентрований розчин для перорального застосування *</b> 20 мг/мл <i>(виключно за порадою спеціаліста)</i>	Кожні 4 години	
<b>Морфін уповільненого вивільнення для перорального застосування (тривалість дії 12 годин)</b> Таблетки по 5 мг, 10 мг, 15 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг, 200 мг; капсули по 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг, 200 мг; гранули по 20 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг, 200 мг	Кожні 12 годин	
<b>Морфін уповільненого вивільнення для перорального застосування (тривалість дії 24 години)</b> капсули по 30 мг, 60 мг, 90 мг, 120 мг, 150 мг	Кожні 24 години	
<b>Морфін для ін'єкцій</b> 1 мг/мл, 10 мг/мл, 15 мг/мл, 30 мг/мл *	Кожні 4 години, як препарат швидкої допомоги чи протягом 24 годин, підшкірно, через шприц-насос	

\* **Примітка.** Концентровані препарати морфію слід **застосовувати з обережністю**, оскільки існує суттєвий ризик передозування, якщо концентрований препарат помилково використовується замість препарату звичайної концентрації.



### Запропоновані початкові дози морфіну для перорального застосування

- **Пацієнти, що не отримували опіоїдів раніше (за винятком ослаблених / похилого віку / з нирковою недостатністю)** – початкова доза морфіну для перорального застосування становить 5 мг через кожні 4 години для препаратів в формі негайного вивільнення або 15 мг через кожні 12 годин для препаратів у формі уповільненого вивільнення.
- **Пацієнти, що не отримували опіоїдів раніше та ослаблені пацієнти / пацієнти похилого віку** – початкова доза морфіну для перорального застосування в формі негайного вивільнення становить 2,5 мг через кожні 4 години.
- **Пацієнти, що регулярно отримували раніше слабкі опіоїди** (наприклад, кодеїн по 240 мг / 24 години, або еквівалент – [див. Додаток 1. Таблиці перерахунку доз опіоїдів](#)) – слід

розпочинати з морфіну для перорального застосування в формі негайного вивільнення по 10 мг через кожні 4 години або в формі уповільненого вивільнення по 20 – 30 мг через кожні 12 годин, втім дозу слід знизити, якщо є підозра на знижений метаболізм кодеїну. Ослабленим пацієнтам / пацієнтам похилого віку призначають нижчу початкову дозу препарату негайного вивільнення – по 5 мг кожні 4 години або препарати уповільненого вивільнення – по 10 – 15 мг через кожні 12 годин.

- **Пацієнти з тяжкою нирковою недостатністю** – застосування морфіну слід уникати за можливості, замість нього слід призначити інший сильнодіючий опіоїд – див. розділ [Менеджмент симптомів у пацієнтів з нирковою недостатністю](#).

### Вставка 3. Лікування проривного болю

Проривний біль може виникати або в результаті прогнозованого явища (ситуативний біль), наприклад, при рухах, або спонтанно, без прогнозованих провокуючих чинників. Інколи проривний біль є короткочасним та зникає спонтанно, в таких випадках потреба в анальгезії може бути відсутня.

#### (i) Лікування при проривному болі, відмінному від ситуативного

- Можливе призначення сильнодіючого опіоїду негайного вивільнення для прийому кожні 2 – 4 години, за потреби, максимально до шістьох доз на добу. За можливості, слід застосовувати один опіоїдний препарат як для регулярного застосування, так і для «швидкої допомоги», але в різних лікарських формах, наприклад, в формі уповільненого та негайного вивільнення.
- Дози, як правило, становлять від 1/10 до 1/6 від добової дози для регулярного прийому, проте, як і з дозами для регулярного прийому, необхідно брати до уваги індивідуальні варіації.

**Приклад – розрахунок дози за потребою, як 1/6 від добової дози для регулярного прийому**

- Пацієнт приймає морфін уповільненого вивільнення дозою по 30 мг двічі на день – доза за потребою становить  $60 : 6 = 10$  мг через кожні 4 години при потребі.

- Дозу «за потребою», як правило, збільшують при збільшенні дози для регулярного прийому. Якщо виникає потреба в трьох чи більше доз «за потребою» на день, слід переглянути знеболювальну терапію. За необхідності слід звернутись за порадою до спеціаліста.

#### (ii) Лікування при ситуативному болі

- За можливості активність, пов'язану з болем, слід планувати на час максимальної концентрації в плазмі крові морфіну для регулярного прийому або для прийому «за потребою». Наприклад, дозу морфіну негайного вивільнення слід прийняти щонайменше за 30 хв. до діяльності, що викликає біль. Якщо така стратегія не ефективна, зверніться за порадою до спеціаліста щодо альтернативних методів купірування ситуативного болю.

### Збільшення дози морфіну для перорального застосування

- При коригуванні дози морфіну слід брати до уваги дозу, ефективну «за потребою».
- Переконайтесь в тому, що морфін є ефективним перед збільшенням дози.
- Збільшення дози не повинне перевищувати 33 - 50% за 24 години.

### Приклади збільшення доз

- Морфін у формі негайного вивільнення для перорального застосування:  
5 → 7,5 → 10 → 15 мг через кожні 4 години.
- Морфін у формі уповільненого вивільнення для перорального застосування:  
10 → 15 → 20 → 30 мг двічі на день.
- Збільшення дози морфіну слід припинити, якщо біль вщуає або виникають неприємні побічні ефекти. В останньому випадку слід розглянути доцільність переведення на [альтернативний сильнодіючий опіоїд](#) (ст. 19).
- Якщо пацієнтові був призначений морфін негайного вивільнення для регулярного прийому, по досягненню контролю болю слід розглянути доцільність переведення на морфін уповільненого вивільнення еквівалентною добовою дозою.
- Слід розглянути доцільність звернення до спеціаліста, якщо:
  - Доза морфіну була збільшена тричі, а контроль болю забезпечений не був.
  - Пацієнтові треба три чи більше доз «за потребою» на день.
  - Сукупна доза морфіну для перорального застосування перевищує 120 мг протягом 24 год.
  - У пацієнта виникли неприємні побічні ефекти.

Якщо пероральний прийом є неможливим (наприклад, внаслідок блювоти чи нездатності пацієнта ковтати)

- **Якщо потреби в аналгезії є стабільними** – слід розглянути доцільність застосування трансдермальних пластирів. Див. розділи, присвячені **бупренорфіну** та **фентанілу**.
- **Якщо потреби в аналгезії є нестабільними** – слід розглянути доцільність призначення опіоїдів для підшкірного введення (див. нижче) (*Посилання: Настанова NICE CG 140 Паліативна допомога для дорослих: сильнодіючі опіоїди для знеболення*)  
**ПРИ НЕОБХІДНОСТІ ЗВЕРНУТИСЬ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА**

Початок застосування опіоїдів для підшкірного введення

- **Морфін рекомендований в якості сильнодіючого опіоїду для підшкірного введення, як препарату першої лінії терапії, винятком є пацієнти, які приймали оксикодон для перорального застосування та пацієнти з тяжкою нирковою недостатністю.**
- Якщо пацієнт страждає на постійний біль, слід призначити морфін у формі регулярних п/ш ін'єкцій через кожні 4 години, або в формі постійної цілодобової інфузії через інфузомат.

Переведення з морфіну для перорального застосування на морфін для п/ш введення:

- Морфін для перорального застосування, 5 мг, приблизно дорівнює 2,5 морфіну для п/ш введення.
- Менше з тим існує широке варіювання, отже, необхідна індивідуальна оцінка кожного пацієнта. [Див. Додаток 1 – Таблиці перерахунку доз опіоїдів](#) – подальша інформація щодо зміни сильнодіючих опіоїдів.
- В зв'язку з проривним болем слід призначити дози опіоїдів для п/ш введення, які становлять від 1/10 до 1/6 від добової дози для регулярного застосування, через кожні 2 – 4 години.

## 4. Альтернативні сильнодіючі опіоїди

Коли застосування морфіну неможливе, альтернативними сильнодіючими опіоїдами, які часто застосовують для знеболення в паліативній терапії, є наступні:

- Оксикодон (для перорального чи підшкірного застосування).
- Бупренорфін (трансдермально).
- Фентаніл (трансдермально).

**Примітка.** Трансдермальний шлях введення є прийнятним виключно у випадках, коли потреба в анальгетику є стабільною.

### Вставка 4. Переведення на інший опіоїдний засіб

Скласти повну інструкцію зі зміни опіоїдного засобу складно, оскільки розрізняються як причини переведення, так і обставини кожного пацієнта.

Наведені коефіцієнти для перерахунку дози є лише орієнтовними. На перерахунок впливає багато чинників, наприклад, вік, ниркові / печінкові функції, прийом супутніх лікарських засобів, наявність супутніх захворювань, тривалість прийому опіоїдів, фармакокінетичні властивості лікарських засобів.

Слід розглянути зниження дози на 50% при переведенні на інший опіоїд, зокрема, якщо

- Пацієнт отримує опіоїдний засіб у високому дозуванні (наприклад, доза морфіну  $\geq 1$  г / 24 год. або еквівалент).
- Дозу опіоїду було швидко збільшено.
- Пацієнт є ослабленим або похилого віку.
- У пацієнта виникла побічна дія на поточний опіоїдний засіб.

В таких обставинах можливе використання доз «за потребою» для компенсації дефіциту під час підвищення дози нового опіоїдного засобу до задовільного рівня.

**ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА щодо найбільш прийняттного альтернативного сильнодіючого опіоїдного засобу та відповідного коефіцієнту перерахунку дози.**

Див. [Додаток 1 – Таблиці перерахунку доз опіоїдів](#), де наведена подальша інформація.

## Оксикодон

- Оксикодон є сильнодіючим опіоїдом з властивостями, подібними до властивостей морфіну.
- Він призначений до застосування в зв'язку з болем середнього та високого ступеня тяжкості у онкологічних пацієнтів та після хірургічної операції, а також при лікуванні важкого болю, коли потрібне застосування сильнодіючих опіоїдів.

### Місце в терапії

- Біль середнього чи високого ступеня тяжкості та неприємні побічні ефекти при застосуванні морфіну.

- Лікарський препарат, що застосовується у зв'язку з проривним болем в терапії пацієнтів, які користуються фентанілом чи бупренорфіном в пластирах, у яких виникли неприємні побічні явища при отриманні морфіну.

### Застереження

- Необхідна обережність при застосуванні в терапії пацієнтів з нирковою недостатністю низького – середнього ступеня тяжкості, не застосовувати при важкій нирковій недостатності.
- Необхідна обережність при застосуванні в терапії пацієнтів з печінковою недостатністю низького ступеня тяжкості, не застосовувати, за можливості, при печінковій недостатності середнього - високого ступеня тяжкості.

**Таблиця 5. Препарати оксикодону та рекомендована частота застосування**

Типи препаратів оксикодону	Інтервал прийому	Торговельні назви препаратів оксикодону
<b>Оксикодон негайного вивільнення для перорального застосування</b> Розчин 5 мг/5 мл; Капсули по 5 мг, 10 мг, 20 мг	Кожні 4 години	Інформація щодо наявних наразі торговельних назв наведена в ДРЛЗ.
<b>Оксикодон негайного вивільнення, концентрований розчин для перорального застосування</b> 10 мг/мл* (виключно за порадою спеціаліста)	Кожні 4 години	<b>При наданні первинної допомоги</b> – слід призначити препарати оксикодону з відомою пацієнтові торговельною назвою, оскільки препарати в формі уповільненого вивільнення мають різні характеристики вивільнення, знайомство пацієнта з брендом є важливим для забезпечення безпеки.
<b>Препарати оксикодону уповільненого вивільнення для перорального застосування (тривалість дії 12 годин)</b> Таблетки по 5 мг, 10 мг, 15 мг, 20 мг, 30 мг, 40 мг, 60 мг, 80 мг, 120 мг	Кожні 12 годин	(Посилання: <i>GMMMG Загальні настанови з призначення лікарських засобів, т. 1</i> )
<b>Оксикодон для ін'єкцій</b> 10 мг / 1 мл, ампули по 1 мл та 2 мл	Кожні 4 години, як препарат швидкої допомоги, чи протягом 24 годин, підшкірно, через шприц-насос	<b>В лікарнях та хоспісах</b> – може бути доцільним призначення препарату-джеренику, якщо в закладі відсутній препарат бренду, відомого пацієнтові.
<b>Концентрований оксикодон для ін'єкцій</b> 50 мг/мл, ампули по 1 мл *	Кожні 4 години, як препарат швидкої допомоги, чи протягом 24 годин, підшкірно, через інфузомат	

**Примітка.** Концентровані препарати морфіну **слід застосовувати з обережністю**, оскільки існує суттєвий ризик передозування, якщо концентрований препарат помилково використовується замість препарату звичайної концентрації (Посилання: *CQC/NHS Англія. Безпечніше застосування контрольованих препаратів – запобігання шкоди від оксикодону для перорального застосування, 2013*)

### Дозування

- Якщо пацієнт не отримував опіоїдів раніше, розпочинати слід:
    - Або з розчину оксикодону негайного вивільнення для регулярного застосування, по 1 мг – 2,5 мг, кожні 4 години
    - Або з оксикодону в таблетках уповільненого вивільнення по 5 мг двічі на день
  - При переведенні з альтернативного сильнодіючого опіоїду на оксикодон – див. [Вставку 4 – Переведення на інший опіоїдний засіб \(ст. 19\)](#) та [Додаток 1 – Таблиці перерахунку доз опіоїдів. ЗА НЕОБХІДНОСТІ ЗВЕРНУТИСЬ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.](#)
  - ПРИМІТКА: оксикодон є приблизно вдвічі сильнішим за морфін при пероральному застосуванні (наприклад, оксикодон для перорального застосування, 10 мг, є приблизно еквівалентним морфіну для перорального застосування, 20 мг).
  - Розчин оксикодону негайного вивільнення слід призначати в зв'язку з проривним болем, при необхідності, дозою, що становить від 1/10 до 1/6 від сукупної добової дози препарату для регулярного застосування, з інтервалом 2 – 4 години. [див. Вставку 3 – лікування проривного болю \(ст. 17\)](#), де наведена подальша інформація.
- Приклад – розрахунок дози «за потребою», базованої на 1/6 від добової дози для регулярного застосування**
- Пацієнт приймає оксикодон, капсули уповільненого вивільнення, по 15 мг, двічі на добу – доза «за потребою» становить 30 : 6 = 5 мг через кожні 4 години за потребою.

### Збільшення дози оксикодону для перорального застосування

- При коригуванні дози оксикодону слід брати до уваги прийом доз «за потребою».
- Перед підвищенням дози слід переконавшись в тому, що застосування оксикодону є ефективним.
- Збільшення дози не повинне перевищувати 33 – 50% протягом доби.
- **Приклади збільшення дози**
  - Оксикодон у формі негайного вивільнення для перорального застосування: 5 → 7,5 → 10 → 15 мг через кожні 4 години.
  - Оксикодон у формі уповільненого вивільнення для перорального застосування: 10 → 15 → 20 → 30 мг двічі на день
- Збільшення дози оксикодону слід припинити, якщо біль вщухає або виникають неприйнятні побічні ефекти. В останньому випадку слід розглянути доцільність переведення на альтернативний сильнодіючий опіоїд.
- Якщо пацієнтові був призначений оксикодон негайного вивільнення для регулярного застосування, після досягнення контролю болю слід розглянути доцільність переведення на оксикодон уповільненого вивільнення такою самою добовою сукупною дозою.
- **Слід розглянути доцільність звернення за порадою до спеціаліста, якщо:**
  - Доза оксикодону була збільшена тричі, а контроль болю забезпечений не був.
  - Пацієнтові треба три чи більше доз «за потребою» на день.
  - Сукупна доза оксикодону для перорального застосування перевищує 60 мг на 24 год.
  - У пацієнта виникли неприйнятні побічні ефекти

## Бупренорфін

- Хоча бупренорфін має властивості, як агоніста, так і антагоніста опіоїдів, його знеболювальна дія, в цілому, є подібною до морфінової.
- Закреп може бути менш сильним.
- В паліативній терапії для регулярного застосування рекомендоване використання препарату лише у формі трансдермальних пластирів (наразі ці лікарські засоби відсутні в Україні).

### Місце в терапії

- Неприятні побічні ефекти при застосуванні морфіну.
- Тяжка ниркова недостатність (відсутність метаболітів центральної дії).
- Фобія таблеток чи недотримання рекомендованого режиму прийому препаратів для перорального застосування.
- Пероральний шлях прийому є неприйнятним.

### Застереження

- Пластири є непринятною формою при гострому болю чи болю, що швидко змінюється під час, необхідний для досягнення терапевтичного рівня. Їх застосовують виключно в зв'язку з хронічним стабільним болем.

### Дозування

- В наявності є різноманітні препарати бупренорфіну в формі трансдермальних пластирів, різної концентрації та тривалості дії.

## Таблиця 6.

### Препарати бупренорфіну та рекомендована частота зміни пластиру

Частота зміни пластиру	Концентрація наявних препаратів
Пластир на 7 днів	5, 10, 15, 20 мкг/год.
Пластир на 4 дні	35, 52,5, 70 мкг/год.
Пластир на 3 дні	35, 52,5, 70 мкг/год.

- Якщо пацієнт не отримував опіоїди раніше – слід розпочинати з пластирів з низькою дозою, наприклад, 5 – 10 мкг/год. бупренорфіну (еквівалент морфіну дозою 12 – 24 мг / 24 год.).
- При переведенні з альтернативного сильнодіючого опіоїду – див. [Вкладку 4 – Переведення на інший опіоїдний засіб](#)

та [Додаток 1 – Схема перерахунку дози опіоїдів](#).

- **Анальгезія при проривному болю** – для пацієнтів, які користуються трансдермальними пластирами з бупренорфіном у зв'язку з проривним болем можливе застосування або морфіну негайного вивільнення, або оксикодону негайного вивільнення. Вибір препарату, якому надається перевага, залежить від багатьох факторів – див. [Вставку 3 – лікування проривного болю](#) (ст. 17) та [Додаток 1 – Таблиці перерахунку доз опіоїдів ЗА НЕОБХІДНОСТІ ЗВЕРНУТИСЬ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА](#).

### Збільшення дози бупренорфіну в пластирах

- Слід почекати щонайменше 72 години після застосування пластиру з бупренорфіном чи після застосування пластиру більшої дози, до коригування дози. Якщо після цього часу пацієнтові потрібні дві чи більше дози знеболювального засобу «за потребою» в зв'язку з проривним болем, можливе переведення на пластир більшої концентрації.
- **Слід розглянути доцільність звернення за порадою до спеціаліста, якщо:**
  - Доза бупренорфіну була збільшена тричі, а контроль болю забезпечений не був.
  - Пацієнтові треба три чи більше доз «за потребою» на день.
  - Сукупна доза бупренорфіну в пластирі перевищує 52,5 мкг / год.
  - У пацієнта виникли неприятні побічні ефекти.

### При переведенні з бупренорфіну в пластирі на альтернативний сильнодіючий опіоїд

- Слід пам'ятати, що після зняття пластиру значна концентрація бупренорфіну в плазмі крові зберігається протягом щонайменше 24 годин, отже, не слід призначати альтернативний опіоїдний засіб довготривалої дії протягом принаймні 12 годин. **ЗА НЕОБХІДНОСТІ ЗВЕРНУТИСЬ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА**.

### Застосування бупренорфіну в пластирах протягом останніх днів або часів життя

- Звичайною практикою є не знімати пластир з бупренорфіном протягом останніх днів або часів життя – [див. Алгоритм 4: Пацієнт, який користується пластирами з фентанілом, чи бупренорфіном, та втратив здатність ковтати](#) та **ЗВЕРНУТИСЬ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА**.

## Фентаніл

- Фентаніл є сильнодіючим опіоїдним анальгетиком, який є в 100 – 150 разів сильнішим за морфін для перорального застосування.
- Закреп може бути менш сильним, ніж при застосуванні інших сильнодіючих опіоїдів.
- Краще переноситься при нирковій недостатності.
- Доступний у формі трансдермальних пластирів.
- Доступний також і в інших формах, наприклад, трансмукозальні та парентеральні препарати, проте вони призначені до застосування **ВИКЛЮЧНО ЗА ПОРАДОЮ СПЕЦІАЛІСТА** (або в умовах стаціонарного відділення).

### Місце в терапії

- Неприятні побічні ефекти при застосуванні морфіну.
- Тяжка ниркова недостатність (відсутність метаболітів центральної дії).
- Фобія таблеток чи недотримання рекомендованого режиму прийому препаратів для перорального застосування.
- Пероральний шлях прийому є неприйнятним.

### Застереження

- Пластири є непринятною формою при гострому болі чи болі, що швидко змінюється, через час, необхідний для досягнення терапевтичного рівня (12 – 24 години). Їх застосовують виключно в зв'язку з хронічним стабільним болем.
- Неприятний для пацієнтів, що не отримували опіоїдів раніше. В якості альтернативи слід розглядати пластири з бупренорфіном.
- Слід пам'ятати, що дія фентанілу набагато перевищує таку інших опіоїдів, пластр з фентанілом дозою 25 мкг/год. є еквівалентом приблизно 60 мг морфіну для перорального застосування на 24 год. **Слід ретельно перевіряти дозу.**

### Дозування

- В наявності є препарати фентанілу в формі трансдермальних пластирів різних брендів, детальніша інформація наведена в ДРЛЗ.

## Таблиця 7.

### Препарати фентанілу для трансдермального застосування та рекомендована частота зміни пластиру

Частота зміни пластиру	Концентрація наявних препаратів
Як правило, через кожні 72 години, хоча за порадою спеціаліста деяким пацієнтам може бути потрібна зміна через кожні 48 годин (Посилання: <i>Настанови з паліативної терапії, Шотландія</i> )	12 ( немає в наявності в Україні), 25, 37,5, (немає в наявності в Україні) 50, 75, 100 мкг/год.

- **Якщо пацієнт не отримував опіоїди раніше** – пластири з фентанілом, як правило, не рекомендовані в якості сильнодіючого опіоїду першої лінії. Розглянути доцільність призначення пластирів з бупренорфіном пацієнтам, що не отримували опіоїдів раніше, яким потрібні сильнодіючі опіоїди.
- **При переведенні з альтернативного сильнодіючого опіоїду – див. Вставку 4 – [Переведення на інший опіоїдний засіб](#) (ст. 19) та [Додаток 1 – Таблиці перерахунку доз опіоїдів](#).**
- Приблизно у 10% пацієнтів, які раніше регулярно отримували морфін, можливі симптоми відміни після переведення на фентаніл, такі, як тремтіння, неспокій та спазми кишечника. Контроль болю не змінюється, для усунення симптомів можливе призначення дози сильнодіючого опіоїду негайного вивільнення в якості засобу «швидкої допомоги». **ЗА НЕОБХІДНОСТІ ЗВЕРНУТИСЬ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**
- Оскільки фентаніл викликає не такий сильний закреп, як морфін чи оксикодон, при переведенні пацієнта на фентаніл слід розглянути доцільність зниження дози послаблюючих засобів і коригувати її відповідно до потреби.

- **Аналгезія при проривному болі** – для пацієнтів, які користуються трансдермальними пластирами з фентанілом в зв'язку з проривним болем можливе застосування або морфіну негайного вивільнення, або оксикодону негайного вивільнення. Вибір препарату, якому

надається перевага, залежить від багатьох факторів – див. [Вставку 3 – лікування проривного болі](#) (ст. 17) та [Додаток 1 – Таблиці перерахунку доз опіоїдів ЗА НЕОБХІДНОСТІ ЗВЕРНУТИСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА](#).

### Вставка 5. Міркування безпеки, пов'язані з прийомом фентанілу

Находило кілька попереджень щодо безпеки, які нагадують про ризик токсичного впливу опіоїдів при ненавмисному передозуванні фентанілу, зумовленого неналежним дозуванням або випадковою експозицією.

#### Ризик передозування

- Недоцільно високий вміст фентанілу в пластирах, призначених пацієнтам, які не отримували опіоїди раніше.
- Попередній пластир з фентанілом не було знято перед накладенням нового.
- Вплив тепла на місце накладення пластиру (наприклад, гаряча ванна, пляшка з гарячою водою, електрична ковдра, грілка, тощо) або підвищена температура тіла (наприклад, при лихоманці).

#### Випадкова експозиція

- Погано закріплений пластир причепився до іншої особи.
- Діти, що накладають на власне тіло пластирі, утилізовані неналежним чином, вважаючи, що пластир є наліпкою чи стикером.

#### Поради для спеціалістів в галузі охорони здоров'я

- Слід завжди надавати пацієнтам та особам, що ними опікуються, повну інформацію щодо безпечного використання пластирів з фентанілом, підкреслюючи важливість:
  - не перевищення призначеної дози
  - дотримання належної частоти накладання пластиру, уникання дотиків до клейкої сторони пластиру, миття рук після накладення пластиру
  - не розрізання пластиру, збереження цілісності пластиру
  - уникання впливу тепла на пластир, включно із впливом гарячої води (ванна, душ)
  - переконання в тому, що старий пластир знятий перед накладенням нового
  - безпечного зберігання пластирів (включно з використаннями), в місцях, недоступних для дітей
  - утилізації пластирів в спосіб, який мінімізує можливість ненавмисної експозиції лікарської речовини, для цього пластир слід скласти клейкою стороною всередину та покласти в оригінальний пакет. Надалі його можна викинути з побутовим сміттям.
- Слід переконатись в тому, що пацієнтам та особам, що ними опікуються, відомі ознаки та симптоми передозування фентанілу, та рекомендувати звертатись по лікарську допомогу негайно (для цього слід телефонувати на номер 103 та викликати швидку допомогу) при підозрі на передозування.
- Якщо у пацієнта виникають серйозні небажані явища, слід зняти пластир негайно та контролювати стан пацієнта протягом 24 годин після зняття пластиру.

*Посилання: MHRA (Агенція Британії контролю обігу лікарських засобів та медичних виробів) (жовтень 2018): загрози для життя та летальні наслідки токсичного впливу опіоїдів при ненавмисній експозиції, зокрема, у дітей*



### Збільшення дози фентанілу в пластирах

- До коригування дози слід почекати щонайменше 48 годин після початку застосування фентанілу в пластирах або збільшення дози фентанілу. Якщо по завершенню цього часу пацієнтові необхідно дві чи більше дози знеболювальних «за потребою» в зв'язку з проривним болем, дозу можна збільшити на 12 – 25 мкг/год.
- Слід розглянути доцільність звернення за **порадою до спеціаліста, якщо:**
  - Доза фентанілу в пластирі була збільшена тричі, а контроль болю забезпечений не був.
  - Пацієнтові треба три чи більше доз «за потребою» на день.
  - Пацієнтові потрібні пластири з фентанілом дозою понад 50 мкг/год.
  - У пацієнта виникли неприйнятні побічні явища.

### При переведенні з фентанілу в пластирах сильнодіючого опіюду на оксикодон

- Слід пам'ятати, що після зняття пластиру значна концентрація фентанілу в крові зберігається протягом щонайменше 24 годин, отже, не слід призначати альтернативний опіюдний засіб довготривалої дії протягом принаймні 12 годин. **ПРИ НЕОБХІДНОСТІ ЗВЕРНУТИСЬ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**

### Застосування фентанілу в пластирах протягом останніх днів або часів життя

- Звичайною практикою є не знімати пластир з фентанілом протягом останніх днів або часів життя – [див. Алгоритм 4: Пацієнт, який користується пластирами з фентанілом](#) чи бупренорфіном, та втратив здатність ковтати та **ЗВЕРНУТИСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**



## 5. Лікування при побічних реакціях на опіоїди

- Якщо побічні ефекти не вдається купірувати, вони погіршують якість життя пацієнта чи обмежують можливість збільшення дози анальгетиків, слід розглянути доцільність переведення на альтернативний опіоїд. **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**
- Якщо токсичний вплив виникає при застосування опіоїду дозою, достатньою раніше, слід шукати відповідні чинники, наприклад, ниркову недостатність, інші відхилення від норми біохімічних показників, сепсис чи порушення взаємодії лікарських засобів.
  - Переконайтесь в тому, що гідратація пацієнта є достатньою.
  - Шукайте можливі причини та забезпечте відповідне лікування.
  - Якщо біль контрольований, зменшіть дозу опіоїдів на третину.
  - Якщо біль не контрольований, **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**

Таблиця 8. Лікування при побічних реакціях на опіоїди

Побічне явище	Лікування
<b>Закреп (дуже часто)</b>	Запобігати, призначаючи послаблюючі засоби (проносний засіб симулянт в якості першої лінії терапії, якщо відсутні протипоказання, при необхідності додати пом'якшувач (див. інструкції в <a href="#">розділі Закреп</a> ).
<b>Нудота та блювота</b>	Призначити або галоперидол, дозою 500 мкг – 1,5 мг, на ніч АБО метоклопрамід, по 10 мг, тричі на день. Призначити прийом на 5 днів, якщо симптоми відсутні, подальший прийом скасувати. Симптоми зазвичай зникають через 5 – 7 днів. Якщо симптоми зберігаються всупереч прийому протиблювотного засобу, слід шукати інші можливі причини до переведення пацієнта на інший опіоїд.
<b>Сонливість</b>	Слід попереджати пацієнтів, що сонливість та нездатність зосередитись можливі на початку терапії та після збільшення дози, але інтенсивність цих явищ зазвичай знижується через кілька днів.
<b>Делірій</b>	За можливості знизити дозу; розглянути доцільність призначення ад'ювантного знеболювального чи альтернативного опіоїдного засобу. Якщо симптоми зберігаються, призначити галоперидол, по 500 мкг, на ніч, п/о чи п/ш. При необхідності дозу можна поступово збільшувати – максимум до 10 мг/24 год. (див інструкції в <a href="#">розділі Делірій</a> ).
<b>Міоклонус</b>	За можливості знизити дозу; якщо дозу опіоїду важливо залишити незмінною, розглянути доцільність призначення бензодіазепіну, наприклад, діазепаму, по 2 – 5 мг, п/о, тричі на день або за потребою / мідазолам, по 2,5 мг, п/ш, кожні 4 години, за потребою.
<b>Галюцинації</b>	За можливості знизити дозу; розглянути доцільність призначення ад'ювантного знеболювального чи альтернативного опіоїдного засобу.
<b>Сухість в роті (дуже часто)</b>	Надати пацієнтові інформацію та поради з належної гігієни ротової порожнини (див. інструкції в <a href="#">розділі Захворювання ротової порожнини</a> ).
<b>Дихальна недостатність</b>	Є малоймовірною при правильному призначенні та моніторингу застосування опіоїдів. Налоксон може бути необхідним <b>лише при тяжкій дихальній недостатності з порушеннями рівня свідомості та / або гіпоксією</b> (Див. розділ, присвячений <a href="#">лікуванню при дихальній недостатності</a> ).

## 6. Застосування налоксону в лікуванні дихальної недостатності, викликаній терапевтичним застосуванням призначених опіоїдів

Посилання: PCF6 Швидкі клінічні інструкції: усунення дихальної недостатності, викликаній опіоїдами. Настанови з паліативної терапії, Шотландія.

- Дихальна недостатність виникає нечасто, якщо доза опіоїду збільшувалась обережно.
- Якщо у пацієнта, що отримує сильнодіючі опіоїди, виникає сонливість, слід перевірити, чи не викликано це іншою причиною, відмінною від впливу опіоїду, наприклад, загостренням захворювання / наближенням смерті, або метаболічними змінами, такими, як гіперкаліємія чи уремія.
- У терапії пацієнтів, які отримують опіоїди, як знеболювальний засіб, традиційну дозу налоксону для в/в введення (а саме, 400 мкг) слід вводити лише в ситуаціях безпосередньої загрози життю (тобто, непритомний пацієнт, дихальні зусилля мінімальні або відсутні).
- В інших обставинах необхідне акуратне збільшення, розпочинаючи з менших доз налоксону (наприклад, 20 – 100 мкг, в/в) для уникнення важкого гострого синдрому відміни, важкого болю та гіпералгезії.
- Враховуючи високу спорідненість та триваліше зв'язування з рецепторами бупренорфіну, можливе застосування налоксону більшою дозою – слід розглянути доцільність звернення за порадою до спеціаліста-токсиколога.

Див. Таблицю 9 – [Лікування при дихальній недостатності, викликаній сильнодіючими опіоїдами](#)

### Введення налоксону в умовах надання допомоги при відсутності безпосереднього в/в доступу

- Налоксон можна ввести внутрішньом'язово (в/м), якщо безпосередній в/в доступ відсутній.
- Дія налоксону при в/м введенні починається через 2 – 5 хв. (дія налоксону при в/в введенні починається через 1 – 2 хв.).
- Налоксон, 100 мкг, слід ввести в/м, ін'єкцію повторити через п'ять хвилин, якщо покращення після введення першої дози відсутнє.
- За першої можливості слід забезпечити безпосередній в/в доступ.

### Подальше лікування пацієнтів, у яких виникла потреба в налоксоні

- Після введення першої дози налоксону необхідний моніторинг рівня свідомості та частоти дихання через кожні 15 хв. протягом перших 2 годин, і надалі кожну годину протягом 6 годин у випадку застосування опіоїдів негайного вивільнення або кожну годину протягом 12 годин у випадку застосування опіоїдів уповільненого вивільнення.
- Можлива потреба в подальших ін'єкціях налоксону, оскільки його дія є коротшою за таку морфіну та інших опіоїдів – **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**

### ■ Перевірте режим застосування опіоїдів

- Розгляньте можливі причини токсичного впливу опіоїдів, такі, як надлишкова доза, взаємодія лікарських засобів, уповільнення виведення через ниркову недостатність.
- Слід дочекатись стійкого покращення свідомості та частоти дихання до відновлення застосування опіоїдів нижчою дозою.

Таблиця 9.

## Лікування при дихальній недостатності, викликаній сильнодіючими опіоїдами

Ситуація	Частота дихання (ЧД) (вдихів / хв.), рівень свідомості та насичення крові киснем (SaO <sub>2</sub> )	Рекомендовані заходи	Фактори, які слід брати до уваги
Незначна дихальна недостатність	ЧД ≥ 8 ТА пацієнт реагує на подразники, SaO <sub>2</sub> нижче базового рівня	Моніторинг частоти дихання та SaO <sub>2</sub> Спостереження та очікування	Якщо пацієнт перебуває вдома, розглянути доцільність госпіталізації, якщо ретельний моніторинг в поточних умовах є неможливим. Розглянути доцільність пропуску чи зниження наступної дози опіоїду для регулярного застосування.
Тяжка дихальна недостатність без безпосередньої загрози життю	ЧД < 8 ТА / АБО пацієнт погано реагує на подразники ТА/ АБО SaO <sub>2</sub> нижче базового рівня	Оцінити прохідність дихальних шляхів / дихання / кровообіг При необхідності застосувати кисень для підтримки SaO <sub>2</sub> на рівні > 95% <b>Вводити налоксон</b> , по 100 мкг в/в через кожні 2 хв., доки ЧД не зростає до ≥ 8. Інколи застосовують налоксон в/в меншою дозою, наприклад, 20 мкг. Титруйте дозу з урахуванням рівня дихальної функції (тобто, для досягнення частоти дихання ≥ 8 вдихів / хв. та відсутності ціанозу) та рівня свідомості (тобто, наявність у пацієнта реакцій, досягнення повної свідомості не є обов'язковим).	Пацієнтам, що перебувають вдома, необхідна <b>НЕГАЙНА</b> госпіталізація.  Пропустити наступну дозу опіоїдного засобу для регулярного застосування. Переглянувши режим застосування опіоїдів, знов розпочати застосування нижчою дозою після стабільного покращення рівня свідомості та досягнення задовільних показників частоти дихання. <b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА ПРИ НЕОБХІДНОСТІ.</b>
Дихальна недостатність, що безпосередньо загрожує життю	Дихальні зусилля мінімальні, пацієнт непритомний	дихальних шляхів / дихання / кровообіг При необхідності застосувати кисень для підтримки SaO <sub>2</sub> на рівні > 95% Вводити налоксон, з інтервалом 30 сек. Оцінити стан через 1 хв., якщо відповідь відсутня, перейти до такого дозування: Почати з 400 мкг в/в → 800 мкг → 800 мкг → 2 – 4 мкг. Якщо відповідь на дозу 2 – 4 мкг відсутня, слід розглянути альтернативний діагноз.	Пацієнтам, що перебувають вдома, необхідна <b>НЕГАЙНА</b> госпіталізація.  Пропустити наступну регулярну дозу опіоїдного засобу. Переглянувши режим застосування опіоїдів, знов розпочати застосування нижчою дозою після стабільного покращення рівня свідомості та досягнення задовільних показників частоти дихання. <b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА ПРИ НЕОБХІДНОСТІ.</b>

Якщо відсутня реакція комбінації вказаних параметрів, а саме, частоти дихання, рівня свідомості та SaO<sub>2</sub>, на вищеписані заходи, необхідна клінічна оцінка – **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**

## 7. Ад'ювантні анальгетики

### Таблиця 10.

#### Ад'ювантні анальгетики

(Посилання: PCF8 Настанови GMMMG щодо невропатичного болю)

Див. також Таблицю 36 – [Ад'ювантні анальгетики при нирковій недостатності](#)

Лікарський препарат	Призначення	Коментарі
<b>Перша лінія терапії</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Амітриптилін, по 10 – 75 мг, на ніч. Розпочинати з 10 мг; збільшити дозу до 25 мг через 3 – 7 днів, надалі збільшувати дозу на 25 мг через кожні 1 – 2 тижні, з урахуванням переносимості та потреби.</li> </ul>	<p>Нейропатичний біль</p> <p>Можлива комбінація з протиепілептичним засобом, якщо індивідуальна ефективність кожного з препаратів є недостатньою.</p>	<p>При застосуванні в зв'язку з нейропатичним болем дія починається менше ніж за тиждень.</p> <p>Покращує сон.</p> <p>Протипоказаний пацієнтам з аритмією в анамнезі; застосовувати з обережністю при наявності інших серцево-судинних захворювань.</p> <p>Необхідний моніторинг побічних ефектів (див. ДРЛЗ). Якщо препарат допомагає, але погано переноситься, розгляньте доцільність переведення на дулоксетин (див. нижче).</p>
<b>Друга лінія терапії</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>Габапентин, по 300 мг на день, зі збільшенням до 300 мг тричі на день на початку.</li> <li>Надалі збільшувати дозу на 300 мг через кожні 3 – 7 днів до максимальної дози 1200 мг тричі на день.</li> </ul>	<p>Нейропатичний біль</p> <p>Можлива комбінація з протиепілептичним засобом, якщо індивідуальна ефективність кожного з препаратів є недостатньою.</p>	<p>Збільшення дози може бути унеможливленим побічними ефектами (такими, як седатія, запаморочення).</p> <p><b>У випадку ниркової недостатності чи в ослаблених пацієнтів</b> – застосовувати нижчою початковою дозою (наприклад, 100 мг), та збільшувати дозу повільніше, наприклад, на 100 мг, а не на 300 мг.</p> <p><b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.</b></p> <p>Примітка. Існує ризик помилки. Див. Розділ 3 Контрольовані лікарські засоби.</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Прегабалін, по 75 мг двічі на день. При необхідності збільшити дозу на 75 мг двічі на день з інтервалами 3 – 7 днів, до максимальної дози 300 мг двічі на день.</li> </ul>	<p>Застосовується лише у випадках, коли габапентин є ефективним, але погано переноситься внаслідок побічних явищ.</p>	<p>Збільшення дози може бути унеможливленим побічними явищами (такими, як седативний ефект, запаморочення).</p> <p>Розглянути доцільність застосування нижчою дозою, наприклад, 25 мг двічі на день, в терапії пацієнтів з нирковою недостатністю, при одночасному застосуванні опіоїдів та в ослаблених пацієнтів. Збільшувати дозу на 25 мг двічі на день з інтервалами 3 – 7 днів повільніше, наприклад, на 100 мг, а не на 300 мг.</p> <p>Примітка. Існує ризик помилки. Див. Розділ 3 Контрольовані лікарські засоби.</p>
<p><b>Третя лінія терапії:</b> якщо відповідь на трициклічні антидепресанти чи протиепілептичні засоби є недостатньою, розглянути доцільність призначення <b>комбінації</b> трициклічного антидепресанта та протиепілептичного засобу (Посилання: PCF6).</p>		

**Четверта лінія терапії:** інгібітори зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну (ІЗЗСН)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дулоксетин, по 30 мг на день – збільшення дози на 30 мг кожні два тижні, до максимальної дози 120 мг на день.</li> </ul> | <p>Невропатичний біль та/або тривожний розлад</p> | <p>Варто розглянути доцільність у випадку відсутності ефективності або непереносимості іншої терапії, або в якості альтернативи габапентину / прегабаліну, для пацієнтів, які раніше застосовували лікарські засоби не за призначенням, зокрема, в місцях ув'язнення.</p> |
|---|---|---|

**Інші варіанти в зв'язку зі специфічними причинами невропатичного болю**

Лікарський препарат	Призначення	Коментарі
<b>Кортикостероїди</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дексаметазон, по 8 – 16 мг на день, п/о, 1 – 2 дози.</li> <li>■ Приймати вранці аби уникнути порушень сну.</li> <li>■ Дексаметазон є в сім разів сильнішим за преднізолон.</li> </ul>	<p>Для зниження набряку тканин навколо пухлини, зумовленого, наприклад,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Компресією нерву.</li> <li>■ Зростанням внутрішньочерепного тиску</li> <li>■ Компресією спинного мозку</li> <li>■ Інфільтрацією у внутрішніх органів.</li> </ul>	<p>Доза залежить від конкретної причини – див. Таблицю 33 – <a href="#">Застосування кортикостероїдів у зв'язку з конкретними СИМПТОМАМИ</a></p> <p>Можливі також збільшення апетиту, зміни настрою.</p> <p>Призначити засіб для захисту шлунку (наприклад, інгібітори протонної помпи), якщо протипоказання відсутні.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Скасувати препарат, якщо через 7 днів відповідь на його призначення відсутня.</li> <li>■ Перевірити результат та знизити дозу з інтервалом 3 – 7 днів аби уникнути побічних ефектів.</li> <li>■ Перевіряти вміст глюкози в крові на початку кожні три дні та щотижня надалі.</li> </ul> <p><i>(Див. РСФ6; Термінальна стадія діабету. Рекомендації з клінічної допомоги. З видання, березень 2018)</i></p>
<b>НПЗП</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ібупрофен, по 200 – 400 мг тричі на день або напроксен, по 250 – 500 мг двічі на день.</li> <li>■ <b>Примітка: ризик небажаних явищ з боку ШКТ та тромбозу при застосуванні низькими дозами є нижчим, ніж при застосуванні високими дозами.</b></li> </ul>	<p>Кістковий біль / інфільтрація в м'які тканини</p>	<p>Призначити засіб для захисту шлунку (наприклад, інгібітори протонної помпи), якщо протипоказання відсутні.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Відповідь повинна бути не пізніше ніж через тиждень. Якщо відповідь відсутня, скасувати подальше застосування.</li> <li>■ Необхідний моніторинг для виявлення побічних ефектів.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Інгібітори ЦОГ-2, наприклад, целекоксиб, по 100 мг двічі на день, зі збільшенням дози, при необхідності, до 200 мг двічі на день.</li> </ul>	<p>Пацієнтам з високим ризиком явищ з боку ШКТ слід призначити засіб для захисту шлунку (наприклад, інгібітори протонного насоса), якщо протипоказання відсутні.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Відповідь повинна бути не пізніше за один тиждень, якщо відповідь відсутня, скасувати подальше застосування.</li> <li>■ Необхідний моніторинг для виявлення побічних явищ.</li> </ul>	

Інформація щодо анальгетиків, які слід призначати виключно спеціалісту з паліативної допомоги, наведена в [Додатку 3](#).

**Інші методи знеболення (розглянути доцільність звернення до спеціаліста за порадою)**

- Променева терапія / хіміотерапія / гормональна терапія.
- Черезшкірна електростимуляція нервів (TENS).
- Масаж.
- Релаксація.
- Психологічна підтримка.
- Блокада нерву / епідуральна / інтратекальна аналгезія. Нейро-деструктивна блокада, наприклад, інтратекальне введення спирту / фенолу, хордотомія.



## НУДОТА ТА БЛЮВОТА

Приблизно у 30 – 40% пацієнтів з раком пізньої стадії виникає нудота та / або блювота.

### Оцінка

- Ознайомитись з історією хвороби, результатами нещодавніх обстежень та призначеннями.
- Обстеження – для виявлення причин та ймовірних фізіологічних механізмів.
- Аналізи – лише якщо результат може вплинути на лікування.

### Таблиця 11.

#### Лікування зворотних / що піддаються лікуванню причин нудоти та блювоти

Причина	Специфічне лікування
Лікарські засоби, наприклад, опіоїди, інгібітори протонної помпи, НСПЗП, СІЗЗС, антибіотики, препарати заліза, дигоксин	Скасувати подальший прийом або знайти альтернативу, якщо можливо
Неконтрольований біль	Аналгезія – препарати не для перорального прийому, доки блювота не мине
Тривожність	Виявити страхи; дати пояснення; призначити анксиолітичний препарат, наприклад, лоразепам
Кашель	Препарати, що пригнічують кашель
Затримка сечі	Катетеризація
Закреп	Проносні засоби
Метастази в печінку	Кортикостероїди, протипухлинна терапія
Підвищений внутрішньочерепний тиск	Кортикостероїди (наприклад, дексаметазон)
Порушення балансу електролітів	Скоригувати, якщо можливо та доцільно
Гіперкальціємія	Регідратація та в/в введення бісфосфонатів
Уремія – гідронефроз	Відведення сечі або встановлення стенту
Кандидоз ротової порожнини / стравоходу	Протигрибкові засоби (флуконазол, ністатин, міконазол)
Інфекція (дихальних шляхів, сечостатевого шляхів)	Антибіотики
Гастрит	За можливості, скасувати подальше застосування препарату, що викликає подразнення, призначити інгібітор протонної помпи
Непрохідність кишечника	Див. спеціалізований розділ нижче



## Лікування

- Оцінити найбільш ймовірні причини появи симптому; можлива наявність більш ніж однієї причини.
- Причина може бути очевидною в 20 – 30% випадків.
- Усунути зворотні причини або призначити відповідне лікування, якщо причини ідентифіковані.
- При блювоті або тяжкій нудоті слід призначити препарати не для перорального введення для контролю симптомів, поки нудота та блювота не вщухнуть.
- Уникати провокуючих факторів (наприклад, запахів їжі); рекомендуйте часте харчування маленькими порціями.

## Протиблювотна терапія

- Знайти найбільш вірогідну причину та призначити відповідні протиблювотні засоби для регулярного застосування та прийому за потребою (Див. нижче Таблицю 12 – Лікування

специфічних причин нудоти та блювоти та Таблицю 13 – [Протиблювотні засоби](#))

- Необхідна щоденна оцінка.
- За необхідності збільшити дозу.
- Якщо відповідь на лікування відсутня, намагайтесь виявити іншу причину.
  - **Якщо ймовірна причина незмінна** – розглянути доцільність зміни шляху введення, переведення на альтернативний протиблювотний засіб чи протиблювотний засіб широкого спектру дії.
  - **Якщо ймовірна причина змінилась** – призначити відповідний протиблювотний засіб.
  - Може знадобитися комбінація протиблювотних засобів.
- Якщо інтенсивність симптомів не знижується, **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**
- У випадку пацієнтів з нирковою недостатністю див. Таблицю 37 – [Протиблювотні засоби при нирковій недостатності](#).

### Таблиця 12.

#### Лікування специфічних причин нудоти та блювоти

Причина	Тип протиблювотного засобу	Лікарський засіб (див. Таблицю 13, де вказані режим дозування та інші рекомендації)
Гастрит, гастростаз або функціональна непрохідність кишечника (недостатність перистальтики)	Прокінетичні засоби	Метоклопрамід
Хімічні причини, наприклад, опіоїди, гіперкальціємія, ниркова недостатність	Протиблювотні засоби, що діють, головним чином, в хеморецепторній зоні дуги блювотного рефлексу	Галоперидол
Симптоми з боку вестибулярного апарату	Протиблювотні засоби, що діють, головним чином, у вестибулярному центрі та блювотному центрі	Циклізин
Підвищений внутрішньочерепний тиск	Протиблювотні засоби, що діють, головним чином, у вестибулярному центрі та блювотному центрі	Циклізин в комбінації з дексаметазоном
Багатофакторна / невідома / стійка до лікування	Широкий спектр	Левомепромазин

**Таблиця 13. Протиблювотні засоби  
(за рекомендаціями в монографіях на лікарські засоби в РСФ6 та ДРЛЗ)**

Лікарський засіб	Головна дія лікарського засобу	Рекомендована доза та шлях застосування	Рекомендоване застосування / коментарі
<b>ПЕРША ЛІНІЯ ТЕРАПІЇ</b>			
<b>Циклізин †‡</b>	Антигістамінна Антимускаринова Вплив на вестибулярну систему та блювотний центр	Пероральний – по 50 мг двічі – тричі на день та 50 мг за потреби (максимальна доза 200 мг / 24 год.) ----- П/ш – по 75 – 150 мг / 24 год. в формі постійної підшкірної інфузії та по 25 – 50 мг через кожні 4 – 6 год. за потреби (максимальна доза 200 мг / 24 год.)	Подразнення мозкових оболонок; вестибулярне запаморочення (вертиго); деформація / непрохідність внутрішнього органа; подразнення ротової порожнини та глотки Біодоступність при п/о застосуванні становить 50%, отже, перерахунок п/о дози на п/ш дозу становить 2 : 1. Можлива комбінація з галоперидолом Закреп уповільнює севакацію зі шлунку.
<b>Галоперидол*</b>	Антагоніст дофаміну, діє в хеморецепторній зоні дуги блювотного рефлексу	Пероральний – по 500 мкг – 1,5 мг на ніч та по 500 мкг через кожні дві години при необхідності, максимальна доза 5 мг / 24 год. (можливе застосування більшою дозою – зверніться до спеціаліста за порадою) ----- П/ш – по 500 мкг – 1,5 мг на ніч або в формі постійної підшкірної інфузії, по 500 мкг через кожні 2 год. за потребою, максимальна доза 5 мг / 24 год. (можливе застосування більшою дозою – зверніться до спеціаліста за порадою)	Біохімічні порушення (зумовлені прийомом лікарських засобів, метаболічні). Може бути в комбінації з циклізином
<b>Метоклопрамід †</b>	Антагоніст дофаміну та прокінетик. Діє в хеморецепторній зоні дуги блювотного рефлексу та в ШКТ	Пероральний – по 10 мг тричі на день (можливе застосування більшою дозою за порадою спеціаліста) ----- П/ш – по 50 мг / 24 год. в формі постійної підшкірної інфузії (можливе застосування більшою дозою за порадою спеціаліста)	Гастростаз, рефлюкс, уповільнення евакуації зі шлунку. Ризик гострої дистонії, зокрема, у молодих жінок. Уникати застосування при механічній непрохідності кишечника, кольках

† Примітка – слід уникати призначення циклізину чи інших антимускаринових препаратів до метоклопраміду, оскільки вони пригнічують прокінетичну дію. ‡ Циклізин, як і інші антимускаринові препарати, може підсилювати серцеву недостатність, при наявності ризику слід уникати їхнього призначення.

Лікарський засіб	Головна дія лікарського засобу	Рекомендована доза та шлях застосування	Рекомендоване застосування / коментарі
<b>ДРУГА ЛІНІЯ ТЕРАПІЇ</b>			
<b>Левомепромазин*</b>	Протиблювотний засіб широкого спектру дії. Антагоніст дофамінових, гістамінових та мускаринових рецепторів (не є прокінетиком)	Пероральний – по 6,25 мг – 25 мг на ніч та по 6,25 мг через кожні 2 години за потребою (максимальна доза 25 мг / 24 год.). Можливий розподіл дози на кілька прийомів. Слід пам'ятати про можливість седативного ефекту при прийомі більшою дозою; звернутись за порадою до спеціаліста. ----- П/ш – по 5 мг - 25 мг на ніч або в формі постійної підшкірної інфузії	<b>Призначають замість</b> раніше застосовуваного протиблювотного засобу. Як правило, як засіб другої лінії терапії, якщо седативний ефект не є проблемою або є бажаним ( <b>більш ймовірний</b> при застосуванні дозами $\geq 25$ мг / 24 год.). Необхідна обережність при епілепсії (зниження судомного порогу).
<b>Ондансетрон (чи інші антагоністи 5HT<sub>3</sub>, різні дози)</b>	Антагоністи 5HT <sub>3</sub>	Пероральний – по 4 – 8 мг двічі на день (можливе застосування більшою дозою – зверніться до спеціаліста за порадою) ----- Ректальний – 16 мг один раз на день ----- П/ш – по 16 мг / 24 год. в формі постійної підшкірної інфузії (можливе застосування більшою дозою – зверніться до спеціаліста за порадою)	Застосовують, головним чином, при проведенні хіміотерапії, після хірургічної операції. Ад'ювантний засіб при нирковій недостатності, подразненні шлунку чи біохімічній стимуляції. <b>Додається</b> до попереднього протиблювотного засобу. Примітка – викликає сильний закреп.
<b>Дексаметазон</b>	Знижує запальну відповідь ? центральний ефект	Пероральний – по 8 – 16 мг кожного ранку або з розподілом дози на два прийоми ----- П/ш – по 8 мг – 16 мг кожного ранку або з розподілом дози на два прийоми ( <b>рекомендований розчин 4 мг/мл</b> )**	Ад'ювантний протиблювотний засіб; церебральний набряк; метастази в печінку. Додається до попереднього протиблювотного засобу. Див. розділ <a href="#">Кортикостероїди</a>

\* При синдромі Паркінсона можливе призначення домперидону замість дофамінових антагоністів.

\*\* В оригіналі: SC – 6.6mg-13.2mg each morning or 2 divided doses (use 3.3mg/ml strength).

В перекладі використали дозування, які наразі доступні в Україні.

# ШЛУНКОВО-КИШКОВА НЕПРОХІДНІСТЬ

Виникає приблизно у 3% онкологічних пацієнтів; є частішим ускладненням при абдомінальному раку пізньої стадії (наприклад, товстої кишки – 10%; яєчників – 25%).

Непрохідність виникає в тонкому кишечнику в 50% випадків, в товстому кишечнику – в 30% випадків, в обох ділянках – в 20% випадків.

**Таблиця 14.**  
**Часті причини непрохідності кишечника**

Механічні	Функціональні
Рак	Ушкодження вегетативних нервів
Закреп	Лікарські засоби – опіоїди, антихолінергічні засоби
Інфільтрація в стінку кишечника	Наслідок хірургічного втручання
Утворення стриктури	Метаболічні – гіпокаліємія, гіперкальціємія
Компресія ззовні	Радіаційний фіброз

Непрохідність кишечника має механічні або функціональні причини – часто понад одну.

- Ступінь непрохідності – можлива часткова або повна.
- Розвивається протягом годин чи днів; початкові періодичні симптоми можуть загострюватись та ставати постійними, можуть також і спонтанно минути (як правило, тимчасово).

## Оцінка / Ознаки та симптоми кишкової непрохідності

- Нудота та блювота (починається раніше та є рясною, якщо ділянка непрохідності розташована вище)
- Біль внаслідок абдомінальних кольок або спричинений самою пухлиною
- Розтягнення черевної порожнини (зокрема при дистальній непрохідності)
- Зміна звичного режиму випорожнення кишечника (від закрепу до діареї внаслідок переповнення)

- Кишковий шум (від відсутності до гіперактивних та чутних).
- Радіологічне обстеження – при необхідності диференціації копростазу, закрепу та асцити.
- Зрідка є невідкладним станом – отже, є час на обговорення ситуації з пацієнтом та його родиною, аби вони мали змогу зробити поінформований вибір щодо лікування.

## Оцінка / Ознаки та симптоми кишкової непрохідності

- У деяких пацієнтів непрохідність кишечника може бути зворотною.
- Для всіх пацієнтів – розглянути доцільність хірургічного втручання, див. Таблицю 15 – [Оцінка доцільності хірургічного втручання](#). (ст.37)
- Якщо хірургічне втручання є недоречним, див. Таблицю 16 – [Медикаментозне лікування симптомів шлунково-кишкової непрохідності](#). (ст.37)

**Таблиця 15.**  
**Оцінка доцільності хірургічного втручання**

Враховати:	Незадовільний результат хірургічного втручання є ймовірним:	Хірургічне втручання, ймовірно, протипоказане:
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ чи згодний пацієнт</li> <li>■ явна та легко зворотна механічна причина непрохідності</li> <li>■ прогноз &gt; 12 тижнів при проведенні лікування</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ якщо раніше була проведена променева терапія черевної порожнини</li> <li>■ при непрохідності тонкого кишечника; множинні ділянки непрохідності</li> <li>■ при поширеному захворюванні</li> <li>■ при незадовільному загальному стані</li> <li>■ при кахексії</li> <li>■ при низькій рухомості пацієнта</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ при карциноматозі</li> <li>■ якщо результати обстеження свідчать про те, що втручання буде марним</li> <li>■ при незадовільному загальному стані здоров'я</li> <li>■ при короткому прогнозі &lt; 12 тижнів</li> </ul>

**Таблиця 16.**  
**Медикаментозне лікування симптомів шлунково-кишкової непрохідності**

**ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА** якщо відповідь відсутня або ситуація є складною

Лікарські засоби, які слід спробувати проти непрохідності	
<b>Кортикостероїди</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Розгляньте доцільність призначення дексаметазону, по 8 – 16 мг, перорально, або по 6,6 – 13,2 мг,* п/ш, на день (ін'єкції розчину по 3,3 мг/мл*) при відсутності протипоказань.</li> <li>■ Якщо покращення відсутнє через 5 – 7 днів або при виникненні небажаних побічних ефектів, подальше застосування стероїдів слід скасувати.</li> <li>■ При наявності покращення поступово знижуйте дозу стероїдів з урахуванням інтенсивності симптомів.</li> </ul>
Лікування нудоти ± блювоты	
<b>Функціональна або часткова непрохідність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Метоклопрамід: по 30 мг / 24 год. в формі постійної підшкірної інфузії (можливе застосування більшою дозою за порадою спеціаліста)</li> <li>■ Протипоказаний при повній непрохідності кишечника</li> <li>■ Скасувати подальше застосування, якщо викликає кольки; замість призначити протиблювотний засіб з вказаних нижче.</li> </ul>
<b>Повна непрохідність</b>	<p><b>Альтернативні засоби:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Циклізин, по 75 – 150 мг / 24 год. в формі постійної підшкірної інфузії та 25 – 50 мг, п/ш, через кожні 4 – 6 годин за потреби, максимальна доза 200 мг/24 год.)</li> <li>■ Галоперидол, по 500 мкг – 1,5 мг, п/ш, на ніч або в формі постійної підшкірної інфузії та 500 мкг, п/ш, через кожні 2 години за потреби, максимальна доза 5 мг/24 год.</li> </ul> <p>Або призначити циклізин та галоперидол в комбінації. Або замість обох препаратів – левомепромазин, п/ш, по 5 мг – 25 мг на ніч та по 5 мг п/ш, через кожні 2 години за потреби, максимальна доза 25 мг/24 год.</p>

\*в Україні наразі відсутні такі дозування

<b>Стойка / рясна блювота</b>	<b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА</b>
<b>Лікування в зв'язку з іншими симптомами</b>	
<b>Печія / кисла відрижка</b>	Розглянути доцільність призначення ранітидину п/ш (за призначенням спеціаліста).
<b>Закреп внаслідок непрохідності</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Натрію докузат – максимальна схвалена доза становить 500 мг/день, втім можливе застосування дозою до 200 мг, тричі на день, перорально (<i>Див. PCF6</i>).</li> <li>■ Розгляньте доцільність призначення макроголу при копростазі.</li> <li>■ Проносні засоби можуть викликати кольки, – забезпечити доступність ін'єкцій гіосцину бутилброміду для введення при необхідності.</li> <li>■ Уникайте застосування стимуляторів, проносних засобів, що збільшують об'єм чи сприяють ферментації, таких, як лактулоза.</li> </ul>
<b>Абдомінальний біль</b>	Дотримуйтесь інструкцій щодо контролю болю, обирайте препарати не для перорального застосування.
<b>Абдомінальні кольки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Гіосцину бутил бромід, по 60 – 120 мг / 24 год., в формі постійної п/ш інфузії та <b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.</b></li> <li>■ Скасувати застосування прокінетичних препаратів; препаратів, що сприяють збільшенню об'єму, осмотичних проносних засобів та симуляторів.</li> </ul>
<b>Гідратація</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Оцінити індивідуальну потребу в в/в чи п/ш введенні рідини.</li> <li>■ У багатьох пацієнтів зневоднення відсутнє.</li> <li>■ Абсорбція рідини, що надходить пероральним шляхом, може відбуватись вище ділянки непрохідності.</li> <li>■ Рідину п/ш можна вводити дозою 1 – 2 л / 24 год.</li> </ul>
<b>Харчування</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дозволене споживання дієтичної легкої їжі та напоїв з низьким вмістом клітковини.</li> <li>■ Парентеральне харчування, як правило, є недоречним для пацієнтів з обмеженою кількістю варіантів лікування проти раку або з незадовільним загальним станом здоров'я. (<i>Див. PCF6</i>). Менше з тим, воно може бути доречним в окремих випадках, для пацієнтів з тривалішим прогнозом життя, рішення схвалює міждисциплінарна команда.</li> </ul>

**Примітка** – за потреби в більших дозах деяких лікарських засобів - **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**

### Встановлення назогастрального зонда

- Не слід **регулярно** застосовувати назогастральний (НГ) зонд в зв'язку з непрохідністю у пацієнтів із захворюванням пізньої стадії.
- Можливо розглянути доцільність декомпресії верхніх відділів шлунково-кишкового тракту (ШКТ), якщо планується хірургічне втручання, або при фекальній блювоті, при недостатній відповіді на медикаментозне лікування.
- Тривале НГ відсмоктування рідини не рекомендоване, оскільки забезпечує стійке полегшення дуже рідко. Рекомендовані заходи, описані вище.

### Черезшкірна гастростомія для відведення рідини

- Можна розглянути доцільність для полегшення симптоматики у пацієнтів, блювота у яких не контролюється фармакологічними заходами через ризик блокування.

### Продовження лікування

- Перевіряйте призначене лікування принаймні щоденно.
- Якщо непрохідність не минає, задачами повинні бути:
  - Контроль болю та блювоти.
  - Мінімізація блювоти, наскільки це можливо.
  - Отримання достатньої кількості рідини перорально для підтримки гідратації.
- Виписка пацієнта додому або організація лікування вдома потребує ретельного планування.



## ЗАКРЕП

### Причини, які слід розглянути

- Медикаментозний – перевірте призначені лікарські засоби.
- Зневоднення – перевірте прийом сечогінних засобів та споживання рідини.
- Знижена рухомість, наприклад, пацієнт не здатен дістатись до туалету; відсутність приватності.
- Зміна харчування – перевірте.
- Гіперкальціємія – (див. інструкції в розділі Невідкладна допомога в паліативній терапії, стор. 49).
- Неврологічні (наприклад, компресія метастазами спинного мозку, див. стор. 52; вегетативна невротія).
- Шлунково-кишкова непрохідність – див. [розділ з інформацією щодо шлунково-кишкової непрохідності](#).

### Оцінка

- Анамнез – звичайний ритм дефекації раніше та тепер, включно з потребою в проносних засобах та дата останнього випорожнення; поточний прийом лікарських засобів; інші можливі чинники.
- Пальпація та вислуховування черевної порожнини, пальцеве ректальне обстеження.
- Інструментальні обстеження, якщо потрібні для лікування, наприклад, рентген черевної порожнини; перевірка рівня кальцію.
- У зв'язку з закрепом, що не піддається лікуванню – **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**

### Лікування

- Профілактика є найкращою стратегією.
- Як правило, усім пацієнтам, яким призначені опіюїди, слід призначити також і послаблюючі засоби для забезпечення регулярних випорожнень, без напруження, з частотою раз на 1 – 3 дні.
- Заохочуйте до належного орального споживання рідини та їжі, включно з фруктами та фруктовими соками. На інтернет сайті NHS.UK наведені інструкції зі збільшення споживання клітковини (матеріали англійською мовою): <https://www.nhs.uk/live-well/eat-well/how-to-get-more-fibre-into-your-diet/>.
- Застосовуйте проносні засоби першої лінії терапії.
- Приблизно третині паліативних пацієнтів потрібні очисні клізми, або через відсутність ефективності оральних препаратів, або планово (наприклад, слабкі пацієнти, прикуті до ліжка, паралізовані пацієнти) (*Посилання: PCF6*).
- Проведення очисної клізми слід уникати, за можливості, при наявності у пацієнта нейтропенії або тромбоцитопенії, через ризик, відповідно, інфікування чи кровотечі (*Посилання: PCF6*).



Таблиця 17. Оцінка доцільності хірургічного втручання

Клінічна ситуація	Тип лікарського засобу та приклади	Коментарі
<b>М'які об'ємні випорожнення – низька активність кишечника</b>	<b>Проносні-стимулятори для перорального застосування</b> Бісакодил, по 5 мг на ніч, зі збільшенням дози до 20 мг на ніч. Сена, по 15 мг на ніч, зі збільшенням дози до 30 мг двічі на добу. Натрію пікосульфат, розчин, по 5 – 10 мг на ніч, зі збільшенням дози до 30 мг двічі на добу.	Починайте низькою дозою з подальшим збільшенням. Можуть викликати абдомінальні кольки. Наявні також у формі супозиторіїв.
<b>Повна товста кишка, кольки відсутні</b>	<b>Стимулятор ± пом'якшувач</b> – наприклад, сена + докузат натрію.	Докузат натрію, розчин для перорального застосування, може залишати гіркий післясмак чи відчуття печіння, для мінімізації неприємних ефектів слід запити великою кількістю води.
<b>Повна товста кишка, наявні кольки</b>	<b>Макрогол, наприклад, Мовікол®, Лаксидо®</b> , по 1 саше в 125 мл води один раз на день, зі збільшенням дози до 2 – 3 саше на день.	Для забезпечення дії препаратів необхідно споживати адекватну кількість води.
<b>Тверді сухі випорожнення</b>	<b>Пом'якшувальні засоби</b> – докузат натрію, дозою до 500 мг/день, в формі капсул або розчину для перорального застосування. Клізма з арахісовою олією (не застосовується при наявності алергії на горіхи).	Корисні при підгострій непрохідності. Більші дози можуть стимулювати перистальтику.
<b>Тверді випорожнення – заповнена пряма та товста кишка</b>	Стимулятор ± пом'якшувач – наприклад, бісакодил в таблетках чи сена в таблетках / розчині плюс докузат натрію. ----- Препарати другої лінії – макрогол (наприклад, Мовікол®, Лаксидо®), по 2 – 3 саше. ----- Препарати третьої лінії – гліцерин, супозиторії по 4 г та бісакодил, супозиторії по 10 мг. Якщо ефект відсутній – клізма з натрію цитратом.	Для забезпечення дії препаратів необхідно споживати адекватну кількість води.
<b>Копростаз</b>	Клізма з арахісовою олією (не застосовується при наявності алергії на горіхи) ± фосфатна клізма. ----- Препарати другої лінії – макрогол (наприклад, Мовікол®, Лаксидо®), вміст восьми саше розчинити в 1 л води, випити протягом менше 6 годин. Повторювати до трьох днів.	Підігріти перед введенням. Клізму з арахісовою олією зробити на ніч, а фосфатну – вранці. ----- Зберігати готовий розчин в холодильнику протягом максимум 6 годин. Не більше двох саше /годину при серцевій недостатності.

При закріпі, викликаному опіоїдами, стійкому до вищевказаних методів – **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**

**Примітка.** Пацієнтам з паралегією важливо забезпечити регулярність випорожнень. Часто застосовуваною схемою є призначення проносного засобу, симулянта, з додаванням супозиторіїв чи клізм, аби знайти баланс – відсутність, як нетримання, так і копростаза.

## ДІАРЕЯ

Збільшення частоти випорожнень та / або рідкі випорожнення.

Частота: у 4% пацієнтів з раком пізньої стадії.

### Оцінка та лікування

- Встановіть причину – зазвичай вона зумовлена анамнезом захворювання.
- Перевірте харчування (деякі продукти для ентерального харчування можуть викликати діарею). Зверніться за порадою до дієтолога при необхідності.
- Перевірте призначені лікарські засоби.
- Клінічна оцінка включає ректальне обстеження та огляд випорожнень.
- Виключити:
  - Інфекцію, як причину.
  - Закреп / копростаз з переповненням – простий рентген черевної порожнини може бути корисним при підозрі на переповнення. [Лікування як при закрепі](#) (див. ст. 40).
- Проведення інших обстежень є виправданим, якщо результати є важливими для вибору лікування.
- Якщо пацієнт доживає останні дні, призначити симптоматичне лікування, обстеження не проводити.

Таблиця 18. Лікування діареї з урахуванням причини

Причина	Лікування
Лікарські препарати, наприклад, проносні засоби, антациди, інгібітори протонної помпи, НПЗП	Перегляньте призначення, при можливості скасувати подальше застосування.
Антибіотики – зміна мікрофлори кишечника	Скасувати прийом антибіотиків, якщо можливо. Аналіз випорожнень для виключення інфікування <i>Clostridium difficile</i> .
Інфекція	Рідина та відновлення балансу електролітів. Посів випорожнень – призначити препарати з урахуванням ідентифікованих бактерій.
Переповнення кишечника (закреп, часткова непрохідність)	Ідентифікація. Лікування причини закрепу. Пом'якшення випорожнень при частковій непрохідності. Уникати <b>специфічного</b> лікування в зв'язку із закрепом.
Гострий радіаційний ентерит	Зверніться до онколога за порадою.
Хіміотерапія	Зверніться до онколога за порадою.
Секреторна діарея (приклади причин – СНІД, пухлина, фістула)	Зверніться до онколога за порадою.
Хірургічна резекція (шлунку, клубової кишки, товстої кишки), діарея, зумовлена солями жовчних кислот	Холестирамін (за порадою спеціаліста).
Стеаторея	Ферменти підшлункової залози ± інгібітор протонної помпи (зменшує розщеплення ферментів під впливом шлункового соку).

## Застосування лопераміду та кодеїну в зв'язку з діареєю

- Прийом лопераміду, по 2 мг, після кожного рідкого випорожнення. Максимальна доза становить 16 мг на день.
- Якщо контроль діареї не досягнутий, швидко перевести на прийом по 2 мг чотири рази на день.
- При необхідності дозу можна збільшити до 4 мг чотири рази на день.
- Якщо неефективно, замінити на кодеїн, по 30 мг, чотири рази на день.
- Надалі розгляньте доцільність призначення комбінації лопераміду + кодеїну та зверніться за порадою до спеціаліста.

*Посилання: Настанови з паліативної терапії, Шотландія*



# СТОМЛЮВАНІСТЬ

## Причини, які слід розглянути

- Стомлюваність може бути наслідком захворювання (наприклад, раку) або наслідком лікування (наприклад, хіміотерапії, променевої терапії).
- Іншими причинами стомлюваності є:
  - Анемія – розглянути доцільність трансфузії крові при необхідності.
  - Зневоднення - розглянути доцільність в/в / п/ш гідратації.
  - Біль – оптимізувати контроль.
  - Ятрогенні: застосування опіоїдів, бензодіазепінів, наслідки хіміотерапії.
  - Незадовільне харчування: розглянути доцільність направлення до нутриціолога, збільшення кількості рідини.
  - Депресія – розглянути доцільність призначення антидепресантів.
  - Ендокринні порушення: хвороба Аддісона (розгляньте доцільність замісної стероїдної терапії) та гіпогнадизм (розгляньте доцільність призначення замісного тестостерону за потреби. Проконсультуйтеся з ендокринологом).
- Стомлюваність часто є наслідком зворотних та незворотних причин.

## Лікування

- Спочатку слід виявити зворотні причини стомлюваності.

## Не фармакологічне лікування

- Стимулюючі фізичні вправи: індивідуальна програма помірного аеробного навантаження – швидка ходьба, плавання, велосипед.
- Когнітивна поведінкова терапія.
- Психотерапія, що базується на усвідомленні.
- Акупунктура.

## Фармакологічне лікування

- Кортикостероїди: знижують вплив прозапальних цитокінів та покращують загальне самопочуття.
  - Доза: дексаметазон, по 4 – 8 мг, перорально, один раз на день, вранці, максимально протягом 14 днів.
  - Слід пам'ятати можливість різних побічних ефектів, таких, як спровокований стероїдами діабет, затримка рідини. При довготривалому застосуванні стероїди можуть викликати проксимальну міопатію. Детальніша інформація наведена в розділі [Кортикостероїди](#).

# АНОРЕКСІЯ

## Визначення

- Зменшення бажання їсти.
- Втрата чи відсутність апетиту.

## Причини

- Паранеопластичний вплив раку.
- Порушення спорожнення шлунку.
- Лікарські засоби, наприклад, опіоїди, ІЗЗНС.
- Незадовільна гігієна ротової порожнини, кандидоз.
- Зміна відчуття смаку чи запаху.
- Будь-яка з причин нудоти.

## Лікування анорексії, пов'язаної з раком

- Усунення зворотних причин.
- Пояснення – вплив раку, як такого.
- Розпитайте про страхи та тривоги пацієнта, членів його родини / осіб, що ним опікуються – відмова від їжі може породжувати страхи та конфлікти.
- Поради щодо харчування.
  - Споживання високоенергетичної їжі, такої, як цільне молоко, йогурти та спреди.
  - Збагачення їжі, наприклад, додання сметани до супів, масла до овочів, тощо.
  - Заохочуйте перекуси та частіше харчування маленькими порціями, а не рідкіше великими.
  - Порадьте особам, що опікуються пацієнтом, не пропонувати надлишкову кількість їжі
- Розгляньте доцільність звернення за порадою до дієтолога, якщо прогноз тривалості життя не є коротким.

## Фармакологічне лікування

**Кортикостероїди**, наприклад, для короткочасного покращення апетиту. Вони забезпечують швидкий ефект, який зменшується через 3 – 4 тижні. Також допоміжні для зниження інтенсивності нудоти, підвищенню рівня енергії та покращення загального самовідчуття.

- Розглянути потребу в захисті слизової шлунку.
- Дексаметазон – по 2 – 6 мг, перорально, один раз на день, вранці; оцінка через тиждень прийому.
  - якщо препарат є корисним, продовжувати, щотижнево знижуючи дозу до найменшої ефективної.
  - якщо користь через один тиждень відсутня, скасувати подальший прийом.
  - побічні ефекти: затримка рідини, кандидоз, міопатія, безсоння, гастрит та викликаний стероїдами діабет. Детальніша інформація наведена в розділі [Кортикостероїди](#).

## Прокінетики

- При підозрі на порушення спорожнення шлунку метоклопрамід, по 10 мг, тричі на день.

**ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА, ЯКЩО ВІДСУТНЯ ВІДПОВІДЬ НА ВИЩЕВКАЗАНІ ЗАХОДИ.**

## ЗАДИШКА

Задишка є частим симптомом у пацієнтів із захворюванням пізньої стадії, напади частішають та набувають більшої тяжкості протягом останніх тижнів життя.

**Примітка:** інструкції в цьому розділі **НЕ** стосуються задишки, викликаной дихальною недостатністю. Дивіться розділ [Застосування налоксону в лікуванні дихальної недостатності, викликаной терапевтичним застосуванням опіоїдів](#).

### Визначення задишки / утрудненого дихання

- Неприємне суб'єктивне відчуття, яке не завжди корелює з клінічною патологією.
- Ступінь тяжкості визначається відчуттям дискомфорту пацієнта.
- Причини задишки, як правило, багатofакторні: фізичні, психологічні, соціальні та духовні чинники сприяють виникненню цього суб'єктивного відчуття.

- Важливо виявити та призначити лікування в зв'язку з потенційно зворотніми причинами задишки.

### Оцінка

- Ознайомлення з історією хвороби та клінічне обстеження.
- Інструментальне обстеження, наприклад, рентгенографія грудної клітки.
- Лікування залежить від клінічного діагнозу.

### Лікування

- Лікування в зв'язку зі зворотніми причинами.
- Нефармакологічні заходи.
- Медикаментозне лікування.



Таблиця 19. Лікування причин задишки, що потенційно надаються лікуванню

Причина	Розгляньте доцільність призначення
Серцева недостатність та набряк легень	Сечогінних засобів / інгібіторів АПФ / нітратів / опіоїдів
Пневмонія	Антибіотиків у разі необхідності
Бронхоспазм	Бронходилаторів ± стероїдів
Анемія	Трансфузій крові – необхідне симптоматичне лікування, а не підняття рівня гемоглобіну
Емболія легеневої артерії	Антикоагулянтів
Тривожність	Психологічної допомоги, анксиолітиків
Непрохідність верхньої порожнистої вени	Стероїдів високою дозою – дивись розділ <a href="#">Невідкладна допомога в паліативній терапії</a> Зверніться до онколога про пораду щодо променевої терапії / хіміотерапії Встановлення стенту
Непрохідність трахеї / бронхів, зумовлена зляканим захворюванням	Зверніться до онколога про пораду щодо променевої терапії / хіміотерапії або перенаправлення на стентування
Метастази в легенях	Зверніться до онколога за порадою щодо променевої терапії / хіміотерапії
Плевральний випіт Випіт перикарду Асцит	Розгляньте доцільність дренування

## Нефармакологічне лікування задишки

- Заспокоєння та пояснення.
- Техніки відволікання та релаксації.
- Розташування пацієнта в зручній позі для дихання.
- Збільшення руху повітря – ввімкнути вентилятори / відкрити вікно.
- Фізіотерапія – зменшення респіраторної секреції, дихальні вправи.
- Побутова терапія – зміна повсякденної діяльності для зниження інтенсивності симптомів.
- Пояснення значення задишки пацієнтові та розпитайте про наявні страхи.
- Психологічна підтримка – для зниження рівня дискомфорту, зумовленого тривожністю та депресією.

## Фармакологічне лікування задишки

### (i) Опіоїди

Зниження відчуття задишки, тривожності, болю.

### Пацієнти, що не отримували опіоїди раніше

- Морфін негайного вивільнення для перорального застосування, по 2,5 – 5 мг кожні чотири години при необхідності в зв'язку із задишкою.
- Дозу збільшувати з урахуванням відповіді на лікування.
- Якщо пацієнтові потрібно більше двох доз протягом 24 годин, розгляньте доцільність призначення опіоїдів тривалої дії.

### Пацієнти, які регулярно отримували сильніодіючі опіоїди в зв'язку з болем раніше

- У зв'язку з задишкою слід застосовувати додаткові дози сильніодіючих опіоїдів «за потребою», в діапазоні 25 – 100% від дози сильніодіючих опіоїдів для прийому через кожні 4 години, в залежності від тяжкості задишки.
- Наприклад, якщо пацієнт приймає морфін уповільненого вивільнення дозою по 30 мг двічі на день в зв'язку з болем, пероральна доза морфіну негайного вивільнення за потребою у зв'язку із задишкою становить 2,5 – 10 мг.
- Збільшення дози залежить від відповіді на лікування.
- Розгляньте доцільність збільшення дози препарату для регулярного прийому на 25 – 50%, якщо прийом препарату за потребою забезпечує полегшення.

**Примітка:** необхідна обережність у випадку пацієнтів з дихальною недостатністю 2 типу.

### (ii) Бензодіазепіни

Бензодіазепіни не усувають задишку, їхня роль полягає у впливі на тривожність, яка посилює задишку. У випадку пацієнтів з тривожністю, прогноз тривалості життя яких перевищує чотири тижні, розгляньте доцільність призначення СІЗС. Бензодіазепіни можна застосовувати для зниження інтенсивності симптомів в очікуванні початку дії СІЗС, або при прогнозі, коротшому за 4 тижні.

**Примітка:** пацієнтам, які не є на межі смерті, бензодіазепіни протипоказані при гострій тяжкій легеневій недостатності, нелікованому синдромі апное уві сні, тяжкій печінковій недостатності та міастенії.

Їх слід застосовувати з обережністю в терапії пацієнтів з дихальною недостатністю 2 типу.

Подальша інформація наведена в розділі **Тривожність**, включно з дозуванням лікарських засобів.

### (iii) Кортикостероїди

Можуть зменшувати запальний набряк.

### Таблиця 20.

#### Застосування стероїдів в зв'язку зі специфічними причинами задишки

Показання	Добова доза дексаметазону (для перорального застосування)
<b>Синдром верхньої порожнистої вени</b> (див. ст. 69)	16 мг
<b>Стридор</b>	8 – 16 мг
<b>Лімфогенний канцероматоз Після променевої терапії</b> <b>Бронхоспазм</b>	8 мг

### Перевірити результати застосування кортикостероїдів через 5 днів

- Якщо симптоматика покращилась, поступово знижувати дозу до найнижчої ефективної дози.
- Якщо покращення симптоматики відсутнє, скасувати подальший прийом стероїдів або знизити до попередньої підтримувальної дози.
- Якщо пацієнт приймав стероїди менше трьох тижнів, можна скасувати подальший прийом одразу.
- Якщо пацієнт приймав стероїди понад трьох тижнів, для скасування необхідне поступово зниження дози.

Подальша інформація наведена в розділі **Кортикостероїди**.

### (iv) Киснева терапія

- Свідчення ефективності є обмеженими. Киснева терапія може допомогти пацієнтам із задишкою та гіпоксією ( $\text{SaO}_2 < 92\%$ ) в стані спокою або після фізичного навантаження. Користь для інших пацієнтів із задишкою може бути зумовлена охолоджувальним ефектом обличчя чи носової порожнини; в такому випадку ручний вентилятор забезпечить таку саме дію.
- Кисневу терапію варто спробувати в терапії пацієнтів з гіпоксією ( $\text{SaO}_2 < 92\%$ ), а також, якщо вимірювання насичення крові киснем неможливе. Якщо безсумнівна користь відсутня, скасувати.



- У терапії пацієнтів з ХОЗЛ та хронічною гіпоксією використовувати суміш з вмістом кисню не більше 28%.
- Киснева терапія може стати причиною обмеження рухомості, перешкоджати спілкуванню, створювати незручності та потребувати додаткових витрат; запропонуйте альтернативні види лікування.
- Слід брати до уваги також і безпеку, а саме, ризик пожежі внаслідок куріння (включно з електронними сигаретами) чи через інші джерела займання, такі, як радіатори, сірники чи запаленні свічки.
- Зверніться по консультацію до пульмонолога, дотримуйтесь рекомендацій місцевих протоколів.

(v) Аерозольні лікарські засоби (небулайзери)

### Таблиця 21.

#### Аерозольні лікарські засоби

Препарат	Доза	Коментар
<b>Натрію хлорид, 0,9% розчин в аерозолі</b>	5 мл за потребою або кожні 4 години	Зволожувальний засіб при в'язких виділеннях
<b>Сальбутамол</b>	2, 5 – 5 мг за потребою або кожні 4 години	Бронходилатор

Моніторинг небажаних ефектів після першої дози. Скасувати при відсутності відповіді через 3 дні.



## КАШЕЛЬ

- Оцінка ймовірних причин та характеру кашлю є важливою.
- Може бути викликаний раком / терапією або іншим захворюванням.
- Кашель може слугувати фізіологічній меті, в такому випадку відкашлювання / фізіотерапія є корисними.

### Лікування

- Необхідне лікування, спрямоване не специфічні причини. Див. Таблицю 22 нижче – Лікування специфічних причин кашлю.
- Розгляньте доцільність фармакологічного лікування, якщо кашель є стійким та усунення причини є неможливим. Див. Таблицю 23 – [Фармакологічне лікування кашлю](#).

#### Таблиця 22.

#### Лікування специфічних причин кашлю

Причина	Лікування
Пов'язана з онкологічним захворюванням	Розгляньте доцільність направлення до онколога / хіміотерапію / променеви терапію; призначення кортикостероїдів.
Пов'язана з лікуванням	Перевірити призначення. Наприклад, кашель можуть провокувати інгібітори АПФ.
Серцева недостатність та набряк легень	Діуретики / інгібітори АПФ.
Пневмонія	Антибіотики при необхідності.
Астма	Бронходилататори ± стероїди.
ХОЗЛ	Бронходилататори / стероїди. Для зменшення в'язкості мокротиння: карбоцистеїн – див. нижче.
Інфекція	Фізіотерапія / аерозольний 0,9% розчин натрію хлориду / антибіотики. Вживати більше рідини.
Парез зворотного гортанного нерву	Розгляньте доцільність направлення до отоларинголога.
Плевральний випіт	Дренажні процедури.

**Таблиця 23.**  
**Фармакологічне лікування кашлю**

Засіб	Доза	Коментар
<b>Сироп від кашлю</b> (Примітка: відсутній в терапевтичному довіднику)	По 5 мл 3 – 4 рази на день	Місцева заспокійлива та пом'якшувальна дія. Певна протикашльова дія.
<b>Сироп від кашлю з кодеїном</b> (Примітка: відсутній в терапевтичному довіднику)	По 15 - 30 мг 3 – 4 рази на день	Якщо пацієнт вже отримує сильнодіючі опіоїди в зв'язку з болем, призначення мікстури з кодеїном недоцільне. Застосування «за потребою» сильнодіючого опіоїдного засобу в зв'язку з кашлем (як правило, доза «за потребою» становить 1/6 від сукупної добової дози сильнодіючого опіоїдного засобу).
<b>Розчин морфіну для перорального застосування</b>	По 2,5 – 5 мг через кожні 4 години	Доза для пацієнтів, які не отримували опіоїди раніше.
<b>Розчин морфіну для перорального застосування</b>	По 5 – 10 мг через кожні 4 години	Доза для пацієнтів, які отримували раніше мікстуру проти кашлю з кодеїном, але ефект був відсутнім.
<b>Карбоцистеїн</b>	По 750 мг, тричі на день, з подальшим зниженням до прийому двічі на день	Зменшує в'язкість мокротиння.
<b>Натрію хлорид, 0,9% розчин</b>	По 2,5 мл через небулайзер кожні 4 години	Сприяє відхаркуванню, корисний засіб при вологому кашлі.

При гострому інфекційному захворюванні застосування засобів для пригнічення кашлю не рекомендоване.

## СЕКРЕЦІЯ З ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Надлишкова секреція з органів дихання є частим явищем у пацієнтів в термінальній стадії. Причиною є накопичення рідини в верхніх відділах дихальних шляхів, джерелом якою є:

- Слина (найчастіше)
- Слиз у бронхах (наприклад, внаслідок запалення / інфекції)
- набряк легень
- Шлунковий рефлюкс

### Лікування

- Якщо пацієнт знаходиться у напівсвідомому стані або непритомний, надлишкова секреція його зазвичай не турбує. Важливо надати пояснення членам родини, оскільки така секреція може їх хвилювати, зокрема, при шумному, хриплому диханні.
- Слід розташувати пацієнта в положенні напівлежачи для стимуляції відтоку, винятком є секреція внаслідок набряку легень чи шлункового рефлюксу; в таких випадках необхідне більш вертикальне положення.
- Примусове відсмоктування рідини, як правило, залишають для непритомних пацієнтів, оскільки ця процедура є дуже неприємною.

Див. Алгоритм 6:– [Чи наявна секреція з органів дихання, що тривожить пацієнта](#) та Таблицю 40 – [Антисекреторні препарати при нирковій недостатності](#), де наведені подальші інструкції.

(Посилання: PCF6).

# ЗАХВОРЮВАННЯ РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Захворювання ротової порожнини часто спостерігаються у паліативних пацієнтів. Ретельна оцінка та втручання на ранньому етапі є важливим для комфорту пацієнта, профілактики серйозніших проблем та подальших ускладнень.

## Оцінка

Ротову порожнину слід уважно оглядати щоденно. Характеристиками здорової ротової порожнини є наступні:

- Ротова порожнина є чистою, зволоженою слиною.
- Ясна, язик та щокви є здоровими та рожевими.
- Відсутність карієсу чи пошкоджених пломб.
- Протези чисті та добре прилягають.
- Відсутні виразки чи недіагностовані червоні або білі плями.

## Профілактична терапія

- Зуби та язик слід чистити принаймні двічі на день, протягом приблизно двох хвилин, зубною щіткою з маленькою / середньою голівкою, зубною пастою з фтором. Залишкову зубну пасту слід виплюнути, але рот не слід ополіскувати водою негайно після чищення, оскільки при цьому змиються залишки пасти та знизиться її захисний ефект.
- Протези слід знімати двічі на день, чистити щіткою та ополіскувати водою. На ніч їх слід занурювати в воду або розчин для ополіскування ротової порожнини, яким пацієнт зазвичай користується (слід ознайомитись з інструкцією на ополіскувачів, оскільки деякі призначені до застосування протягом лише 15 хв.). Вийнявши протез з води, його слід почистити щіткою знов.
- Заохочуйте пацієнта до споживання адекватної кількості рідини.
- Губи слід акуратно змащувати бальзамом для губ (при проведенні кисневої терапії слід користуватись водорозчинним зволожувачем).
- Необхідно діагностувати та призначити відповідне лікування в зв'язку з вторинними інфекціями ротової порожнини.

## Лікування хвороб ротової порожнини

Лікування залежить від характеру та причини проблеми. Див. Таблицю 24 – [Лікування хвороб ротової порожнини](#).

## Посилання на інші настанови:

Питання гігієни ротової порожнини (матеріал англійською мовою) [http://www.mouthcarematters.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/10/MCM-GUIDE-2016\\_100pp\\_OCT-16\\_v121.pdf](http://www.mouthcarematters.hee.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/10/MCM-GUIDE-2016_100pp_OCT-16_v121.pdf)

Настанови із догляду за ротовою порожниною онкологічних пацієнтів та паліативна допомога, 3 видання <http://www.ukomic.com/guidance.html>

**Таблиця 24.**  
**Лікування хвороб ротової порожнини**

Проблема	Лікування
Афтозний стоматит	<ul style="list-style-type: none"> <li>Гідрокортизон, таблетки для розсмоктування в ротовій порожнині, по 2,5 мг чотири рази на день до п'яти днів. Таблетку слід тримати в роті поблизу від виразки.</li> <li>Знеболювальні гелі для місцевого застосування – холіну саліцилат, 8,7%, гель для ротової порожнини, наприклад, Бонжела® чи анестетик для зовнішнього застосування (наприклад, лідокаїн, 5% мазь)</li> <li>Антисептик-ополіскувач для ротової порожнини, наприклад, хлоргексидину глюконат 0,2%, може бути корисним для профілактики чи лікування вторинних інфекцій.</li> </ul>
Вірусний стоматит	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ацикловір, по 200 мг, п'ять разів на день протягом п'яти днів.</li> <li>Гелі для місцевого застосування (див. вище).</li> </ul>
Злоякісні виразки	<ul style="list-style-type: none"> <li>Розгляньте доцільність призначення антибіотику.</li> </ul>
Променевий стоматит	<ul style="list-style-type: none"> <li>Бензидамін, 0,15% ополіскувач для ротової порожнини або спрей.</li> <li>Розгляньте доцільність призначення гелю для захисту слизових оболонок, наприклад, Episil®, Gelclair®, Oralife®, MuGard®</li> <li>Парацетамол, по 1 г до 4 разів на день (див. стор. 13 – поради щодо ситуацій, в яких може бути потрібним зниження дози)</li> <li>Опіюідні анальгетики, якщо вищевказаних заходів недостатньо.</li> <li>При необхідності слід звернутись за порадою до команди онкологів.</li> </ul>
Гінгівіт	<ul style="list-style-type: none"> <li>Метронідазол по 200 мг, тричі на день, перорально, протягом трьох днів.</li> <li>Антисептик-ополіскувач для ротової порожнини, наприклад, хлоргексидину глюконат 0,2% (Примітка: див. нотатки нижче)</li> </ul>
Сухість в роті	<ul style="list-style-type: none"> <li>Перевірити перелік призначених лікарських засобів (опіюїди, антимускаринові засоби).</li> <li>Збільшити споживання рідини.</li> <li>Замінники слини / зволожувальні засоби – див. довідники ДРЛЗ та GMMMG, в яких наведена інформація щодо усіх доступних препаратів. <ul style="list-style-type: none"> <li>Уникати застосування кислих замінників слини, якщо пацієнт користується зубними протезами. <ul style="list-style-type: none"> <li>оральний спрей AS Saliva Orthana® та льодяники та гель Biotene Oralbalance® є нейтральними,</li> <li>спрей Glandosane® та пастилки Salivix® є кислими*.</li> </ul> </li> <li>Слід враховувати, що деякі замінники слини виготовлені з тканин свиней. <ul style="list-style-type: none"> <li>гель Biotene Oralbalance® та спрей Glandosane® не містять інгредієнтів з тканин тварин.</li> <li>оральний спрей AS Saliva Orthana® та пастилки Salivix® містять інгредієнти з тканин тварин.*</li> </ul> </li> <li>Ці препарати слід призначати виключно пацієнтам NHS згідно з критеріями ACBS (тобто пацієнтам, що страждають від сухості в роті під час (або після) проведення променевої терапії чи з синдромом сухості слизових оболонок. Для інших пацієнтів ці препарати відпускають без рецепта.</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Льодяники, кубики льоду, жувальна гумка без цукру.</li> <li>■ Розгляньте доцільність призначення 0,9% розчину натрію хлориду для ополіскування ротової порожнини / аерозолію / в небулайзері.</li> <li>■ Пілокарпін – зверніться за порадою до спеціаліста. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Слід уникати їхнього застосування за відсутності слиновиділення.</li> </ul> </li> </ul>
Наліт на язик	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Жування ананасових скибок.</li> <li>■ Чищення язика м'якою зубною щіткою.</li> </ul>
Грибкова інфекція	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ністатин, оральна суспензія, 100 000 од./мл, по 1 – 5 мл чотири рази на день протягом семи днів. Тримати в роті протягом 1 хв. та проковтнути. Застосовувати після їжі та перед сном. Слід пам'ятати, що ністатин має місцеву дію. Застосування вищими дозами не зареєстроване, необхідно виписати достатню кількість, аби засобу вистачило принаймні на 7 днів, наприклад, 150 мл.</li> <li>■ Флуконазол, по 50 мг на день, протягом семи днів (14 днів, якщо пацієнт користується зубними протезами). Флуконазол, по 150 мг, однією дозою, застосовують при нетривалому прогнозі (дозу слід знизити на 50%, якщо ШКФ становить &lt; 50 мл/хв.). Флуконазол в формі суспензії є істотно дорожчим за капсули.</li> <li>■ Міконазол, 20 мг/1 г, оральний гель – див. ДРЛЗ.</li> <li>■ Примітка. Флуконазол та міконазол є інгібіторами ферментів. Існує ризик взаємодії з багатьма лікарськими засобами, наприклад, фентанілом, бупренорфіном. Зверніться за порадою до спеціаліста.</li> <li>■ Перевірка та оцінка результатів лікування через 5 – 7 днів. При рецидивній інфекції зверніться за порадою до мікробіолога.</li> <li>■ Зубні протези слід занурювати на ніч в слабких розчин хлору (наприклад, Milton Sterilising Fluid®).</li> </ul>
Бактеріальна інфекція	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Розгляньте доцільність призначення антибіотиків.</li> </ul>
Сухість губ	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Жовтий / білий рідкий парафін або бальзам для губ. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Протипоказанням є променева терапія області голови та шиї.</li> </ul> </li> <li>■ При проведенні кисневої терапії слід користуватись водорозчинним зволожувачем.</li> </ul>

## Інструкції щодо застосування хлоргексидину (Посилання: PCF6)

- Існує ризик анафілактичної реакції у пацієнтів з алергією на хлоргексидин в анамнезі. Слід ознайомитись з інформацією на етикетці та інструкцією із застосування, аби з'ясувати, чи містить препарат хлоргексидин, перед його призначенням пацієнтові з алергією.
- Хлоргексидин інактивується деякими зубними пастами. Після застосування хлоргексидину перерва до чищення зубів повинна становити 30 хв.
- Хлоргексидин інактивує ністатин. При застосуванні обох засобів перерва між застосуванням повинна становити щонайменше 30 хв.
- Ополіскувач для ротової порожнини з хлоргексидином може містити спирт. Це може викликати дискомфорт. Спробуйте розвести водою або використовувати засіб без вмісту спирту (Посилання: PCF6).

## ГИКАВКА

Гикавка, що зберігається понад 48 годин, є нерідким явищем у пацієнтів із захворюванням пізньої стадії, вона може бути дуже дратливою та виснажливою. Може впливати на щоденне життя пацієнта та соціальне функціонування.

### Оцінка

- Необхідна ретельна оцінка для ідентифікації причини.
- Слід враховувати її тяжкість, тривалість та вплив на якість життя пацієнта.
- Причинами можуть бути:
  - Гастростаз та розтягнення шлунку (найчастіша причина).
  - Шлунково-стравохідний рефлюкс.
  - Метаболічні порушення (наприклад, уремія, гіперкальціємія, дефіцит магнію).
  - Інфекція.
  - Подразнення діафрагми чи діафрагмального нерву.
  - Захворювання печінки / гепатомегалія.
  - Церебральні причини (наприклад, пухлина, метастази).
  - Ушкодження діафрагмального нерву на ділянці від черепа до діафрагми, наприклад, зумовлене оперізуючим герпесом, пухлиною.

### Лікування в зв'язку з гикавкою

- Гикавка зазвичай припиняється спонтанно. Лікування потрібне лише тоді, коли гикавка є стійкою, викликає дискомфорт та турбує пацієнта.
- Спочатку спробуйте прості фізичні заходи та заходи, що працювали раніше.

### Нефармакологічне лікування

- Прості чи «домашні» заходи можуть бути ефективними. Ними є:
  - Зробити кілька ковтків льодяної води або проковтнути трохи подрібненого льоду.
  - Дихати в паперовий кульок, зокрема, якщо наявна гіпервентиляція.
  - Перервати нормальне дихання, наприклад, утримати дихання.
  - Випити щось з незвичного / протилежного боку чашки.
  - Потерти м'яке піднебіння ватним тампоном для стимуляції носоглотки.
  - Акупунктура також може бути ефективною.

### Фармакологічне лікування

- Більшість досліджень засобів проти гикавки проведені з включенням замалої кількості пацієнтів, їхня якість є низькою, отже, пропозиції щодо медикаментозної терапії надані з обережністю.

Див. Таблицю 25 – [Фармакологічне лікування в зв'язку з гикавкою](#).



**Таблиця 25.**  
**Фармакологічне лікування в зв'язку з гикавкою**

Причина	Специфічне лікування
Розтягнення шлунку ± шлунково-стравохідний рефлюкс	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Потрібна м'ятна вода, 10 мл.</li> <li>■ Метоклопрамід, по 10 мг, тричі на день (не застосовувати метоклопрамід одночасно з м'ятною водою, оскільки їхня дія є протилежною).</li> <li>■ Засіб проти метеоризму, наприклад, симетикон.</li> <li>■ Інгібітор протонної помпи.</li> </ul>
Подразнення діафрагми чи діафрагмального нерву	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Баклофен – зверніться за порадою до спеціаліста.</li> <li>■ Протиепілептичний засіб, наприклад, габапентин – <b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.</b></li> <li>■ Ніфедипін – <b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.</b></li> <li>■ Мідазолам – <b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.</b></li> </ul>
Системні причини, наприклад, біохімічні, інфекція	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Необхідне лікування в зв'язку з причиною.</li> <li>■ Галоперидол, по 500 мкг – 1 мг на день, перорально.</li> <li>■ Мідазолам – <b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.</b></li> </ul>
Пухлина ЦНС, ураження оболонок головного мозку – інфільтрація пухлини	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Протиепілептичний засіб, наприклад, габапентин – <b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.</b></li> <li>■ Баклофен – <b>ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.</b></li> </ul>
Компресія печінки, органів середостіння чи головного мозку / подразнення, зумовлене захворюванням / пухлиною	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дексаметозон, перорально, по 4 – 8 мг, вранці, може зменшити компресію / подразнення.</li> <li>■ Скасувати подальше застосування, якщо через тиждень користь відсутня.</li> <li>■ При наявній користі поступово зменшувати дозу.</li> </ul>

Посилання: PCF6, Настанови з паліативної терапії, Шотландія

# ДЕЛІРІЙ ТА СПЛУТАНИЙ СТАН СВДОМОСТІ

## Визначення

- Делірій характеризується чотирма головними ознаками.
  - Порушення свідомості та здатності концентрувати увагу.
  - Зміна здатності до розпізнання, сприйняття та психомоторній поведінці.
  - Розвивається протягом короткого періоду часу та коливається протягом дня.
  - Є безпосереднім наслідком захворювання, синдрому відміни чи інтоксикації.
- Делірій може мати гострий чи підгострий початок (підгострий розвиток часто спостерігається у людей похилого віку), його слід відрізнити від деменції.
- Валідованими інструментами для виявлення делірію є 4 АТ та САМ.

## Типи делірій

- **Гіперактивний делірій** – проявляється, головним чином, підвищеною руховою активністю та агітацією.
- **Гіпоактивний делірій** – проявляється, головним чином, млявістю та зниженням активності. Делірій часто не діагностують, сприймаючи симптоми за прояви депресії чи деменції.
- **Змішаного моторного типу** – з симптомами, як гіперактивності, так і гіпоактивності протягом останніх 24 годин.

Посилання: *BMJ* 2017; 357 doi: <https://www.bmj.com/content/357/bmj.j2047>

- Делірій є суттєвим джерелом тривожності для пацієнтів та осіб, що ними опікуються, та асоціюється з високою смертністю.
- Ідентифікація та лікування захворювання-чинника є життєво важливим.
- Причини делірію можуть бути багатofакторними, отже, оцінка є дуже важливою.

- Мнемонічна фраза, PINCH ME, допоможе запам'ятати причини делірію, які можливо усунути (**P**ain / **I**nfection / **N**utrition / **C**onstipation / **H**ydration & hypoxia / **M**edication & **M**etabolic / **E**nvironment – Біль / Інфекція / харчування / Закреп / Гідратація та гіпоксія / лікарські засоби та Метаболізм / Середовище)

## Нефармакологічне лікування

- Забезпечте орієнтацію в навколишньому середовищі та персональну орієнтацію. Допоміжною може бути присутність члена родини або близького друга.
- Пацієнта слід помістити до тихої, добре освітленої кімнати.
- Підтримка та корекція сенсорної депривації (окуляри, слуховий апарат, тощо).
- Забезпечте безперервність допомоги, уникаючи будь-яких відволікаючих заходів, наприклад, перекладання пацієнта в інше ліжко або переведення до іншої палати.
- Забезпечте адекватну гідратацію.
- Галюцинації, реалістичні сновидіння, викривлене сприйняття дійсності можуть відображати страхи та тривоги: корисним може бути їхнє обговорення.
- Заспокойте родичів та осіб, що опікуються пацієнтом, поясніть, що сплутаний стан свідомості пацієнта є наслідком захворювання, надайте інформацію щодо того, як вони можуть йому оптимально допомогти, для цього ознайомтесь з інформацією, наведеною, наприклад, на сайті (англійською мовою) <https://www.rcpsych.ac.uk/mental-health/problems-disorders/delirium>, а також з відео на сайті <https://www.youtube.com/watch?v=BPfZgBmcQB8&feature=youtu.be>.

**Таблиця 26.**  
**Фармакологічне лікування причин, що провокують делірій**

Причина	Лікування
<b>Пов'язана з лікарськими засобами</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Опіїдами</li> <li>■ Кортикостероїдами</li> <li>■ Антимускариновими засобами, здатними проникати через гематоенцефалічний бар'єр</li> </ul>	Зменшити дозу або скасувати подальший прийом лікарського засобу, що міг викликати даний стан, або переведіть пацієнта на відповідний альтернативний засіб.
<b>Синдром відміни</b> Наприклад, алкоголю, нікотину, бензодіазепінів, опіїдів	Може бути корисним дозволити пацієнтові подальше вживання відповідного чинника. Використання нікотинних пластирів може бути корисними.
<b>Метаболічні:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дихальна недостатність</li> <li>■ Печінкова недостатність</li> <li>■ Ниркова недостатність</li> <li>■ Гіпоглікемія / гіперглікемія</li> <li>■ Гіперкальціємія</li> <li>■ Порушення функцій надниркових залоз, щитоподібної залози чи гіпофізу</li> <li>■ Інфекція</li> <li>■ Харчування</li> </ul>	Необхідне лікування в зв'язку зі зворотними причинами, якщо можливо. Розгляньте доцільність кисневої терапії. Дивись розділ настанови Респіраторні симптоми Див. розділ рекомендацій <a href="#">Невідкладна допомога в паліативній терапії</a>
<b>Підвищений внутрішньочерепний тиск:</b>	Дексаметазон, по 8 – 16 мг на день або 6,6 – 13,2 мг п/ш* (розчин концентрацією 3,3 мг/мл*) протягом одного тижня з подальшим зменшенням дози протягом 2 – 4 тижнів до найнижчої дози, що забезпечує користь. (Якщо пацієнтові проводиться променева терапія, застосування стероїдів слід продовжувати ще тиждень після завершення терапії, надалі дозу слід знижувати, як описано вище). Розгляньте доцільність спроби збільшення дози при рецидиві симптомів.
<b>Інші</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Циркуляторні (зневоднення, шок, анемія)</li> <li>■ Біль</li> <li>■ Закреп</li> <li>■ Затримка сечі</li> <li>■ Сон</li> <li>■ Навколишнє середовище</li> </ul>	Необхідне лікування в зв'язку зі зворотними причинами, якщо можливо та доречно (наприклад, в/в введення рідини, трансфузії) <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Див. розділ настанови <a href="#">Біль</a></li> <li>■ Див. розділ настанови <a href="#">Закреп</a></li> </ul> Катетеризація, якщо стан пацієнта це дозволяє

\*в Україні наразі відсутні такі дозування

## Фармакологічне лікування симптомів

- Свідчення ролі антипсихотичних засобів в усуненні симптомів делірію варіюють - **призначати лише в зв'язку з виразними, стійкими симптомами, які турбують пацієнта, коли нефармакологічні втручання виявились неефективними (Посилання: РСF6).**
- Згідно з висновком настанови SIGN 157, хоча свідчення на підтримку доцільності призначення фармакологічного лікування є недостатніми, експертна думка підтримує застосування лікарських засобів в специфічних ситуаціях, наприклад, при патології, що не надається лікуванню або в ситуаціях виникнення небезпеки для пацієнта та оточення.
- Регулярна перевірка стану пацієнта є надзвичайно важливою, оскільки інтенсивність симптомів під впливом седативних засобів може зростати.
- Обирати дозу лікарських препаратів слід поетапно, крок за кроком.

### Таблиця 27.

#### Фармакологічне лікування симптомів делірію

Ситуація	Лікування
Делірій в ситуації, коли седативні засоби є небажаними	Розпочинати з галоперидолу по 500 мкг на ніч. При необхідності доза може бути поступово збільшена, максимум до 10 мг / 24 год. (Посилання: РСF6). Розгляньте доцільність призначення бензодіазепіну при підозрі на синдром відміни алкоголю.
Делірій з ажитацією, коли седативні засоби є корисними	Оланзапін, по 2,5 – 5 мг один раз на день (при прийомі левомепромазину призначати меншою дозою). Левомепромазин, по 12,5 – 25 мг через кожні 6 – 8 годин, перорально чи п/ш. При потребі у двох дозах протягом 24 годин слід <b>ЗВЕРНУТИСЬ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.</b>
Гостра нестабільність, нестриманість чи агресія; ризик спричинення шкоди собі або оточуючим	Галоперидол, по 1,5 – 5 мг, п/ш чи в/м, за потребою, з інтервалом 20 – 30 хв. <b>ЗВЕРНУТИСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО КРИЗИСНОЇ ГРУПИ ДОПОМОГИ ПРИ ПРОБЛЕМАХ ІЗ ПСИХІЧНИМ ЗДОРОВ'ЯМ.</b>

Уникати застосування антипсихотичних препаратів в терапії пацієнтів з такими захворюваннями, як хвороба Паркінсона чи деменція з тільцями Леві.

#### Посилання (матеріали англійською мовою):

- NICE, Клінічні настанови CG103 (2010) Делірій: профілактика, діагностика та лікування <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>
- Настанови SIGN 157 – Зменшення ризиків та лікування делірію <https://www.sign.ac.uk/assets/sign157.pdf>

# ТРИВОЖНІСТЬ ПРИ ЗАХВОРЮВАННІ ПІЗНЬОЇ СТАДІЇ

Люди з захворюваннями, що обмежують тривалість життя, можуть страждати на тривожність чи перебувати в паніці з багатьох причин, включно з невизначеністю майбутнього, розлукою з близькими, турбуватись через роботу, фінансові та соціальні причини, а також через невщухаючий біль чи інші симптоми. Тривожність може бути незнайомим станом для людини, і є більш звичною для пацієнтів з тривожними розладами в анамнезі, такими, як генералізований тривожний розлад або розлади панічного типу.

## Симптоми та ознаки тривожності можуть бути спровокованими чи підсиленими органічними причинами, а саме:

- Гіпоксією.
- Сепсисом.
- Лікарськими засобами (наприклад, антипсихотиками, СІЗЗС, стероїдами).
- Синдромом відміни лікарських засобів чи наркотичних речовин (наприклад, бензодіазепіну / опіоїдів / нікотину / алкоголю).
- Метаболічними причинами (наприклад, гіпоглікемією / тиреотоксикозом).
- Неадекватно контрольованим болем / іншими симптомами.
- Деменцією.

## Лікування

- Вибір лікування залежить від тяжкості захворювання та загального прогнозу.
- Необхідне лікування в зв'язку з провокуючими факторами, такими, як біль та інші симптоми, гіпоксією, сепсисом, тощо.
- Якщо прогноз тривалості життя становить > 4 тижнів застосуйте нефармакологічні заходи, дотримуючись настанови NICE CG113 з лікування генералізованого тривожного розладу та розладів панічного типу (англійською мовою) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>.
- Якщо прогноз становить < 4 тижнів певні нефармакологічні заходи можуть бути

корисними, втім варто розглянути й застосування бензодіазепіну, зокрема, якщо тривожність є тяжкою.

## Нефармакологічне лікування

- Погодьтеся з реальністю тривожності та обговоріть специфічні страхи та власні погляди пацієнта, сприйняття ним ситуації – важливий перший крок.
- Відволікання.
- Техніка релаксації.
- Консультування.
- Когнітивна поведінкова терапія (КПТ).
- Розгляньте доцільність залучення послуг місцевої служби психологічної чи психіатричної допомоги.
- Самодопомога (наприклад, «бібліотерапія», підбір літературних матеріалів для читання).
- Групи підтримки.
- День в хоспісі, якщо доречно.
- Оцініть, як родина реагує на ситуацію, можливо, наявні проблеми зі спілкуванням, які підсилюють тривожність чи провокують відчуття ізоляваності.

## Фармакологічне лікування

- Див. Таблицю 28 – [Фармакологічне лікування тривожності при прогнозі, коротшому за чотири тижні](#).
- Таблицю 29 – [Фармакологічне лікування тривожності при прогнозі тривалішому за чотири тижні](#).
- Таблицю 39 – [Бензодіазепіни при нирковій недостатності](#).

**Таблиця 28.**  
**Фармакологічне лікування тривожності при очікуваному прогнозі життя, коротшому за чотири тижні**

Лікарський засіб	Доза	Коментарі	Фармакокінетика
<b>Лоразепам</b>	500 мкг – 1 мг, перорально чи під язик, двічі на добу та при необхідності.  Максимальна доза становить 4 мг / 24 год. <b>Для пацієнтів похилого віку / ослаблених пацієнтів</b> – максимальна доза становить 2 мг.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Таблетки по 1 мг з розподільною рисою.</li> <li>■ Спосіб застосування «під язик» не зареєстрований – в одному дослідженні були отримані певні підтвердження того, що при сублінгвальному застосуванні абсорбція є швидшою, ніж при п/о застосуванні, втім в інших дослідженнях різниця виявлена не була. Отже, не виключено, що кількість абсорбованого лоразепаму при сублінгвальному застосуванні варіює та залежить від лікарської форми препарату. Для сублінгвальної абсорбції необхідна достатня вологість в ротовій порожнині.</li> <li>■ Пам'ятайте, що деякі таблетки лоразепаму легше розчиняються при застосуванні «під язик», отже, вкажіть виробника на рецепті, наприклад, Генус, ПВЛ або ТЕВА.</li> </ul>	T <sub>макс</sub> 2,5 год. (п/о чи під язик) Період напіввиведення = 10 – 20 год
<b>Діазепам*</b>	По 2 мг тричі на день, зі збільшенням дози, при необхідності, до 15 – 30 мг, з розподілом на кілька прийомів. <b>Для пацієнтів похилого віку / ослаблених пацієнтів</b> – по 1 мг тричі на день, зі збільшенням дози, при необхідності, до 7,5 – 15 мг, з розподілом на кілька прийомів.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Засіб тривалої дії.</li> </ul>	T <sub>макс</sub> 0,5 – 1,5 год. (п/о) Період напіввиведення = 25 - 50 год.; активних метаболітів – до 200 год.
<b>Мідазолам*</b>	По 2,5 - 5 мг п/ш, з інтервалом 1 год. за потребою. Якщо симптоми зберігаються, зверніться за порадою до спеціаліста.	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Якщо пероральний спосіб застосування є неможливим.</li> <li>■ Швидкий початок дії, дія короткотривала.</li> <li>■ Якщо необхідне введення багатьох доз, розгляньте доцільність введення в формі безперервної підшкірної інфузії початковою дозою 5 – 10 мг.</li> </ul>	T <sub>макс</sub> 0,5 год. (п/ш) Період напіввиведення = 1 - 4 год.

**Примітка:** пацієнти старшого віку та пацієнти, більш чутливі до впливу бензодіазепінів. Бензодіазепіни можуть викликати фізичну та психологічну залежність. Застосовувати короткими курсами, по 2 – 4 тижні. Бензодіазепіни з тривалим періодом напіввиведення при багаторазовому застосуванні, прояви небажаних явищ можливі лише через кілька днів або навіть тижнів. *Див. ДРЛЗ, РСФ6*

**Таблиця 29.****Фармакологічне лікування тривожності при прогнозі тривалості життя, довшому за чотири тижні**

Лікарський засіб	Коментар
<p>СІЗЗС, наприклад, сертралін, по 25 мг, один раз на день (рекомендації щодо збільшення дози наведені в ДРЛЗ).</p> <p>Якщо сертралін є неефективним, слід призначити альтернативний СІЗЗС чи ІЗЗСН.</p> <p>Якщо СІЗЗС чи ІЗЗСН не переносяться, розгляньте доцільність призначення прегабаліну – ДРЛЗ рекомендує початкову дозу 150 мг на день, розподілену на 2 – 3 прийоми.</p>	<p>Посилання: настанови NICE CG113 з лікування генералізованого тривожного розладу та розладів панічного типу(англійською мовою) <a href="https://www.nice.org.uk/guidance/cg113">https://www.nice.org.uk/guidance/cg113</a>.</p>



## ДЕПРЕСІЯ

Депресія є частою в умовах надання паліативної допомоги, але часто залишається не діагностованою. Оцінки частоти випадків депресії варіюють, втім, ймовірно, щонайменше у 25% пацієнтів із захворюванням пізньої стадії розвиваються істотні розлади настрою.

Важливо зауважити, що:

- Депресія без лікування може підсилювати вплив наявних симптомів та знижувати ефективність звичайних втручань.
- Фізичні наслідки захворювання, що обмежує тривалість життя, можуть бути подібними до симптомів депресії.

### Скринінг для виявлення депресії

Скринінг для виявлення депресії необхідний незалежно від умов, слід ставити наступні запитання:

- «Чи часто протягом останнього місяця вас тривожили поганий настрій, відчуття депресії або безнадійності?»
- «Чи часто протягом останнього місяця вас тривожили відсутність інтересу чи задоволення від певної діяльності?»
- Ставте акуратно запитання щодо суїцидальних думок чи бажання спричинити собі шкоду.

### Лікування

- Дізнайтесь, як пацієнт сприймає своє захворювання.
- Слід виявити та лікувати поточні причини фізичних та психологічних розладів.
- **Якщо прогноз становить менше 4 тижнів ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**
- **Якщо прогноз становить понад 4 тижнів див. вкладку 6 (сусідня колонка) – Нефармакологічне лікування депресії** [Таблиця 30 – Фармакологічне лікування депресії при прогнозі понад 4 тижнів](#), де наведено резюме варіантів лікування.
- Див. настанову NICE CG90. Депресія у дорослих: виявлення та лікування. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>, де наведено більше подробиць.

- Направте пацієнта до спеціаліста-психолога при стійких до лікування, рецидивних симптомах, атиповій чи психотичній депресії та / або при наявності істотного ризику суїциду.

### Вкладка 6. Нефармакологічне лікування депресії

- Відволікання.
- Релаксація.
- Поради з усунення порушень сну та тривожності.
- Додаткові нетрадиційні методи лікування.
- День лікування в хоспісі (з метою підбору схеми).
- Керована самопомога.
- Специфічна психологічна допомога, включно з когнітивною поведінковою терапією (КПТ).
- Фізичні вправи.



**Таблиця 30.****Фармакологічне лікування депресії при прогнозі тривалості життя, довшому за чотири тижні**

Лікарський засіб	Коментар
<p><b>Селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну (СІЗЗС)</b>  Сертралін, по 50 - 200 мг, один раз на день.  Якщо сертралін є неефективним, слід призначити альтернативний СІЗЗС чи ІЗЗСН  Циталопрам, по 10 – 40 мг один раз на день (максимум по 20 мг для пацієнтів віком понад 65 років).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Рекомендовані NICE для стандартної терапії.</li> <li>■ Корисні при змішаному тривожному розладі та депресії.</li> <li>■ Може провокувати «спалах» тривожності (при необхідності призначити бензодіазепін).</li> <li>■ Пам'ятайте, що можлива взаємодія СІЗЗС із багатьма часто застосовуваними лікарськими засобами. Див. ДРЛЗ.</li> <li>■ Частота порушення сексуальних функцій становить &lt; 10%.</li> </ul>
<p><b>Міртазапін</b>  По 15 – 45 мг на ніч</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Частота відповіді дорівнює такій інших антидепресантів (70%).</li> <li>■ Швидкий початок дії (один – два тижні).</li> <li>■ Можливе збільшення апетиту.</li> <li>■ Не викликає нудоту та блювоту.</li> <li>■ Завдає седативного впливу при прийомі низькою дозою, отже, слід приймати на ніч.</li> <li>■ Не асоційований з кардіотоксичним впливом та порушенням сексуальних функцій.</li> </ul>
<p><b>Дулоксетин</b>  По 60 мг, один раз на день. (За порадою спеціаліста можливо застосування більшими дозами).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Може бути корисним при наявності також і невротичного болю.</li> <li>■ Частота виникнення сексуальних дисфункцій становить 30%.</li> </ul>
<p><b>Венлафаксин</b>  По 75 мг на день, зі збільшенням дози, при необхідності, до 300 мг на день (за порадою спеціаліста можливо застосування більшими дозами).</p>	<p><b>Пам'ятайте, що венлафаксин потребує обережності при застосуванні та має протипоказання.</b> Див. ДРЛЗ та настанову <a href="#">NICE CG90</a>. Депресія у дорослих: виявлення та лікування.</p>

В разі пацієнтів з нирковою недостатністю див. Таблицю 38 – [Антидепресанти при нирковій недостатності](#).

# БЕЗСОННЯ

## Оцінка

- Розпитайте пацієнта, що він вважає нормальним сном та про вплив безсоння на його діяльність та якість життя.
- Розпитайте про тривалість безсоння та чинники, що провокують безсоння.

## Лікування

- **Намагайтесь усунути провокуючі фактори**, такі, як біль, делірій, депресія, тривожність, обструктивне апное сну.

## Нефармакологічне лікування

- Встановлення фіксованого часу, коли слід вклатись спати і коли слід встати.
- Релаксація перед тим, як вклатись спати.
- Забезпечення комфортних умов для сну – не занадто спекотно чи холодно в кімнаті, відсутність шуму та яскравого освітлення.
- Уникання сну вдень.

- Слід уникати кофеїну, нікотину та алкоголю протягом 6 годин до сну.
- Розгляньте можливість повного вилучення кофеїну з раціону.
- Слід уникати фізичних вправ протягом 4 годин до сну (хоча фізичні вправи на початку дня є корисними).
- Слід уникати тяжкої їжі перед сном.
- Не слід дивитись на годинник та перевіряти час вночі.
- При неможливості заснути не слід лежати та переживати через це. Слід встати (якщо є можливість) та зайняти себе якоюсь релаксуючою діяльністю, допоки не захочеться спати, і тоді повернутися до ліжка.

## Фармакологічне лікування

- Якщо симптоми є тяжкими Z-препаратів чи бензодіазепін з коротким періодом напіввиведення можуть бути корисними. **Див. Таблицю 31 нижче - Фармакологічне лікування безсоння.** Тривалість застосування, як правило, не повинна перевищувати чотирьох тижнів.

**Таблиця 31.**  
**Фармакологічне лікування безсоння**

Лікарський засіб	Стандартна доза	Доза для пацієнтів похилого віку / ослаблених пацієнтів	Період напіввиведення	Коментарі
<b>Золпідем</b>	10 мг на ніч	5 мг на ніч	2 години	Економічний варіант
<b>Зопіклон</b>	7,5 мг на ніч	3,75 мг на ніч	3,5 години	Економічний варіант
<b>Темазепам</b>	10 – 20 мг на ніч	10 мг на ніч	8 – 15 годин	Застосовні вимоги до виписки контрольованих лікарських засобів
<b>Лоразепам</b>	Не рекомендований через тривалий період напіввиведення		10 – 20 годин	

Посилання: PCF6.

# НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА В ПАЛІАТИВНІЙ ТЕРАПІЇ

## НЕЙТРОПЕНІЧНИЙ СЕПСИС

Загрозливе для життя явище, в зв'язку з яким необхідне негайне лікування незалежно від очікуваної тривалості життя.

### Прояви

- Врахувати можливість, якщо пацієнту нещодавно проведена хіміотерапія і його стан погіршується, зокрема, раптово.
- Виникає найчастіше через 7 – 10 днів після терапії, хоча можливий і через місяць після завершення терапії.
- Ранні ознаки – грипоподібні симптоми, температура тіла 38°C чи вище, озноб.
- Пізніші ознаки – тривожність, сплутаний стан свідомості, вогка та холодна шкіра, гіпотонія, тахікардія, діарея.

- Пам'ятайте, НПЗП та парацетамол можуть збити температуру, а отже, при застосуванні маскувати захворювання / сепсис.

### Лікування

- При підозрі **НЕОБХІДНІ НЕГАЙНІ ДІЇ БЕЗ ЗВОЛІКАННЯ**. Пацієнтові необхідне невідкладне лікування в лікарні, з в/в введенням рідини та антибіотиків – проконсультуйтеся з командою лікуючих онкологів.

## ГІПЕРКАЛЬЦІЄМІЯ

### Визначення

- Кориговане значення вмісту кальцію в сироватці крові становить > 2,7 ммоль/л (можлива певна варіація між лабораторіями).

- Симптомами при гіперкальціємії вищого ступеня тяжкості є блювота, кишкова непрохідність, депрїї, судоми, сонливість та кома.
- Гіперкальціємія може викликати чи загострювати біль.

### Прояви

- Часте явище при раку молочної залози, мієломі, раку легень, голови та шиї, нирок, щитоподібної залози та шийки матки.
- Можливий безсимптомний розвиток.
- Тяжкість симптомів пов'язана зі швидкістю підвищення рівня кальцію.

### Обстеження

- Необхідне обстеження в зв'язку з симптомами, що викликають клінічну підозру. Необхідний аналіз крові на сечовину та електроліти, визначення швидкості клубочкової фільтрації (рШКФ), функціональні проби печінки та визначення коригованого вмісту кальцію.

### Симптоми

- Частими симптомами є нездужання, слабкість, анорексія, спрага, нудота, закрєп та поліурія. **Не слід зволікати з перевіркою вмісту кальцію у пацієнтів з такими симптомами.**

## Лікування

### В умовах первинної допомоги – ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.

#### Що слід брати до уваги до початку лікування

- Це першій епізод або мав місце тривалий інтервал після попереднього епізоду.
- Пацієнт повідомляє про належну якість життя до епізоду.
- Сподівання міждисциплінарної команди, що лікування забезпечить стійкий ефект, можуть не справдитись, якщо прогноз є дуже невтішним – **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА ОНКОЛОГА.**
- Пацієнт згоден та може перенести внутрішньовенне введення лікарських засобів та аналізу крові.

#### Якщо вміст кальцію $\leq 3$ ммоль/л та симптоми у пацієнта відсутні:

- Перевірити вміст сечовини, електролітів, креатиніну, ШКФ.
- Перевірити призначення, а саме, лікарські засоби, що впливають на ниркові функції, зокрема, діуретики / вітаміни / харчові добавки з вмістом кальцію / інгібітори АПФ.

- Заходи в зв'язку з дегідратацією – в/в введення рідини, 0,9% розчину натрію хлориду, 2 – 3 літри / 24 години, або забезпечення адекватного орального споживання рідини.
- Повторна перевірка через 24 години, призначення відповідного лікування, якщо рівень вмісту кальцію зростає.

#### Якщо у пацієнта наявні симптоми і вміст кальцію $\leq 3$ ммоль/л чи рівень кальцію $> 3$ ммоль/л

- Перевірити призначення, а саме, лікарські засоби, що впливають на ниркові функції, зокрема, діуретики / вітаміни / харчові добавки з вмістом кальцію.
- Заходи в зв'язку з дегідратацією – в/в введення рідини, 0,9% розчину натрію хлориду, 2 – 4 літри / 24 години. Об'єм та швидкість гідратації залежить від ниркових функцій, рівня вмісту кальцію та стану серцево-судинної системи.
- В/в введення бісфосфонату: АБО памідронату динатрію, АБО золедронової кислоти (згідно з місцевими протоколами / ДРЛЗ / Короткою характеристикою ЛЗ) – **не вводити обидва препарати.**
- Якщо ШКФ становить  $< 30$  мл/хв., не слід застосовувати бісфосфонат. **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА ОНКОЛОГА.**

## Таблиця 32.

### Початок та тривалість дії бісфосфонатів

	Памідронат динатрію	Золедроновая кислота
Початок дії	$< 3$ днів	$< 4$ днів
Максимальний ефект	5 – 7 днів	4 – 7 днів
Тривалість дії	2,5 тижні	4 тижні

#### Моніторинг рецидиву:

- Якщо симптоми зберігаються, повторно перевірити рівень кальцію та ниркові функції через 7 днів. При наявності клінічних показань повторити введення бісфосфонату.
- Якщо рівень кальцію в крові не реагує на лікування, зверніться за порадою до спеціаліста онколога.
- При рецидиві повторюйте інфузії бісфосфонату кожні 3 – 4 тижні.
- Перевіряйте концентрацію кальцію в плазмі крові та ниркові функції перед введенням першої дози.

## СИНДРОМ ВЕРХНЬОЇ ПОРОЖНИСТОЇ ВЕНИ (СВПВ)

- Компресія / інвазія або тромбоз верхньої порожнистої вени можуть бути зумовлені пухлиною або метастазами в середостінні.
- Найчастіші причини (95%) – рак легень, не-Ходжкінська лімфома.

### Симптоми та ознаки СВПВ

- Опухання обличчя, шиї, рук.
- Головний біль.
- Запаморочення.
- Пригнічення ЦНС.
- Судоми.
- Задишка.
- Розширені вени шиї, тулуба, рук.
- Охриплість голосу.
- Стридор.

### Результати

Встановлення ендовенозного стенту забезпечує найбільш швидке та ефективне усунення симптомів. Загальний прогноз для пацієнтів з СВПВ є невтішним. Без лікування СВПВ може призвести до смерті протягом кількох днів. Навіть при лікуванні річна виживаність становить лише 17% (Посилання: *Настанови мережі паліативної допомоги дорослим, 2016 (англійською мовою - Palliative Adult Network Guidelines, 2016)*).

### Лікування

Госпіталізувати пацієнта, якщо він перебував вдома. У випадку якщо пацієнт проживає останні дні свого життя, **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА**.

#### (i) Негайна допомога

- Розмістити пацієнта в положенні сидячи.
- При гіпоксії застосувати кисень.
- Дексаметазон, 16 мг перорально / 13,2 мг п/ш\*, один раз на день.
- Розгляньте доцільність застосування фуросеміду, 40 мг, в/в або перорально.

#### (ii) Зверніться до спеціаліста-онколога за порадою щодо подальшого лікування

- Встановлення ендовенозного стенту.
- Тромболізіс, якщо стент заблокований тромбом.
- Променева терапія та / або хіміотерапія в залежності від ділянки розташування первинної пухлини / гістології.

\*в Україні наразі відсутні такі дозування

## КОМПРЕСІЯ СПИННОГО МОЗКУ МЕТАСТАЗАМИ (КСММ)

Посилання: Настанова NICE NG234 Спинномозкові метастази та метастатична компресія спинного мозку (англійською мовою) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng234>

- Вражає 5 – 10% онкологічних пацієнтів.
- Метастази в спинний мозок: найчастіше при раку передміхурової залози, легень, молочної залози та мієломи.
- Катастрофічне явища – мета полягає в запобіганні розвитку парезу.
- Симптоми можуть бути майже непомітними, отже, слід постійно бути насторожі.
- Онкологічним пацієнтам з ознаками неврологічного порушення чи симптомами компресії спинного мозку слід надавати допомогу, як невідкладну.

### Симптоми

- Біль в спині / хребті:
  - можлива оперезуюча іррадіація здовж попереку
  - прогресуючий чи постійний
  - посилюється при кашлі або напруженні
  - можливий біль вночі, який перешкоджає сну
  - може бути відсутнім.
- Корінцевий біль у кінцівках.
- Слабкість кінцівок (непропорційна загальному стану пацієнта).
- Пацієнтові важко ходити.
- Сенсорні зміни – відчуття поколювання, оніміння «мої ноги немов не мої».
- Утруднення сечовипускання – зазвичай виникає пізніше.
- Закреп чи нетримання випорожнення.

### Ознаки

- Локалізована чутливість хребта.
- Слабкість кінцівок.
- Рефлекси – відсутні / підсилені
  - М'яза-розгинача стопи
  - Можливий клонус.
- Зміна сенсорних відчуттів – перевірити сенсорний рівень.
- Розтягнення сечового міхура

### Лікування

- **Розпочати негайно із застосування стероїдів високою дозою при клінічній підозрі на КСММ**, навіть якщо діагноз не підтверджений.
  - Дексаметазон, 16 мг, початковою дозою, перорально, або 13,2 мг, в/в чи п/ш (розчин концентрацією 3,3 мг/мл).
  - Продовжувати дексаметазон, по 8 мг двічі на день або по 16 мг на день, перорально, до будь-якої з наступних подій: виключення діагнозу КСММ, проведення хірургічної операції чи початку променевої терапії.
  - Якщо пацієнту проводиться променева терапія, йому слід продовжити прийом препарату по 8 мг, п/о, вранці, до завершення терапії.
  - Знижувати дозу протягом 1 – 2 тижнів до повного скасування після завершення променевої терапії або після хірургічної операції; Якщо неврологічна симптоматика загострюється після зниження дози, дозу слід збільшити знов до попереднього рівня, який забезпечував задовільний результат, та продовжувати протягом ще двох тижнів, після чого знов спробувати знизити дозу (Посилання: PCF6).

- Розгляньте доцільність додання інгібітору протонної помпи до стероїдів, застосовуваних високою дозою.
- Невідкладне проведення МРТ всього хребта (в період 24 годин).
- Спеціаліст з команди онкологів може поради́ти направити пацієнта на консультацію щодо можливості хірургічної декомпресії, за умови, що:
  - Відсутні супутні діагнози.
  - Діагностична візуалізація свідчить про обмежений рівень компресії спинного мозку.
  - Наявне лише незначне неврологічне порушення.
  - Слабкість прогресує всупереч проведеної променевої терапії.
  - Наявні свідчення нестабільності спинного мозку, прогнозована тривалість життя становить щонайменше шість місяців, загальний стан здоров'я дозволяє проведення загальної анестезії та хірургічної операції.

- Пацієнтам із симптомами та ознаками нестабільності спинного мозку та компресії спинного мозку рекомендована іммобілізація до підтвердженого відновлення стабільності.

## Задачі лікування

- Чим раніше розпочате лікування, тим більшим є шанс запобігання стійкому паралічу, втрати контролю кишечника та сечового міхура, руйнівної втрати незалежності та якості життя, істотного скорочення тривалості життя.
- Максимальне відновлення неврологічних функцій.
- Локальний контроль пухлини.
- Контроль болю.
- Покращення стабільності спинного мозку.
- Належне спілкування з пацієнтом та його родиною.
- Належний догляд, догляд за ділянкою тиску, психологічна підтримка та реабілітація.

## КОМПРЕСІЯ КІНСЬКОГО ХВОСТА – Поперековий відділ хребта, нижче L1

### Прояви

- Біль в поперековому відділі хребта, слабкість нижніх кінцівок, втрата контролю сфінктера.

### Симптоми / ознаки

- Слабкість ніг, втрата рефлексів сухожилля нижніх кінцівок, біль в сідницях, ускладнення контролю сечовипускання та оніміння області навколо анального отвору.

### Причини

Найчастіше - метастази в спинний мозок при раку молочної залози, передміхурової залози, легень та мієломи.

### Лікування

Як і при компресії спинного мозку – дексаметазон високою дозою, починаючи з 16 мг, перорально, або з 8 мг в/в чи п/ш (розчин концентрацією 4 мг/мл), з подальшим проведенням променевої терапії.

### Рецидив

Розгляньте доцільність призначення стероїдів, як описано вище.

## МАСИВНА КРОВОТЕЧА

- Масивна кровотеча може стати жахливим досвідом і для пацієнта, і для осіб, що ним опікуються, втім може бути мінімізована завдяки належному плануванню заздалегідь.
- Кровотеча може бути як зовнішньою, так і внутрішньою.
- Може стати термінальним явищем і при раку пізньої стадії, і при не онкологічному захворюванні.

### Типи кровотечі

- Кровохаркання.
- Блювота кров'ю.
- Ректальна / вагінальна кровотеча.
- Наявність крові у калі (мелена).
- Кров в сечі.
- Кровотеча з поверхнево розташованих судин.
- Носова кровотеча.
- Кровотеча внаслідок варикозного розширення вен стравоходу.

### Ознаки та симптоми

- Видима кровотеча.
- Гіпотонія.
- Холодні кінцівки.
- Тривожність

## Лікування з урахуванням прогнозу для пацієнтів з високим ризиком масивної кровотечі

- За можливості необхідне планування заздалегідь.
- Розгляньте доцільність госпіталізації для негайної гемотрансфузії, в/в регідратації, тощо, якщо може виникнути кровотеча.
- Розробіть план можливих дій, в ідеалі його слід обговорити з пацієнтом та / або членами родини чи персоналом.
- Запишіть план лікування, зробіть відповідні нотатки та повідомте його всім членам команди.
- Запасіться рушниками темного кольору, аби замаскувати втрату крові.

### Фармакологічне лікування

- Призначення заздалегідь анксиолітика (мідазолам, 5 – 10 мг, для в/в, в/м, для розсмоктування в роті чи під язик) (*Посилання: РСФ6*).
- Підшкірне введення є неприйнятним при масивній кровотечі через спадання периферичних судин, а отже, і не прогнозовану абсорбцію лікарського засобу.
- Для пацієнта вдома розгляньте доцільність навчання членів родини методом застосування мідазоламу для розсмоктування в роті чи під язик (Примітка: ці способи застосування є неприйнятними, якщо очікується тяжка кровотеча з ротової порожнини).
- **Примітка:** при тяжкій кровотечі, що передує безсумнівній смерті, підтримка та нефармакологічні заходи є важливішими до прибуття допомоги за намагання дати седативний препарат; пацієнт зазвичай втрачає свідомість та може перелякатись, якщо залишиться наодинці.

### Катастрофічна кровотеча

- Лікування згідно з підготовленим заздалегідь планом.
- Пацієнтові має бути тепло. **Не залишайте його наодинці.**
- Дайте йому анксиолітичний засіб, якщо пацієнт панікує.
- Надавайте підтримку пацієнтові та його родині.



## Подальша допомога

- **Якщо кровотеча припинилась** – оцініть ризик подальшої кровотечі. Подальше лікування залежатиме від загального клінічного стану та результату обговорення з пацієнтом та його родиною питання доречності гострого втручання.
- **Якщо кровотеча уповільнилася** – оцініть, чи є доречною спроба якогось втручання аби зупинити кровотечу. Можлива необхідність розпочати та продовжувати інфузію анксиолітика (мідазоламу), якщо пацієнт проживає останні години.
- **Після катастрофічної кровотечі**
  - Надайте підтримку та пояснення родині та членам команди – їхня допомога може бути потрібною і протягом певного часу після події.
  - Утилізуйте клінічні відходи в належний спосіб.

*Посилання: PCF6, Настанови з паліативної допомоги, Шотландія.*



## КОРТИКОСТЕРОЇДИ

Кортикостероїди широко застосовують в паліативній терапії. Перевагу надають дексаметазону через його відносно високу протизапальну активність та нижчу частоту асоційованої затримки рідини та порушення біохімічного балансу.

- Попри високу ефективність їх слід застосовувати з обережністю, необхідний також і постійний моніторинг для запобігання ускладнень, яких можна уникнути.
- Стандартні початкові дози при різних показаннях чітко не встановлені, дози, вказані нижче, є лише орієнтовними, їх слід коригувати індивідуально, з урахуванням загального стану пацієнта.
- Застосовуйте кортикостероїди однією дозою вранці або розподіляйте дозу на два прийоми, вранці та в обід, аби мінімізувати ризик безсоння.
- Клінічну відповідь слід перевіряти кожні сім днів.
- Дозу слід знизити до мінімальної ефективної якомога скоріше.

Таблиця 33.

Застосування кортикостероїдів у зв'язку з конкретними симптомами

Показання	Запропонована початкова доза / подальше застосування
<b><u>Анорексія</u></b>	<p>Дексаметазон, по 2 – 6 мг, перорально, один раз на день; оцінка через один тиждень.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Якщо користь наявна, продовжуйте, зі щотижневим зниженням до найнижчої ефективної дози.</li> <li>■ Якщо користь через один тиждень відсутня, скасувати подальше застосування.</li> </ul> <p>Хоча ефект може бути наявним і через чотири тижні, рекомендовані короткі курси для зниження ризику побічних явищ.</p>
<b><u>Ад'ювантний анальгетик</u></b>	<p>В зв'язку з болем, пов'язаним з раком (наприклад, капсули печінки, при компресії нерву):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дексаметазон, по 8 – 16 мг на день, розподіленою дозою на 1 – 2 прийоми.</li> </ul>
<b><u>Протиблювотний засіб</u></b>	<p>В зв'язку з нудотою та блювотою, пов'язаною з хіміотерапією: дотримуйтесь інструкцій щодо дій при онкологічних захворюваннях.</p> <p>Стойка нудота та блювота:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дексаметазон, по 8 – 16 мг на день, перорально АБО по 6,6 мг – 13,2 мг вранці чи розподіленою на два прийоми дозою (розчин концентрацією 3.3 мг/мл*).</li> </ul>
<b><u>Синдром непрохідності</u></b>	<p>Наприклад, непрохідність кишечника, компресія верхніх дихальних шляхів, СВПВ, лімфогенний канцероматоз:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Дексаметазон, по 8 – 16 мг на день, перорально або по 6,6 мг – 13,2 мг* вранці чи розподіленою на два прийоми дозою (розчин концентрацією 3,3 мг/мл. (В Україні наразі наявне дозування – 4 мг/мл.).</li> </ul>

**Компресія спинного мозку**

- Дексаметазон, початковою дозою 16 мг перорально або 16 мг в/в чи п/ш (концентрацією 4 мг/мл).
- Надалі продовжувати дексаметазон, по 8 мг двічі на день або по 16 мг 1 раз на день, перорально, до будь-якої з наступних подій: виключення діагнозу КСММ, проведення хірургічної операції або до початку променевої терапії.
- Якщо пацієнтові проводиться променева терапія, йому слід продовжити прийом препарату по 8 мг, п/о, вранці, до завершення терапії.
- Знижувати дозу протягом 1 – 2 тижні до повного скасування після завершення променевої терапії або після хірургічної операції; якщо неврологічна симптоматика загострюється після зниження дози, дозу слід збільшити знов до попереднього рівня, який забезпечував задовільний результат, та продовжувати протягом ще двох тижнів, після чого спробувати знизити дозу знов (*Посилання: PCF6*).

**Підвищений внутрішньочерепний тиск**

Дексаметазон, по 8 – 16 мг на день або 6,0 – 14,0 мг п/ш (розчин концентрацією 4,0 мг/мл) протягом одного тижня з подальшим зменшенням дози протягом 2 – 4 тижнів до найнижчої дози, яка забезпечує користь. (Якщо пацієнтові проводиться променева терапія, застосування стероїдів слід продовжувати ще тиждень після завершення терапії, надалі дозу слід знижати, як описано вище). Розгляньте доцільність спроби збільшення дози при рецидиві симптомів.

**Вкладка 7. Еквівалентні дози кортикостероїдів****Переведення з дексаметазону на преднізолон:**

Дексаметазон, 1 мг, є приблизним еквівалентом преднізолону, 7,5 мг.

**Переведення з дексаметазону для перорального застосування на п/ш введення:**

Традиційно переведення з дексаметазону для п/о застосування на препарат для п/ш введення здійснюють у співвідношення 1:1.

Ін'єкційні форми наразі містять або 4,0 мг/мл, або 3,8 мг/мл дексаметазону. Переведення у співвідношенні 1:1 призводить до складного розрахунку дози та зайвих відходів. Отже, дозу дексаметазону збільшують до ефективної, виходячи з того, що 4,0 мг/мл перорально є еквівалентом 3,3 мг/мл, або 3,8 мг/мл препарату в ін'єкційній формі.

**Таблиця 34.**  
**Небажані ефекти кортикостероїдів**

Небажане явище	Коментарі
Метаболізм глюкози	Стероїди можуть підвищувати рівень глюкози в крові. Всім пацієнтам, що отримують стероїди, необхідні регулярні перевірки вмісту глюкози в крові – дотримуйтесь місцевих протоколів за наявності.
Безсоння	Застосовуйте кортикостероїди однією дозою вранці, або з розподілом на два прийоми, вранці та в обід, для мінімізації ризику безсоння.
Диспепсія	Прийом після їжі. Призначте також й інгібітор протонної помпи при наявності пептичної виразки або якщо пацієнт отримує також аспірин, НПЗП, СІЗЗС чи антикоагулянти.
Психічні розлади	наприклад, депресія, манія, психоз, делірій.
Зміна зовнішності	округлення обличчя, ожиріння тулуба, вплив на зовнішній вигляд тіла.
Проблеми з боку скелетно-м'язової системи	Проксимальна міопатія, остеопороз, ішемічний некроз кісток.
Зростання чутливості до інфекцій	Зокрема, кандидоз ротової порожнини / глотки – перевіряйте ротову порожнину регулярно.
Зміни шкіри	Стоншення шкіри, схильність до синців, акне, уповільнене загоєння ран.
Інше	Гіпертонія, набряк, панкреатит.

## Моніторинг та скасування подальшої терапії

- Застосовувати найменшою ефективною дозою протягом найкоротшого періоду часу.
- Ретельний уважний моніторинг є важливим.
- Раптове скасування кортикостероїдного засобу може призвести до синдрому відміни кортикостероїдів. Він супроводжується різноманітними симптомами та ознаками, подібними до псевдоревматизму (міальгія, артралгія, нездужання, риніт, кон'юнктивіт, болісні вузли на шкірі, що сверблять, зниження маси тіла та підвищення температури) та / або гіпоадrenalова криза (нездужання, сильна слабкість, гіпотонія).
- Кортикостероїди можна скасовувати без попереднього зниження дози, якщо загальна тривалість терапії становила менше трьох тижнів ТА добова доза дексаметазону не перевищувала 4 мг ТА рецидив симптомів є малоімовірним.
- Поступове зниження дози рекомендоване в наступних обставинах:
  - Ризик рецидиву тяжких симптомів.
  - Тривалість застосування становила три тижні чи більше.
  - Дексаметазон застосовувався дозою понад 4 мг протягом понад одного тижня.
  - Другий прийом за день відбувався ввечері.
  - Проведення повторного курсу стероїдів.
  - Проведення короткого курсу терапії із застосуванням стероїдів протягом року після завершення довготривалої терапії.
  - Наявність інших причин пригнічення надниркових залоз.

- Поступово знижуйте добову дозу до 4 мг/день дексаметазону, з урахуванням симптомів, і надалі, повільніше, на 1 – 2 мг на тиждень. Пацієнта слід оглядати регулярно та збільшувати дозу при загостренні симптомів.
- Якщо психологічний стрес, внаслідок, наприклад, інфекції, травми, хірургічної операції, виникає протягом одного тижня після відміни кортикостероїдів, слід призначити додатковий кортикостероїдний захист для компенсації пригнічення надниркових залоз.

## Стероїди в останні дні життя

- Для збереження контролю симптомів продовжувати введення найзручнішою п/ш дозою.
- Якщо востаннє препарат призначався низькою дозою для перорального застосування для стимуляції апетиту, подальший прийом слід скасувати.

*Посилання: PCF6; Стратегічна клінічна мережа північно-західного узбережжя (серпень 2017)  
Резюме клінічної практики, Узгоджена настанова для Ланкаширу та Південної Кумбрії з купірування симптомів в паліативній терапії.*



## РОЗДІЛ 2

# СПЕЦИФІЧНІ СИТУАЦІЇ



# МЕНЕДЖМЕНТ СИМПТОМІВ У ПАЦІЄНТІВ З НИРКОВОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

(Посилання: PCF6 та [www.renaldrugdatabase.com](http://www.renaldrugdatabase.com)).

У цьому розділі наведені загальні інструкції щодо призначення лікування пацієнтам з нирковою недостатністю. Рекомендовані обережність та низький поріг вагань щодо звернення за порадою до спеціаліста, якщо швидкість клубочкової фільтрації (ШКФ) становить < 30 мл/хв.

Пам'ятайте, що при розрахунку значення ШКФ маса тіла пацієнта до уваги не береться. У пацієнтів з низькою масою тіла значення ШКФ може відповідати переоціненим нирковим функціям, що потенційно може призвести до передозування лікарських засобів.

У пацієнтів з нирковою недостатністю можлива підвищена чутливість центральної нервової системи (ЦНС), отже, слід призначати препарати нижчою початковою дозою з обережним подальшим збільшенням дози.

У випадку пацієнтів, яким проводиться гемодіаліз або перитонеальний діаліз – **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА.**

## Анальгетики

- **Парацетамол** стандартними дозами є безпечним при нирковій недостатності середнього ступеня тяжкості, втім дозу слід знизити при нирковій недостатності високого ступеня тяжкості (Макс. 3 г/24 год. при ШКФ < 10 мл/хв.).
- **Нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП)** – за можливості слід уникати їхнього застосування, виняток – якщо пацієнт вже на діалізі. Якщо необхідне призначення НПЗП, їх слід застосовувати найнижчою ефективною дозою та перевіряти ниркові функції кожні 5 – 7 днів після початку. Якщо ниркові функції погіршуються, слід оцінити співвідношення користі та ризиків.
- **Опіоїди** слід застосовувати з обережністю при ШКФ < 30 мл/хв. Необхідний моніторинг для виявлення ознак токсичного впливу опіоїдів, ними можуть бути зниження частоти дихання, галюцинації, міоклонічні судоми, сонливість та сплутаний стан свідомості.

Призначення опіоїду, незнайомого пацієнтові, може бути пов'язане з ризиком. Отже, більш безпечним буде обережне застосування знайомого опіоїду, а не переведення на альтернативний, безпечніший для нирок, з яким не знайомі ані медичний працівник, що його призначатиме, ані той, хто виконуватиме призначення.

## Розгляньте наступні питання

- Чи не виникатимуть проблеми з отриманням препарату (наприклад, чи є достатній запас в місцевій аптеці?).
- Наскільки простим є прийом препарату? (наприклад, чи буде пацієнт зданим приймати його самостійно, чи буде потрібна допомога спеціаліста медичною освітою?).
- Наскільки особа, що призначає препарат, знайома з дозуванням, правилами збільшення дози та небажаними ефектами?

**Таблиця 35.**  
**Сильнодіючі опіоїди при нирковій недостатності**

Лікарський засіб	Ризик накопичення	Доза
Морфін	Можливе накопичення активних метаболітів	За можливості слід уникати, при необхідності застосування дозу слід обирати з урахуванням ШКФ:  ШКФ 20 – 50 мл/хв.: 75% від звичайної дози.  ШКФ 10 – 20 мл/хв.: застосовувати низькою дозою (50%), наприклад, по 2,5 – 5 мг та зі збільшеним інтервалом між прийомами. Збільшувати дозу з урахуванням відповіді на лікування.  ШКФ < 10 мл/хв.: застосовувати низькою дозою, наприклад, по 1,25 – 2,5 мг та зі збільшеним інтервалом між прийомами. Збільшувати дозу з урахуванням відповіді на лікування.  Уникайте препаратів для перорального застосування уповільненого вивільнення, оскільки будь-які небажані явища зберігатимуться довше.
		ШКФ 20 – 50 мл/хв.: розпочинати з 75% від звичайної дози. Дозу слід збільшувати як при нормальних ниркових функціях.  ШКФ 10 – 20 мл/хв.: розпочинати з 75% від звичайної дози. Дозу слід збільшувати, як при нормальних ниркових функціях.  ШКФ < 10 мл/хв.: розпочинати з низької дози, наприклад, 50% від звичайної.  При хронічній нирковій недостатності (ХНН) застосовувався в терапії п'яти пацієнтів; слід розпочинати з низької дози та поступово її збільшувати з урахуванням відповіді на лікування.
Пластери з бупренорфіном	Активні метаболіти відсутні. Можливе накопичення вихідної субстанції	Застосовуються звичайною дозою.
Пластери з фентанілом	Активні метаболіти відсутні. Можливе накопичення вихідної субстанції	ШКФ 10 – 50 мл/хв.: розпочинати з 75% від звичайної дози. Дозу слід збільшувати з урахуванням відповіді на лікування.  ШКФ < 10 мл/хв.: розпочинати з низької дози, наприклад, 50% від звичайної, надалі збільшувати з урахуванням відповіді на лікування.



**Таблиця 36.**  
**Ад'ювантні анальгетики при нирковій недостатності**

Лікарський засіб	Ризик накопичення	Доза
<b>Амітриптилін</b>	Можливе накопичення	Застосовувати з обережністю.
<b>Габапентин</b>	Можливе накопичення вихідної субстанції	Інструкції з дозування наведені на сайті виробника ЛЗ.
<b>Прегабалін</b>	Можливе накопичення вихідної субстанції	Інструкції з дозування наведені на сайті виробника ЛЗ.
<b>Дулоксетин</b>	Можливе накопичення вихідної субстанції	За можливості слід уникати. Протипоказаний при ШКФ < 30 мл/хв.

## Протиблювотні засоби

- Застосування всіх протиблювотних засобів слід розпочинати з низької дози та обережно збільшувати дозу надалі. У пацієнтів ймовірна збільшення церебральної чутливості.
- Як правило, всі протиблювотні засоби, часто застосовувані в паліативній терапії, можна застосовувати, низькою дозою, і при тяжкій нирковій недостатності. Отже, слід обирати найбільш відповідний протиблювотний засіб з урахуванням причини нудоти / блювоти та ефективності засобу.

**Таблиця 37.**  
**Протиблювотні засоби при нирковій недостатності**

Лікарський засіб	Ризик накопичення	Доза
<b>Циклізин</b>	Активні метаболіти відсутні	Розпочинати низькою дозою з обережним подальшим збільшенням.
<b>Галоперидол</b>	Можливе накопичення вихідної субстанції або активних метаболітів при тяжкій нирковій недостатності	Розпочинати низькою дозою з обережним подальшим збільшенням.
<b>Левомепромазин</b>	Можливе накопичення активних метаболітів	Розпочинати низькою дозою з обережним подальшим збільшенням.
<b>Метоклопрамід</b>	Можливе накопичення при тяжкій нирковій недостатності	Розпочинати низькою дозою з обережним подальшим збільшенням.
<b>Ондасетрон</b>	Активні метаболіти відсутні	Застосовується звичайною дозою.

## Антидепресанти

- Застосування всіх антидепресантів слід розпочинати з низької дози з подальшим збільшенням дози.
- При нирковій недостатності можлива підвищена чутливість до лікарських засобів, що впливають на центральну нервову систему (ЦНС).

**Таблиця 38.**  
**Протиблювотні засоби при нирковій недостатності**

Лікарський засіб	Ризик накопичення	Доза
<b>Сертралін</b>	Активні метаболіти відсутні	Розпочинати з дози 25 мг з обережним подальшим збільшенням.
<b>Циталопрам</b>	Активні метаболіти відсутні	Застосовувати з обережністю при тяжкій нирковій недостатності, через збільшений ризик зростання інтервалу QT, збільшувати дозу з обережністю.
<b>Міртазапін</b>	Можливе накопичення вихідної субстанції та активних метаболітів	За можливості слід уникати.

## Бензодіазипіни

- Уремія може викликати чи підсилити ажитацію в передсмертному стані.
- Розгляньте доцільність застосування галоперидолу, якщо пацієнт страждає на депірій, а не ажитацію / тривожність.

**Таблиця 39.**  
**Бензодіазипіни при нирковій недостатності**

Лікарський засіб	Ризик накопичення	Доза
<b>Лоразепам</b>	Активні метаболіти відсутні. Не накопичується.	Розпочинати з низької дози з обережним подальшим збільшенням.
<b>Клоназепам</b>	Можливе накопичення.	Розпочинати з низької дози з обережним подальшим збільшенням.
<b>Мідазолам</b>	Можливе накопичення.	Розпочинати з низької дози з обережним подальшим збільшенням.

## Антисекреторні препарати

Таблиця 40.

### Антисекреторні препарати при нирковій недостатності

Лікарський засіб	Ризик накопичення	Доза
Госцину бутилбромід	Активні метаболіти відсутні. Не накопичується.	Застосовується звичайною дозою.
Глікпіроній	Можливе накопичення активних метаболітів.	Знизити дозу на 50%.



# ЛІКУВАННЯ ДІАБЕТУ НАПРИКІНЦІ ЖИТТЯ

Лікування залежить від тривалості життя, що залишилось, місяці, тижні або дні.

## Лікування діабету в останні місяці життя

Детальні інструкції наведені в рекомендаціях з клінічної допомоги при діабеті на термінальній стадії, 3 видання (2018) (англійською мовою - [End of Life Diabetes Clinical Care Recommendations, 3rd edition \(March 2018\)](#))

## Лікування діабету в останні тижні життя

Обговоріть з пацієнтом та його близькими зміну підходів до лікування в зв'язку з діабетом, включно з:

- Задачами лікування – запобігання гіпоглікемії замість уникнення відкладених ускладнень гіперглікемії.
- Доцільністю продовження моніторингу рівня глюкози в крові.
- Методами та частотою перевірки рівня глюкози в крові.
- Типом лікування – прийом таблеток та / або введення інсуліну

Розробіть з пацієнтом та його близькими план подальшого лікування. Переконайтесь в тому, що команда паліативної допомоги або сімейний лікар залучена, якщо пацієнт залишається на інсуліні. Метою є:

- Зведення до мінімуму кількості інвазивних тестів.
- Володіти інформацією щодо симптомів, зумовлених гіпо- чи гіперглікемією, а також наявністю належних лікарських засобів / методів втручання на випадок їхнього виникнення.

## Намагайтесь утримувати цільовий показник глюкози в крові на рівні 6 – 15 ммоль/л

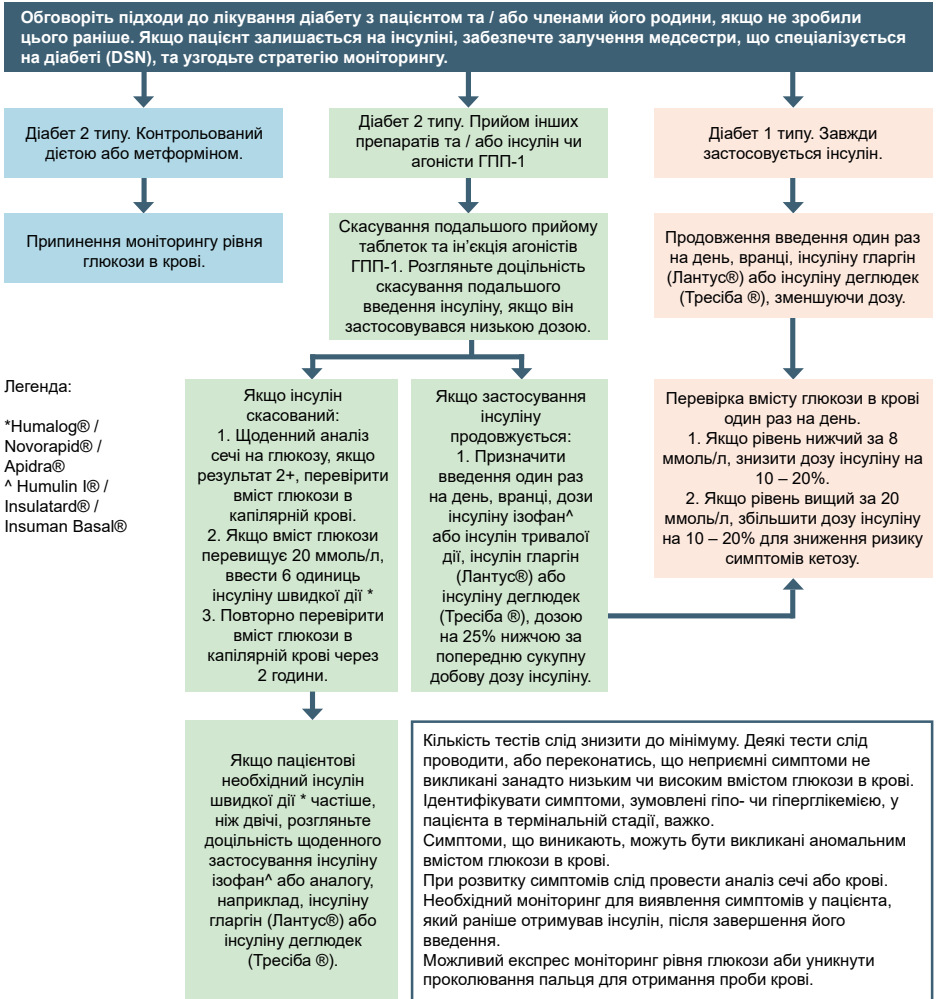
*Посилання: Стратегічна клінічна мережа північно-західного узбережжя – Резюме клінічної практики: Настанови з узгоджених методів контролю симптомів в паліативній терапії. (англійською мовою – [North West Coast Strategic Clinical Networks Clinical Practice Summary: Guidance on consensus approaches to managing Palliative Care Symptoms.](#))*

## Лікування діабету в останні дні життя

Дотримуйтеся алгоритму, наведеного на Малюнку 2 – [Алгоритм лікування діабету в останні дні життя.](#)

За необхідності зверніться за порадою до місцевої команди спеціалістів з діабету.

## Малюнок 2. Лікування діабету. Алгоритм дій в останні дні життя



Уривок з рекомендацій з клінічної допомоги при діабеті на термінальній стадії / *Diabet, Великобританія, березень 2018 (англійською мовою - [End of Life Diabetes Clinical Care Recommendations 3rd edition \(March 2018\)](#))*

**Примітка:** хоча в цьому алгоритмі, взятому з рекомендацій з клінічної допомоги при діабеті на термінальній стадії, інсулін деглюдек вказаний як альтернатива інсуліну гларгін, перший рекомендований для обмеженого застосування, отже, **слід застосовувати інсулін гларгін.**

# ЗАСТОСУВАННЯ ІМПЛАНТОВАНОГО КАРДІОВЕРТЕРА-ДЕФІБРИЛЯТОРА ПРОТЯГОМ ОСТАННІХ ТИЖНІВ ТА ДНІВ ЖИТТЯ

Імплантований кардіовертер-дефібрилятор (ІКД) є невеличким приладом, який імплантують в грудну клітку чи черевну порожнину та підключають до серця. Він використовує електричні імпульси для контролю загрозливої для життя аритмії. У пацієнтів з встановленими ІКД на термінальній стадії інколи розвивається серцева недостатність або інший стан, що обмежує тривалість життя, і може бути досягнута стадія, коли втрачається медична потреба в цьому приладі.

Дуже важливо, де можливо, планувати заздалегідь та обговорити з пацієнтом та його близькими можливість деактивації ІКД.

- В цілому, збереження ІКД в активному режимі дефібриляції, є недоречним після розпорядження пацієнта про відмову від реанімації (DNACPR - не проводити серцево-легеневу реабілітацію).
- Менше з тим, існує можливість, що пацієнт відмовляється від спроби реанімації, через втрату гідності, з якою може бути пов'язана така спроба, але бажає залишити ІКД в активному стані.
- **Якщо ІКД залишений активним, попросіть кільцевий магніт в місцевому кардіологічному відділенні**, аби деактивувати ІКД, коли пацієнт вмиратиме. Подальші інструкції наведені в розділі Що робити, якщо пацієнт вмирає, а імплантований дефібрилятор працює (ст.87).

**Примітка:** в Україні це заборонено законодавством і магніт не використовується.

## Що має спонукати до розмови щодо відключення ІКД

- Наявність стійких симптомів всупереч оптимальній терапії.
- Принаймні три госпіталізації в зв'язку з декомпенсацією менш за шість місяців.
- Погіршення фізичного функціонування.
- Серцева кахексія.
- Стійка гіпонатріємія.
- Вміст альбуміну в сироватці крові нижчий за 25 г/л.
- Пацієнт переніс кілька інсультів.
- Наявність супутніх захворювань з невтішим прогнозом, наприклад, раку термінальної стадії.

## Рішення щодо відключення ІКД

**Примітка:** в Україні це заборонено законодавством. Розділ носить інформативний характер.

Коли життя пацієнта надходить кінця, якщо час дозволяє, можна домовитись з кардіологічним відділенням місцевої клініки швидкої допомоги про відключення дефібрилятора в передбаченні останніх годин життя. Зазвичай це краще робити в звичайні робочі години.

Виключення дефібрилятора означає відсутність розрядів при виникненні у пацієнта шлуночкової тахіаритмії. Якщо дефібрилятор об'єднаний з водієм ритму, стимулятор продовжуватиме роботу, оскільки буде вимкнений лише один компонент, дефібрилятор.

## Що робити, якщо пацієнт вмирає, а імплантований дефібрилятор працює

Якщо пацієнт вмирає, а дефібрилятор ще функціонує, він реагуватиме розрядом на шлуночкову тахіаритмію (VT або VF), яка передую асистолії перед повною зупинкою серця. Це може лякати пацієнта, його близьких та персонал. Також є ризик отримання удару струмом людиною, що торкається пацієнта.

Якщо невідкладна деактивація кардіологом програмними засобами не може бути організована, для деактивації ІКД (після обговорення та ретельного розгляду наслідків) слід надійно зафіксувати **кільцевий магніт** на шкірі над ділянкою розташування приладу. Відповідний магніт можна отримати в місцевому кардіологічному відділенні.

Після встановлення магніту ризик удару струмом при торканні пацієнта, наприклад, членом родини або при наданні звичайної допомоги, відсутній, втім не слід намагатись видалити дефібрилятор.

## Що робити після смерті пацієнта

Магніт повинен залишатись на місці протягом **ОДНІЄЇ ГОДИНИ** після смерті пацієнта, після чого магніт можна зняти без ризику удару струмом для **ПАЦІЄНТА ЧИ ПЕРСОНАЛУ**.

Якщо пацієнт вмер із функціонуючим дефібрилятором, прилад слід вимкнути до його видалення. Для цього слід звернутись до місцевого кардіологічного центра.

Прилад слід видалити після смерті незалежно від долі тіла після смерті. Важливо повідомити похоронну службу про те, що прилад ще імплантований, коли тіло забирають. Прилад важливо видалити, якщо запланована кремація.

# ЛІКУВАННЯ СИМПТОМІВ У ПАЦІЄНТІВ З ТЯЖКОЮ ДЕМЕНЦІЄЮ

Аби зрозуміти, що пацієнт перебуває у термінальній стадії, корисно ознайомитись з прогностичним інструментом, наприклад, настановою з проактивної ідентифікації організації Gold Standards Framework. (англійською мовою - [Proactive Identification Guidance](#)).

## Загальна оцінка

- Всебічна комплексна оцінка є центральним елементом для задоволення індивідуальних потреб та ефективного менеджменту симптомів. Для оцінки пацієнта з деменцією виконуйте такі дії:
- Встановіть, чи здатен пацієнт самостійно описати наявні у нього симптоми, включно з болем.
- Залучайте інших осіб, які знають пацієнта. Ними можуть бути члени родини, професіонали, що його доглядають, та інші медики. Це є визначальним для розуміння «нормального стану» людини, аби ідентифікувати та зрозуміти зміни поведінки та виявити їх основну причину (наприклад, проривний біль) у пацієнта, що знаходиться в стані дистресу.
- Розгляньте доцільність використання посібника «Це – я» (англійською мовою - ["This Is Me"](#)) або подібного для гарантування того, що анамнез пацієнта та його пререференції зареєстровані і персонал про них поінформований.
- Використовуйте допоміжні стратегії спілкування: ставте короткі питання та надавайте більше часу на відповідь; жестикулюйте; мінімізуйте відволікаючі фактори та зовнішні шуми; звертайте увагу та всі сенсорні порушення; шукайте підтвердження зроблених припущень; спробуйте звернення рідною мовою пацієнта.
- Чи дотримується пацієнт рекомендованого режиму прийому лікарських засобів?

- Розгляньте субтипи деменції (якщо відомі), оскільки це може впливати на прояви симптомів та лікування.
- Розгляньте потреби осіб, що опікуються пацієнтом, включно з їхньою потребою в підтримці, та стратегії, якої вони дотримуються аби впоратись з ситуацією.

## Оцінка дієздатності

- Чи здатен пацієнт дати згоду (з підтримкою) на огляд / обстеження, прийом лікарських засобів?
- Проведіть оцінку дієздатності, за необхідності обговоріть оптимальні варіанти з точки зору інтересів пацієнта.

## Оцінка рівня стресу та болю

- Люди, що страждають на деменцію, можуть не скаржитись на біль, отже, важливо ставити запитання.
- Вони можуть не асоціювати свої відчуття зі словом біль, отже, слід використовувати альтернативні визначення, такі, як ломота в тілі, забій, рана, дискомфорт.
- Фокусьтесь на поточному болі, обов'язковою є оцінка і період фізичної активності, і в стані спокою.
- Візуальні інструменти, такі, як шкали оцінки (цифрова шкала оцінки, вербальна шкала оцінки, «термометр» болю), схематичне зображення тіла, слова-описи та картинки можуть допомогти людям з проблемами спілкування описати свій біль.



- Якщо пацієнт не здатен чітко описати свої відчуття, підказкою може бути його поведінка, якщо він перебуває в стані дистресу.
- Наступні різновиди поведінки ймовірно є ознакою дистресу, можуть свідчити про біль, дискомфорт та емоційні потреби: ажитація, ходіння довкола більше ніж зазвичай, абстрагування, ходіння вночі, відмова від їжі / пиття, будь-які вчинки, що сигналізують про зміну звичайної поведінки.
- Знання пацієнта, його стандартної поведінки, звичок, а також історії життя та контексту, в якому з'являється аномальна поведінка, може допомогти розрізнити біль та інші чинники дистресу, такі, як голод, тривожність, нудьга.
- Якщо пацієнт не здатен поскаржитися на біль, слід провести уважну оцінку, аби виключити інші потенційні причини дистресу, а не припускати одразу, що він зумовлений болем.

Наявні інструменти, що допомагають оцінити біль у людини з деменцією, включно з **PAIN-AD**

- а також **Abbey Pain Scale**.
- При користуванні цими інструментами, будьте уважними, аби не переоцінити вплив болю. Можливо, дистрес зумовлений іншими причинами?
- **Інструмент оцінки інвалідизуючого стресу** допомагають спеціалістам в галузі охорони здоров'я та особам, що опікуються пацієнтом, реєструвати поведінку пацієнта та розпізнавати ознаки впливу дистресу. В ньому також наведено контрольний перелік для виявлення можливої причини дистресового стану

## Застосування лікарських засобів – загальні міркування

- Спочатку розгляньте доцільність не медикаментозного лікування.
- Оптимізуйте наявні призначення лікарських засобів: враховуйте відповідність, специфічні індивідуальні фактори, розгляньте доцільність використання допоміжного засобу, наприклад, органайзера для таблеток.
- Пацієнти з деменцією є особливо вразливими до побічного впливу лікарських засобів, що підсилюють сплутаність свідомості, таких,

як антихолінергічні препарати, амітриптилін. Калькулятор антихолінергічного навантаження <http://www.acbcalc.com/> можна використовувати для оцінки антихолінергічного навантаження, створюваного поточними лікарськими засобами, та для рішення щодо доречності вибору альтернативних препаратів з меншою антихолінергічною активністю.

- При деменції, хворобі Паркінсона з тільцями Леві слід пам'ятати про побічний вплив агоністів дофаміну (сплутаний стан свідомості, галюцинації та манії).
- За можливості слід призначати препарати для перорального застосування в якості засобів першої лінії терапії.
- Якщо пацієнтові не подобається прийом препаратів для перорального застосування, розгляньте можливість:
  - заміни таблеток на сироп / розчин
  - змішування таблеток з джемом / йогуртом
  - застосування препаратів для розсмоктування в роті
  - переведення на препарати для прийому один раз на день / уповільненого вивільнення, якщо наявні.

Проконсультуйтеся з фармацевтом. Примітка. Приховане застосування лікарських засобів у недездатного пацієнта потребує прийняття рішень з урахуванням його найкращих інтересів.

- Надайте пріоритет необхідним лікарським засобам (на термінальній стадії пріоритетом є усунення симптомів).
- За необхідності можливе призначення підшкірних ін'єкцій, регулярних чи за потребою.
- Розгляньте доцільність використання інфузомата, якщо пацієнтові необхідне регулярне підшкірне введення, втім, якщо існує можливість, піти на прогулянку та забути шприцевий насос, або висмикування інфузійної лінії, більш доречним.

## Менеджмент больового синдрому

- Ідентифікуйте та за можливості намагайтесь усунути його причини, такі, як закреп, пролежні.
- Якщо незрозуміло, чи страждає пацієнт від болю, розгляньте доцільність спроби регулярного знеболення.
- Розпочинайте з регулярного застосування парацетамолу, при необхідності розгляньте призначення сильніших препаратів.
- Розгляньте доцільність використання препаратів для зовнішнього застосування, таких, як нестероїдні протизапальні гелі, а також нефармакологічних заходів, наприклад, компресів та теплих ванн у зв'язку з локалізованим болем низького – середнього ступеня тяжкості при гострих та хронічних порушеннях з боку скелетно-м'язової системи, таких, як артрит.
- Якщо пацієнт не здатен ковтати препарати, йому, за оцінкою, залишилось ще кілька місяців життя, а на лічені дні, розгляньте доцільність трансдермального шляху введення (Див. розділ, присвячений трансдермальним препаратам в главі [Контроль болю](#)).

## Проблеми з їжею та ковтанням

- Проблеми з харчуванням, втрата апетиту, проблеми з ковтанням та зменшення маси тіла є частими при деменції, зокрема, при посиленні тяжкості захворювання.
- В цілому, відсутні переконливі свідчення того, що годування через зонд забезпечує користь пацієнтам з деменцією пізньої стадії за показниками чи то збільшення тривалості, чи то покращення якості життя. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19370678/>
- NICE рекомендує не годувати через зонд людину з тяжкою деменцією, якщо причини проблем зі споживанням їжі, напоїв чи ковтанням можуть бути усунуті, і очікується, що її здатність нормально їсти та пити згодом відновиться.
- Посилання: Висновок NICE щодо ентерального (через зонд) харчування пацієнтів з тяжкою деменцією (2018) (англійською мовою <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/enteral-tube-feeding-for-people-living-with-severe-dementia-patient-decision-aid-pdf-4852697007>)

- Виключіть зворотні причини відмови від їжі, наприклад, кандидоз.
- Забезпечте належну гігієну ротової порожнини.
- Розгляньте доцільність направлення пацієнта на консультацію до логопеда.
- Врахуйте дієздатність пацієнта при виборі рішення щодо харчування, якщо пацієнт є недієздатним, рішення повинне ґрунтуватись на тому, що є в інтересах пацієнта.
- Для пацієнтів з проблемами ковтання може бути комфортним споживання належним чином загущеної рідини / м'якої їжі, що повертає відчуття задоволення від їжі та сприяє усвідомленому угамуванню голоду чи спраги (харчування при наявності ризиків).

## Нудота та блювота / закреп

- Дотримуйтеся загальних інструкцій для контролю цих симптомів – див. розділи [Нудота та блювота](#) та [Закреп](#).

## Ажитация, агресія, стрес та психоз

- Нейропсихічні симптоми є майже неминучими при деменції, ажитация є найбільш виснажливим фактором для пацієнтів та членів його родини.
- Розгляньте специфічні причини, такі, як біль, побічні реакції на лікарські засоби, емоційні, пов'язані з діяльністю (наприклад, одяганням) або середовищем (наприклад, освітленням, незнайомим оточенням).
- Спробуйте, якщо можливо, людинацентричний, не медикаментозний підхід.

## Антипсихотичні засоби

- Слабкі антипсихотичні засоби раніше призначали в зв'язку з поведінковими та психіатричними симптомами, асоційованими з деменцією (BPSD), втім вони забезпечують лише обмежену користь, пов'язані зі збільшеним ризиком інсульту та смерті, а також з іншими серйозними небажаними явищами, такими, як седация, екстрапірамідальні побічні явища, зневоднення, падіння, інфекційні захворювання органів грудної клітки та швидким згасанням когнітивних функцій.

- Настановою NICE 97 «Деменція: оцінка, лікування та підтримка людей, що живуть з деменцією, та осіб, що ними опікуються» (червень, 2018) (англійською мовою - [NICE Guideline 97 "Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers" \(June 2018\)](#)) рекомендоване застосування антипсихотичних засобів в терапії лише людей, що живуть з деменцією, для яких існує ризик спричинення шкоди собі чи іншим, або з ажитацією, галюцинаціями чи маніями, які створюють істотний стрес.
- До початку застосування антипсихотичних засобів обговоріть користь та шкоду з пацієнтом та членами його родини або особами, що ним опікуються (залежно від обставин). Розгляньте доцільність використання при обговоренні посібників, що допомагають зробити вибір, наприклад, посібник NICE для схвалення рішення для пацієнтів щодо **застосування антипсихотичних засобів в зв'язку з ажитацією, агресією та стресом у людей, що живуть з деменцією**. Застосування антипсихотичних засобів слід розпочинати з найнижчої дози, яка допомагає пацієнтові, та протягом найкоротшого періоду часу. Скасуйте подальший прийом, якщо очевидна користь відсутня, після обговорення з пацієнтом та членами його родини або особами, що ним опікуються (залежно від обставин).
- **Застосування антипсихотичних засобів слід уникати, за можливості, при деменції з тільцями Леві,** оскільки такі пацієнти більш схильні до тяжких побічних явищ.

## Делірій

- Делірій є надзвичайно частим у пацієнтів з деменцією пізньої стадії. Див. розділ [Делірій](#).
- Нефармакологічні методи є основою лікування.
- **Застосування антипсихотичних засобів слід уникати, за можливості, при деменції з тільцями Леві,** оскільки можливі істотні небажані явища, незворотні навіть після відміни препарату.

## Посилання

(всі матеріали англійською мовою)

- Настанова NICE 97 «Деменція: оцінка, лікування та підтримка людей, що живуть з деменцією, та осіб, що ними опікуються» (червень 2018) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations#managing-non-cognitive-symptoms>.
- GMMMG, призначення слабких антипсихотичних засобів при деменції: Набір матеріалів для лікарів загальної практики (2015). <https://gmmmg.nhs.uk/wp-content/uploads/2021/08/GMMMG-Antipsychotics-in-dementia-GP-resource-pack-FINAL.pdf>
- Настанова клінічної мережі національної служби охорони здоров'я Йоркширу та Гамбру для спеціалістів в галузі охорони здоров'я: Лікування симптомів при наданні допомоги наприкінці життя пацієнтів з деменцією. <https://www.yorkhospitals.nhs.uk/seeecmsfile?id=1206>
- Настанова стратегічної клінічної мережі Північно-західного узбережжя з паліативної допомоги при деменції, 2 видання, редакція 3.9 – березень 2018. <https://www.england.nhs.uk/north/wp-content/uploads/sites/5/2018/06/palliative-care-guidelines-in-dementia.pdf>

## РОЗДІЛ 3



# ДОГЛЯД НАПРИКІНЦІ ЖИТТЯ

## ПРІОРИТЕТИ ПРИ ДОГЛЯДІ НАПРИКІНЦІ ЖИТТЯ

- Визнання того, що людина вмирає, настали останні дні та години життя.
- Делікатне та бережне спілкування між персоналом та помираючою людиною, а також важливими для неї особами.
- Залучайте пацієнта та важливих для нього осіб до вибору методів лікування та надання допомоги, відповідних побажанням пацієнта.
- Підтримуйте родину та інших осіб, важливих для пацієнта, включно з наданням відповідей на запитання, що у них виникають.
- Лікуючий лікар повинен узгодити комплексний індивідуальний план допомоги, включно з методами контролю симптомів.
- Індивідуалізована допомога повинна ґрунтуватись на діючих клінічних рекомендаціях, індивідуальному плані допомоги вмираючому пацієнтові (за наявності).
- Приклади міжнародних документів (англійською мовою):
- Принципи допомоги та підтримки наприкінці життя. Стратегічної клінічної мережі (SCN) [https://www.cheshire-epaige.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/11/Hospital-Poster-Principles-of-Care-Support-for-the-Dying-Patient.pdf?seq\\_no=2](https://www.cheshire-epaige.nhs.uk/wp-content/uploads/2018/11/Hospital-Poster-Principles-of-Care-Support-for-the-Dying-Patient.pdf?seq_no=2)
- Посібник NHS England, Leadership Alliance, Пріоритети догляду наприкінці життя [https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/care-dying-ppl-engage/supporting\\_documents/lacdpengage.pdf](https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/care-dying-ppl-engage/supporting_documents/lacdpengage.pdf)



## КОНТРОЛЬ СИМПТОМІВ

Симптомами, можливими в останні дні та години життя, є

- Біль.
- Нудота та блювота.
- З боку респіраторної системи – надлишкова секреція – збільшення трахеорального секрету, задишка, хрипле дихання.
- Психоневрологічні – тривожність, паніка, судоми, делірій та термінальний неспокій / ажитация.
- Нетримання / затримка виведення сечі.
- Потовиділення.
- Кровотеча.

### Загальні принципи контролю симптомів наприкінці життя

- Ідентифікація та регулярна перевірка симптомів є важливими.
- Методи контролю симптомів слід обирати індивідуально. При призначенні чи введенні лікарських засобів у зв'язку зі специфічними симптомами слід оцінити зворотні причини будь-якого симптому та обрати ефективне лікування.
- Всі лікарські засоби, включно із засобами призначеними на випередження:
  - Повинні бути націлені на специфічні симптоми.
  - Їх слід призначати з клінічним обґрунтуванням початкової дози.
  - Слід пояснювати мету призначення та застосування, побічні явища вмираючому пацієнтові та (за згодою пацієнта) його близьким.
  - Контроль симптомів, забезпечуваний призначеними лікарськими засобами, слід регулярно перевіряти та коригувати з урахуванням потреб пацієнта.

### Призначення «лікування на випередження»

- Призначення «лікування на випередження» розраховане на забезпечення швидкого купірування симптомів у будь-який час коли б вони не виникли. Воно ґрунтується на припущенні, що, хоча кожен пацієнт є індивідуальним, певні симптоми, що виникають в період надання паліативної допомоги, можуть бути прогнозовані, а отже, слід передбачити заходи для швидкого та ефективного реагування в разі їхнього виникнення.

В настанові NICE Допомога вмираючим дорослим в останні дні життя (англійською мовою – [NICE Guideline Care of Dying Adults in the Last Days of Life](#)) наведені наступні рекомендації щодо призначення на випередження:

- Індивідуальний підхід до призначення «лікування на випередження» лікарських засобів особам, у яких ймовірно виникне потреба в контролі симптомів в останні дні життя.
- Слід пояснити показання до застосування та обрану дозу будь-якого призначеного лікарського засобу.

## Загальні принципи контролю симптомів наприкінці життя

- Продумайте, які лікарські засоби пацієнтові зможуть знадобитись для контролю симптомів в останні дні життя, такими симптомами можуть бути:
  - Ажитація
  - Тривожність
  - Задишка
  - Нудота та блювота
  - Надлишкова респіраторна секреція, що турбує пацієнта
  - Біль
- Обговоріть потребу в лікарських засобах з пацієнтом, важливими для нього особами та мультидисциплінарною командою спеціалістів.
- Переконайтесь, що необхідні лікарські засоби, що можуть знадобитись, а також прилади для їхнього введення виписані якомога раніше. Перевіряйте ці засоби, оскільки може знадобитись заміна.
- Обираючи лікарські засоби на випередження, беріть до уваги:
  - ймовірність розвитку специфічних симптомів
  - користь та шкоду призначення та введення лікарських засобів
  - користь та шкоду непризначення та введення лікарських засобів
  - можливий ризик раптового погіршення стану пацієнта (наприклад, масивна кровотеча або судоми), коли знадобляться засоби для негайного контролю симптомів
  - місце надання допомоги та час, який знадобиться на отримання лікарських засобів.
- Перед введенням лікарських засобів на випередження перевірте індивідуальні симптоми у пацієнта та відповідно скоригуйте індивідуалізований план допомоги і призначення.
- В разі застосування лікарських засобів на випередження:
  - контролюйте користь та побічні явища щонайменше щоденно, надавайте необхідну інформацію відповідальному спеціалістові в галузі охорони здоров'я
  - за необхідності скоригуйте індивідуалізований план допомоги та призначення.
- BMA (British Medical Association) розроблені інструкції для допомоги лікарям загальної практики у виборі лікарських засобів на цьому важливому етапі (англійською мовою – [Anticipatory prescribing for end-of-life care, 2020](#)).

# ПІДТРИМКА ГІДРАТАЦІЇ / ЗБЕРЕЖЕННЯ ВОДНОГО БАЛАНСУ

Питання харчування та гідратації часто викликають вир емоцій в родині та у пацієнтів, що наближаються до кінця життя. Існує потреба в постійному обговоренні задач терапії та реалістичних очікувань від нього.

В настанові NICE Допомога дорослим в останні дні життя наведені такі рекомендації щодо гідратації:

(англійською мовою - [NICE Guideline Care of Dying Adults in the Last Days of Life](#))

1. Заохочуйте пацієнта пити, якщо він хоче та здатен це зробити. Переконайтесь у відсутності перешкод, наприклад, проблем з ковтанням чи ризик аспірації. Обговоріть ризики та користь пиття з пацієнтом та особами, залученими до догляду за ним.
2. Забезпечте постійний догляд за ротовою порожниною та губами, при необхідності включіть заходи з усунення сухості в роті до плану лікування. Запропонуйте пацієнтові, за необхідністю, наступне:
  - допомогу з чищенням зубів чи протезів, якщо він погодиться,
  - часту можливість зробити пару ковтків рідини.
3. Спонукайте осіб, важливих для пацієнта, надавати допомогу у догляді за ротовою порожниною та губами або пропонувати пиття, якщо вони згодні допомагати. Забезпечте усіма необхідними засобами та надайте поради з безпечного подання напоїв.
4. Оцінюйте, бажано щоденно, стан гідратації пацієнта, перевіряйте можливу потребу в допоміжній клінічній гідратації, з повагою до побажань та вибору пацієнта.
5. Обговоріть ризики та користь допоміжної клінічної гідратації з вмираючим пацієнтом та важливими для нього особами. Поясніть, значення гідратації в останні дні життя:
  - допоміжна клінічна гідратація життя або процес вмирання, невідомо;
  - невідомо, чи не пришвидшує смерть допоміжна клінічна гідратація. людину від неприємних симптомів та ознак, пов'язаних зі зневодненням, втім може стати й причиною певних проблем. **Див рекомендацію 9 (ст.97);**
  - чи подовжує допоміжна клінічна гідратація життя або процес вмирання невідомо;
  - невідомо, чи відмова від допоміжної клінічної гідратації прискорить смерть.
6. Переконайтесь в тому, що пацієнт або важливі для нього особи отримали відповіді на всі питання, що у них виникли, до початку допоміжної клінічної гідратації.



7. Розглядаючи доцільність проведення допоміжної клінічної гідратації пацієнту, обирайте індивідуалізований підхід, беріть до уваги:
  - чи висловлював пацієнт думки за чи проти допоміжної клінічної гідратації, або має будь-які культурні, духовні чи релігійні переконання, що могли вплинути на задокументоване задалегідь ствердження чи висловлене рішення щодо відмови від лікування;
  - рівень свідомості;
  - наявність проблем з ковтанням;
  - ризик набряку легень;
  - можливість, навіть тимчасового, покращення.
8. Розгляньте доцільність спроби допоміжної клінічної гідратації в разі наявності у пацієнта несприятливих симптомів чи ознак, можливо, асоційованих зі зневодненням, таких, як спрага чи делірій, а пероральна гідратація є неадекватною.
9. В разі початку клінічної допоміжної гідратації:
  - Необхідний моніторинг, щонайменше кожні 12 годин, змін інтенсивності симптомів чи ознак зневоднення, а також свідчень користі або шкоди.
  - Клінічну допоміжну гідратацію слід продовжувати при наявності ознак клінічної користі.
  - Зменште чи припиніть клінічну допоміжну гідратацію при наявності ознак того, що вона шкодить пацієнтові, наприклад, відбулось перевантаження рідиною, або якщо пацієнт не хоче продовження.
10. У разі якщо пацієнт був залежним від клінічної допоміжної гідратації (ентеральної чи парентеральної) до останніх днів життя:
  - Розгляньте ризики та користь продовження клінічної допоміжної гідратації разом з пацієнтом та важливими для нього особами.
  - Розглядайте доцільність продовження, зменшення чи скасування подальшої допоміжної клінічної гідратації з оглядом на наближення смерті.

**Таблиця 41.**  
**Потенційні показання для допоміжної клінічної гідратації наприкінці життя та можливі ускладнення**

Потенційні показання	Потенційні ускладнення
Симптоматичне зневоднення	Дискомфорт, зумовлений процедурою / ризик інфікування
Спрага (може бути не пов'язаною з гідратацією)	Перевантаження рідиною
Зворотна ниркова недостатність	Погіршення секреції
Токсичний вплив опіоїдів Надлишкова седація	Зростання навантаження, зумовленого симптомами, внаслідок вищезазначеного
Стрес для родини / пацієнта	Стрес для родини / пацієнта

Клінічну допоміжну гідратацію можна проводити п/ш чи в/в. П/ш введення рідини, як правило, пов'язане з меншим дискомфортом та потенційними небажаними явищами, ніж при в/в введенні. Менше з тим, п/ш введення рідини є неприйнятним шляхом при тяжкому зневодненні, може бути проблематичним при наявності поширеного набряку. Слід застосовувати ізотонічний чи гіпотонічний розчин (наприклад, 0,9% натрію хлориду). Швидкість інфузії слід підбирати індивідуально, зазвичай вона становить приблизно літр рідини на 24 години.

Можливі практичні труднощі при проведенні клінічної допоміжної гідратації, якщо пацієнт перебуває вдома. Необхідне належне обладнання та навички. Орієнтуйтеся на місцеві протоколи та стратегії.

# ШПРИЦЕВІ НАСОСИ (ІНФУЗОМАТИ)

## Визначення

Шприцевий насос є переносним приладом на батарейках, призначеним для постійного підшкірного введення лікарських засобів, як правило, протягом 24 годин.

При наданні паліативної допомоги підшкірне постійне введення лікарських засобів є корисною опцією, якщо пероральний шлях є неприйнятним, наприклад, внаслідок:

- Дисфагії
- Не контрольованої постійної нудоти та / або блювоти
- Мальабсорбції
- Неможливості перорального прийому лікарських засобів через, наприклад, рак голови / шиї
- Кишкової непрохідності
- Сильної слабкості / кахексії
- Непритомності
- Вибору пацієнта, наприклад, через відразу до лікарських засобів для перорального застосування; неприйняття альтернативних шляхів (наприклад, ректального)
- Допомога надається протягом останніх днів чи часів життя

Такий спосіб введення для більшості лікарських засобів є незареєстрованим.

Втім корисними можуть бути інші способи застосування, які зменшують потребу в шприцевому насосі, наприклад, ректальний, трансдермальний та сублінгвальний. На додаток, **підшкірний спосіб введення не є кращим за пероральний, якщо пацієнт здатен ковтати і відбувається абсорбція лікарських засобів.**

## Важливо враховувати таке:

- Якщо підшкірний шлях введення є неможливим, чи можна вводити лікарські засоби іншим шляхом
  - Ректальним (наприклад, НПЗП)
  - Сублінгвальним (наприклад, лоразепам)
  - Трансдермальним (наприклад, фентаніл)
- Чи можна вводити препарат в ін'єкційній формі один раз на день (наприклад, дексаметазон, галоперидол, левомепромазин).
- Краще уникати підшкірного введення кілька разів на день препаратів, призначених для застосування один раз на день. Втім можна розглянути такий варіант в якості альтернативи або якщо пацієнт надає перевагу такому режиму.
- Бідодоступність лікарських засобів при ін'єкційному введенні перевищує таку при пероральному прийомі. Це означає, що доза препарату для введення через шприцевий насос, як правило, повинна бути меншою дози, яку пацієнт раніше приймав перорально.
- В шприцевих насосах можливе використання шприців різного розміру. Мінімальний рекомендований розмір становить 20 мл. Розведіть суміш до максимального об'єму, який вміщається в шприц, для мінімізації ризику подразнення на ділянці введення. Ознайомтесь з рекомендаціями місцевих протоколів щодо об'єму шприца, який можна вставити в насос.
- Повинно минути кілька годин до достатньої абсорбції лікарських засобів, аби побачити їхній ефект. Якщо контроль симптомів забезпечений, вмикайте шприцевий насос за 1-2 години до завершення дії засобів. Якщо контроль симптомів відсутній, вмикайте шприцевий насос негайно. Можлива необхідність у негайному підшкірному введенні дози відповідного препарату для «перекриття» часу очікування, якщо затримка з контролем симптомів є непринятною (болюсне введення).
- Захищайте вміст шприца від впливу світла, накривайте шприц чохлам.

## Допомога в останні дні чи часи життя

- Якщо інші шляхи застосування медичних препаратів забезпечують належний контроль симптомів у пацієнта, можна їх не змінювати і в термінальній стадії. Потреба в стандартному застосуванні шприцевого насоса може бути відсутня.
- В останні дні життя рекомендовано залишати на місці трансдермальні пластри з фентанілом чи бупренорфіном (змінюючи їх, згідно з рекомендаціями), додаткові знеболювальні засоби вводять п/ш.
- Не слід установлювати внутрішньовенний катетер:
  - У набряклі підшкірні тканини
  - Пацієнтам в стані сильного неспокою / зі сплутаним станом свідомості.
  - При сильній кровотечі та зниженні згортання крові (петехіальний висип). Менше з тим, якщо у пацієнта низький рівень тромбоцитів, ймовірність кровотечі при підшкірній ін'єкції є меншою, ніж при внутрішньом'язовій.

## Перевага застосування шприцевого насоса

- При постійній інфузії відсутні коливання (максимальний – мінімальний) рівня лікарського засобу в плазмі крові.
- Усуває потребу в багаторазових ін'єкціях.
- Шприц, як правило, наповнюють один раз на день.
- Збереження незалежності та рухомості, оскільки шприц є неважким і його можна носити в чохлі\*.
- Забезпечує контроль множинних симптомів завдяки введенню комбінації лікарських засобів.

## Недоліки

- Подразнення чи еритема або набряк на ділянці встановлення катетеру, що може знижувати швидкості абсорбції.
- Може сприйматись, як «термінальна подія» пацієнтом та особами, що ним опікуються.
- Відсутність надійних даних щодо сумісності певних сумішей.
- Існує ризик інфікування.

\*В Україні наразі у продажі таких портативних форм шприцевих насосів немає. Проте вони можуть траплятися в гуманітарній допомозі.



## Сумісність лікарських засобів

- Поширеною практикою є введення 2 – 3 лікарських засобів, змішаних в одному шприці. Необхідна перевірка сумісності усіх лікарських засобів, які змішують в одному шприці.
- Прогностичним фактором сумісності лікарських засобів є рівень рН. Більшість лікарських засобів, які вводять через шприц-насос, є кислими. Лужними лікарськими засобами є дексаметазон, диклофенак, кеторолак та фенобарбітал. Отже, суміші з цими засобами найчастіше є несумісними, як правило, їхнє введення рекомендоване в формі індивідуальної інфузії.
- Для більшості комбінацій лікарських засобів рекомендованим розчинником є вода для ін'єкцій, оскільки при її використанні ризик осаду є найменшим.
- Як правило, при змішуванні несумісних лікарських засобів випадає осад, суміш в шприці стає каламутною. Якщо таке трапилось, вводити таку суміш не слід. Поміняйте і шприц, і лінію для введення.
- Деякі лікарські засоби не можна вводити підшкірно, оскільки вони подразнюють шкіру; ними є діазепам, прохлорперазин, хлорпромазин.

## Додаткова інформація щодо сумісності лікарських засобів при введенні в формі постійної підшкірної інфузії:

ресурси англійською мовою та для їх використання потрібна реєстрація)

<http://www.palliativedrugs.com>

або <https://book.pallcare.info/index.php?op=%20plugin%20&src=sdrivers>

## Належна практика поводження зі шприцевими насосами:

- Перед підключенням шприцевого насосу поясніть пацієнтові та особам, що ним опікуються / членам родини:
  - Причини обрання саме цього шляху та методу введення
  - Як прилад працює
  - Переваги та можливі недоліки

- Весь персонал повинен отримати навчання та ознайомитись із роботою наявного шприцевого насосу перед його використанням.
- Дотримуйтесь рекомендацій місцевих протоколів застосування.
- Всі застосовувані шприцеві насоси слід регулярно обслуговувати; див. місцеві інструкції
- Після застосування всі шприцеві насоси слід очистити та дезінфікувати згідно з вимогами місцевих протоколів.
- Призначаючи лікарські засоби для введення через шприцевий насос, переконайтесь, що призначено коректні дози «за потребою» для підшкірного введення (наприклад, для анальгезії – 1/6 від сукупної добової дози опіоїдів).
- Зазначте на шприці перелік лікарських засобів, дату та час підключення шприцевого насоса.
- Застосування графіка використання шприцевого насоса, із графою моніторингу, сприяє перевіркам належності функціонування шприца-насоса (Примітка: в деяких областях застосовуються комбіновані графіки призначення та моніторингу).
- При контролі слід перевірити об'єм, що залишився, стан ділянки введення, налаштування швидкості введення, зовнішній вигляд вмісту шприца.
- Якщо виник біль чи запалення у ділянці введення, перевірте вміст шприца та змініть місце введення, слід замінити катетер/канюлю.
- Подразнення на ділянці введення може зменшити розведенням лікарського засобу до більшого об'єму розчинником чи 0,9% розчином натрію хлориду, застосовуваним в якості розчинника, або використанням пластикової канюлі.
- Оцінюйте ефективність контролю симптомів та коригуйте призначення з належною частотою.
- Деяких пацієнтів можливо перевести зі шприцевого насоса, повернути на пероральний / трансдермальний шлях застосування лікарських засобів. Якщо таке є можливим, здійсніть переведення послідовно, а не всіх препаратів одразу.

**Завжди дотримуйтеся місцевої стратегії та інструкції щодо поводження зі шприцями-насосами.**

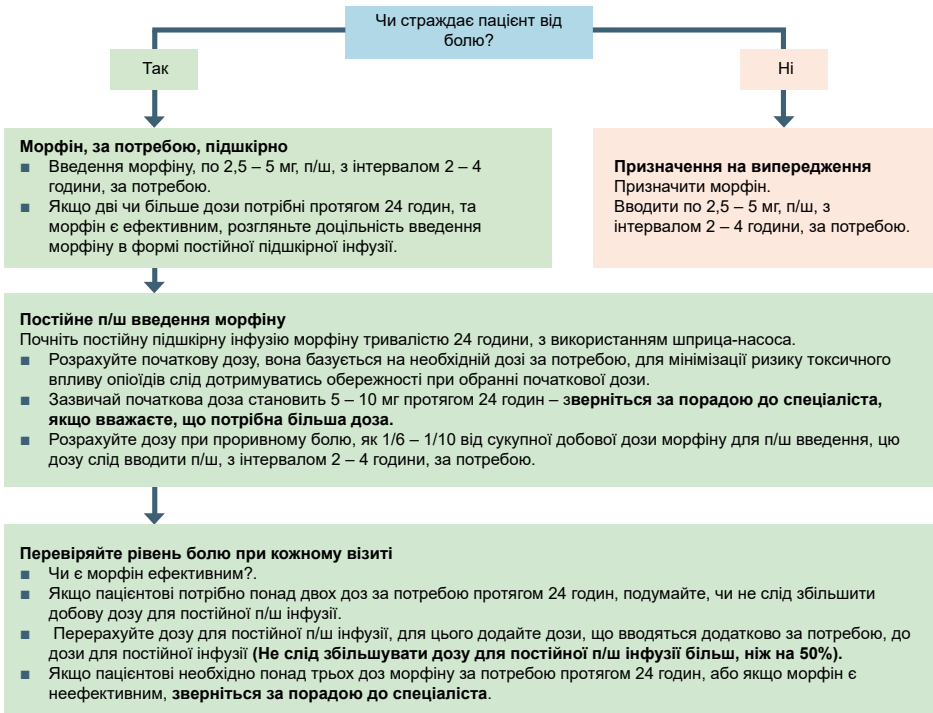
# АЛГОРИТМИ КОНТРОЛЮ СИМПТОМІВ В ОСТАННІ ДНІ ЖИТТЯ

- Наведені нижче алгоритми є загальними інструкціями з контролю симптомів в останні дні життя.
- **Слід дотримуватись місцевих інструкцій, при наявності, лікування повинне бути індивідуалізованим, базуватись на потребах конкретного пацієнта.**
- Зверніть увагу на те, що запропоновано **чотири різні алгоритми** для контролю болю в різних ситуаціях:
  - [Алгоритм 1](#) – Пацієнт, який ще не отримує сильнодіючі опіюїди, та втратив здатність ковтати.
  - [Алгоритм 2](#) – Пацієнт, який регулярно отримує морфін перорально, та втратив здатність ковтати.
  - [Алгоритм 3](#) – Пацієнт, який регулярно отримує оксикодон перорально, та втратив здатність ковтати.
  - [Алгоритм 4](#) – Пацієнт, який користується пластирами з фентанілом чи бупренорфіном, та втратив здатність ковтати.
- Алгоритми 5 – 8 стосуються контролю симптомів, відмінних від болю:
  - [Алгоритм 5](#) – Неспокій та / або ажитація на термінальній стадії.
  - [Алгоритм 6](#) – Секреція з дихальних шляхів.
  - [Алгоритм 7](#) – Задишка.
  - [Алгоритм 8](#) – Нудота та / або блювота.
- [Алгоритм 9](#) – містить інструкції з ведіння пацієнта, який отримує протиепілептичні засоби в зв'язку з судоматами (включно для профілактикою), який втратив здатність ковтати.

## БІЛЬ, АЛГОРИТМ 1

### ПАЦІЄНТ, ЯКИЙ ЩЕ НЕ ОТРИМУЄ СИЛЬНОДІЮЧІ ОПІОЇДИ, ТА ВТРАТИВ ЗДАТНІСТЬ КОВТАТИ (наприклад не отримує регулярно морфін, оксикодон чи фентаніл)

Якщо відомо, що у пацієнта є непереносимість морфіну або морфін є неефективним, ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ



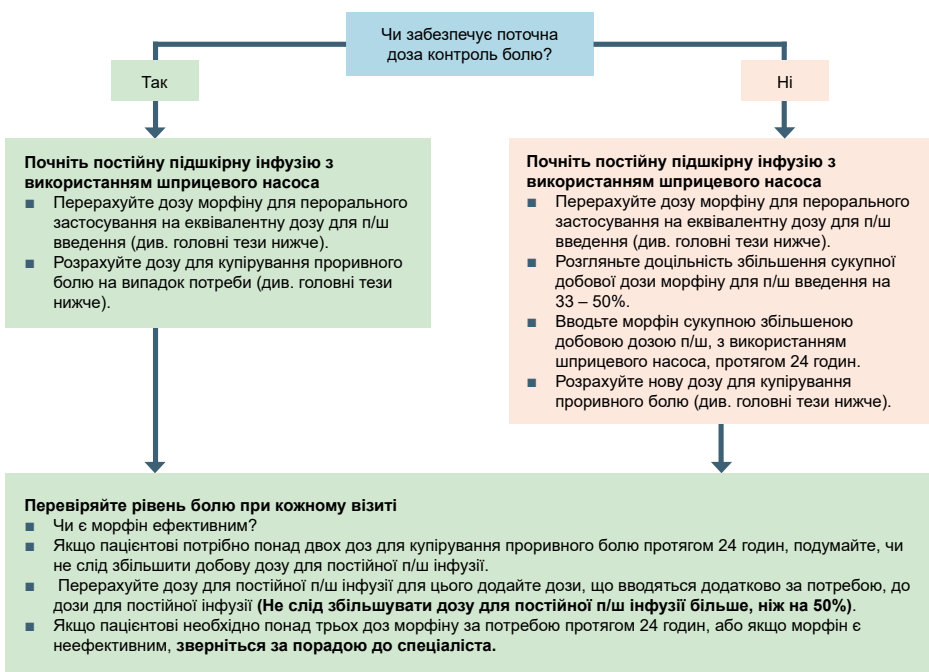
#### ГОЛОВНІ ТЕЗИ – БІЛЬ

- Знайдіть та усуньте зворотні причини болю (закреп, затримка виведення сечі, духовні та психологічні причини).
- Чи не буде корисним вести графік болю?
- Ознайомтеся зі схемою перерахунку доз опіоїдів, наведену в **Додатку 1**.
- При розрахунку збільшення дози для постійного п/ш введення з урахуванням доз за потребою, слід виключити дози, введені в зв'язку з ситуативним болем.
- Якщо ШКФ становить < 30 мл/хв., **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ.**

## БІЛЬ, АЛГОРИТМ 2

### ПАЦІЄНТ, ЯКИЙ РЕГУЛЯРНО ОТРИМУЄ МОРФІН ПЕРОРАЛЬНО, ТА ВТРАТИВ ЗДАТНІСТЬ КОВТАТИ

Якщо пацієнт приймає ОКСИКОДОН, ПЕРОРАЛЬНО, дотримуватись алгоритму 3 при переведенні на постійну підшкірну інфузію



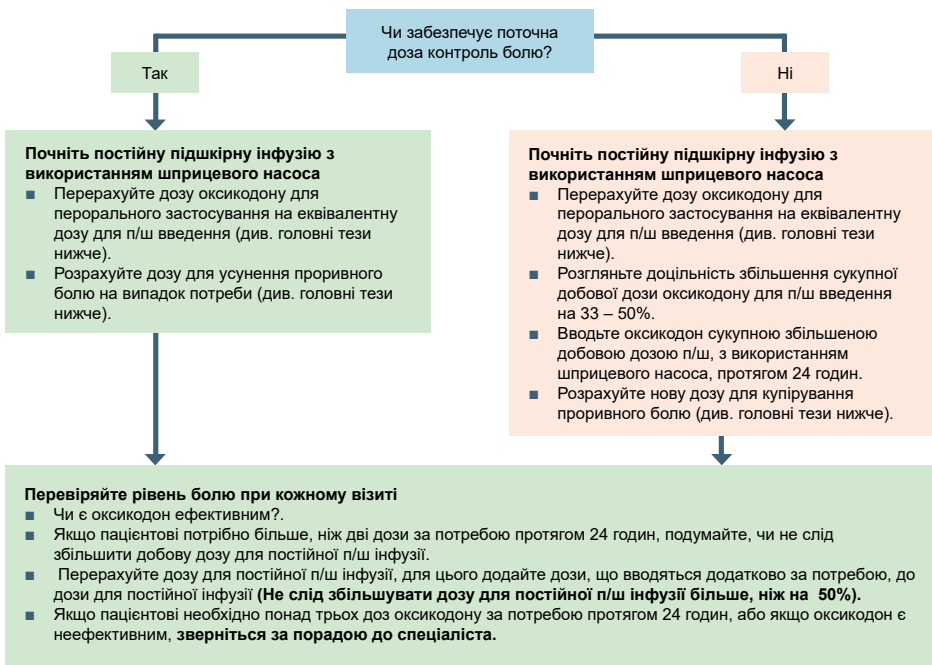
#### ГОЛОВНІ ТЕЗИ – ПРИЗНАЧЕННЯ МОРФІНУ ДЛЯ ПІДШКІРНОГО ВВЕДЕННЯ

- Для розрахунку дози морфіну для п/ш введення слід розділити сукупну дозу морфіну для перорального прийому на 2.
- Розрахуйте дозу для купірування проривного болю, як  $1/6 - 1/10$  від сукупної добової дози морфіну для п/ш введення, цю дозу слід вводити п/ш, з інтервалом 2 – 4 години, за потребою
- Якщо контроль симптомів забезпечений, починайте постійну п/ш інфузію за 2 – 4 години до наступного прийому опіюду для регулярного п/о застосування; якщо контроль симптомів відсутній, починайте постійну п/ш інфузію негайно.
- Якщо ШКФ становить  $< 30$  мл/хв., **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ.**

## БІЛЬ, АЛГОРИТМ 3

### ПАЦІЄНТ, ЯКИЙ РЕГУЛЯРНО ОТРИМУЄ ОКСИКОДОН ПЕРОРАЛЬНО, ТА ВТРАТИВ ЗДАТНІСТЬ КОВТАТИ

Якщо пацієнт приймає МОРФІН, ПЕРОРАЛЬНО, дотримуватись алгоритму 2 при переведенні на постійну підшкірну інфузію



#### ГОЛОВНІ ТЕЗИ – ПРИЗНАЧЕННЯ ОКСИКОДОНУ ДЛЯ ПІДШКІРНОГО ВВЕДЕННЯ

- Для розрахунку дози оксикодону для п/ш введення слід розділити сукупну дозу оксикодону для перорального прийому на 1,5.
- Розрахуйте дозу оксикодону для проривного болю, як  $1/6 - 1/10$  від сукупної добової дози оксикодону для п/ш введення. Цю дозу слід вводити п/ш, з інтервалом 2 – 4 години, за потребою
- Якщо контроль симптомів забезпечений, починайте постійну п/ш інфузію за 2 – 4 години до наступного прийому опіюду для регулярного п/о застосування; якщо контроль симптомів відсутній, починайте постійну п/ш інфузію негайно.
- Якщо ШКФ становить < 30 мл/хв., **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ.**



## БІЛЬ, АЛГОРИТМ 4

### ПАЦІЄНТ, ЯКИЙ КОРИСТУЄТЬСЯ ПЛАСТИРАМИ З ФЕНТАНИЛОМ ЧИ БУПРЕНОРФІНОМ, ТА ВТРАТИВ ЗДАТНІСТЬ КОВТАТИ.

**ВАЖЛИВО**  
ПРОДОВЖУЙТЕ ЗАСТОСУВАННЯ ПРИЗНАЧЕНИХ ПЛАСТИРІВ З ФЕНТАНИЛОМ ЧИ БУПРЕНОРФІНОМ, ІЗ ЗМІНОЮ ПЛАСТИРУ ЗГІДНО З РЕКОМЕНДАЦІЯМИ

#### Призначення на випередження

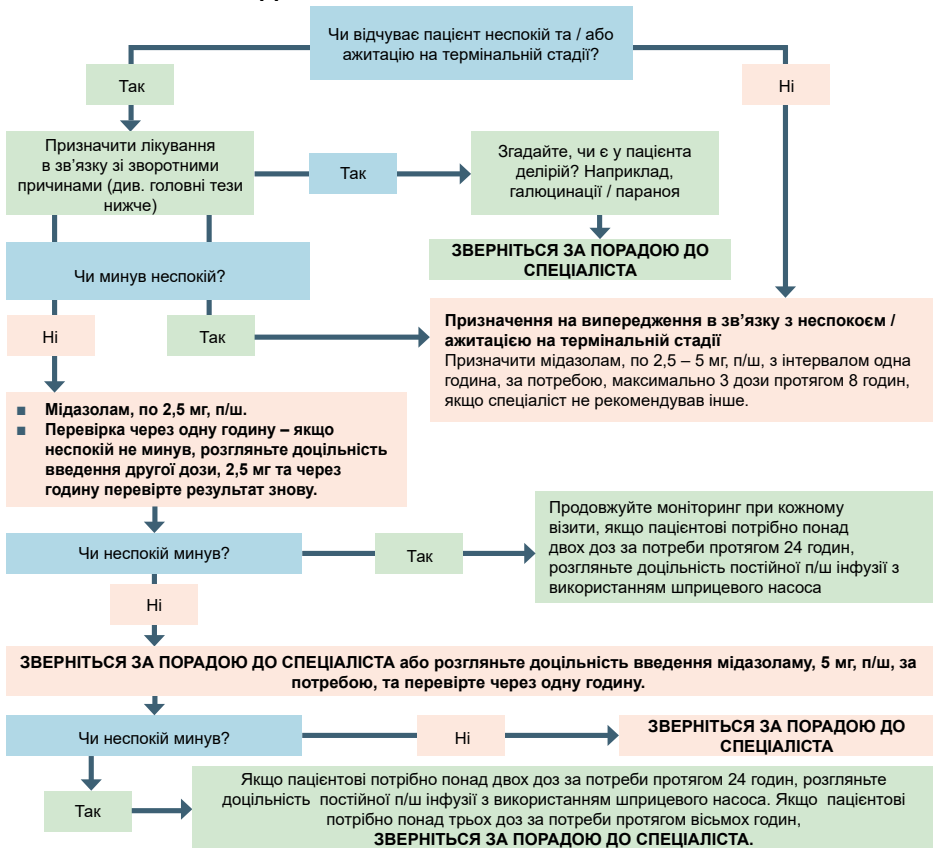
- Призначте опіоїд для п/ш введення в зв'язку з проривним болем з інтервалом 2 – 4 години за потребою для контролю болю.
- Якщо пацієнт вже приймав опіоїди перорально в зв'язку з проривним болем, для п/ш введення, як правило, призначають той саме засіб.
- Розрахуйте дозу або ознайомтесь з таблицею перерахунку ([Додаток 1](#)), як з інструкцією з вибору дози опіоїду для п/ш введення, що відповідатиме дозі в пластирі.

Якщо біль не контрольований чи пацієнт потребує понад двох доз за потребою протягом 24 годин, розгляньте доцільність постійної підшкірної інфузії на додаток до пластиру - зверніться за порадою до спеціаліста з паліативної допомоги.

Якщо ШКФ становить < 30 мл/хв., ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ.

## АЛГОРИТМ 5

### ЧИ ВІДЧУВАЄ ПАЦІЄНТ НЕСПОКІЙ ТА / АБО АЖИТАЦІЮ НА ТЕРМІНАЛЬНІЙ СТАДІЇ?

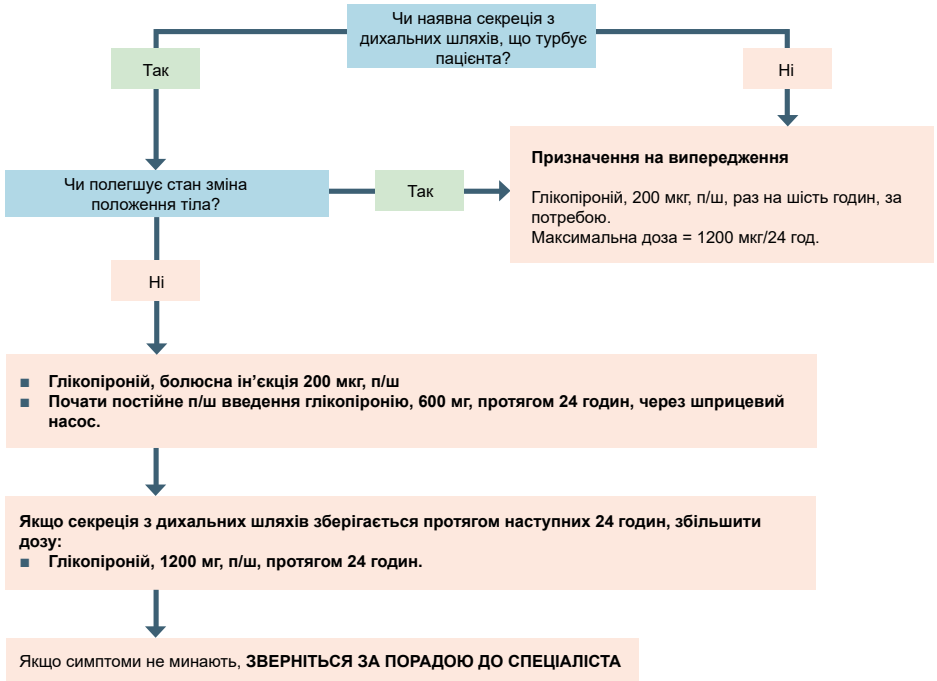


#### ГОЛОВНІ ТЕЗИ – НЕСПОКІЙ ТА АЖИТАЦІЯ НА ТЕРМІНАЛЬНІЙ СТАДІЇ

- Задokumentуйте, що зворотні причини ажитации було розглянуто (біль, закрел, затримка сечі, перегрів, інфекція, синдром відміни нікотину, високий рівень кальцію)
- Якщо потрібно понад трьох доз за потреби протягом вісьмох годин, негайно зверніться за порадою до спеціаліста.
- Розгляньте доцільність додання дози за потреби, що було застосовано протягом попередніх 24 годин, до дози, яку пацієнт отримує зі шприцевого насоса.
- Доза мідазоламу для швидкої допомоги повинна дорівнювати дозі у шприці, поділеній на 6.
- Якщо ШКФ становить < 30 мл/хв., ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ.

## АЛГОРИТМ 6

## ЧИ НАЯВНА СЕКРЕЦІЯ З ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЩО ТУРБУЄ ПАЦІЄНТА?

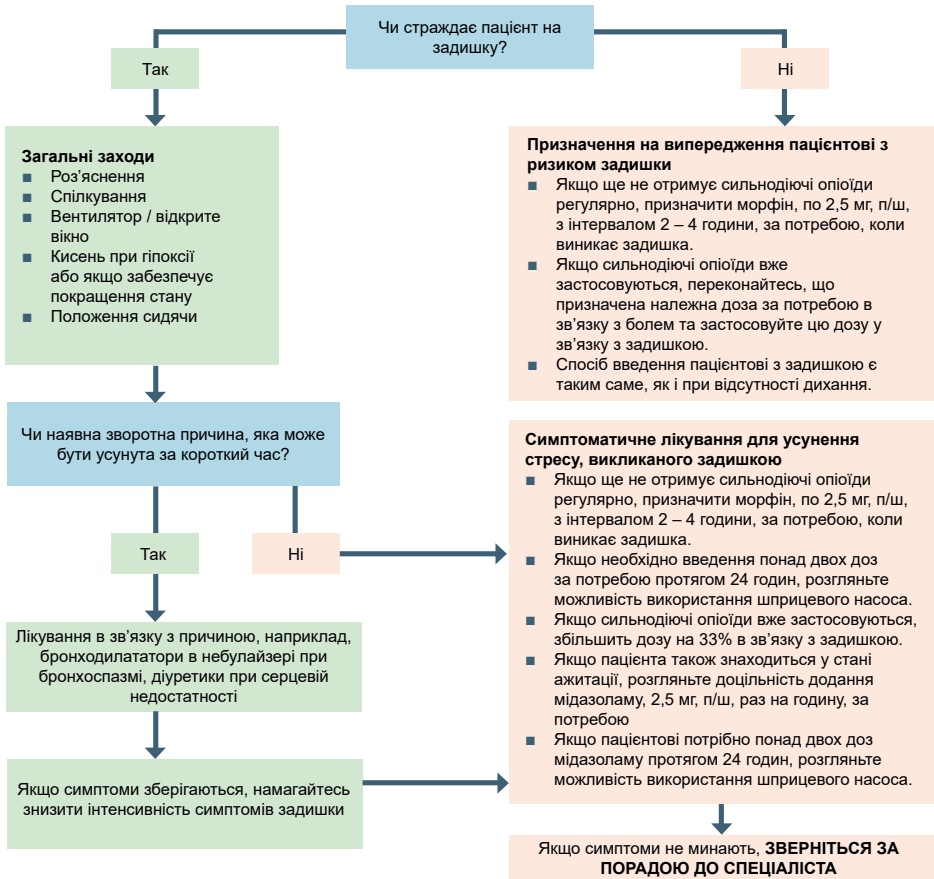


## ГОЛОВНІ ТЕЗИ – СЕКРЕЦІЯ З ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ, ЩО ТУРБУЄ ПАЦІЄНТА

- Лікування слід розпочинати **одразу при появі** симптомів. Лікарські засоби запобігатимуть продукуванню нового секрету, але не видалять той, що вже утворився.
- Якщо шприцевого насоса немає, коли він потрібен, робіть регулярні ін'єкції глікопіронію по 200 мг, кожні шість годин поки шприцевий насос не стане доступним.
- Можливе застосування альтернативних антимускаринових препаратів, згідно з місцевими протоколами, наприклад, піосцину бутилброміду (Buscopan®), по 20 мг п/ш, з інтервалом чотири години за потребою, по 60 – 120 мг, чи в формі постійної п/ш інфузії, або піосцину гідроброміду, по 400 мкг, п/ш, чи 1,2 мг – 2,4 мг в формі постійної п/ш інфузії тривалістю 24 години.
- Секреція з дихальних шляхів може викликати найбільшу тривогу у членів родини та осіб, близьких пацієнтові. Обговорення з ними цих симптомів є важливим.
- Застосування антибіотиків може бути доречним, якщо вони сприяють зменшенню гнійних виділень та збільшують комфорт для пацієнта.
- Якщо ШКФ становить < 30 мл/хв., **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ.**

## АЛГОРИТМ 7

## ЧИ СТРАЖДАЄ ПАЦІЄНТ НА ЗАДИШКУ?

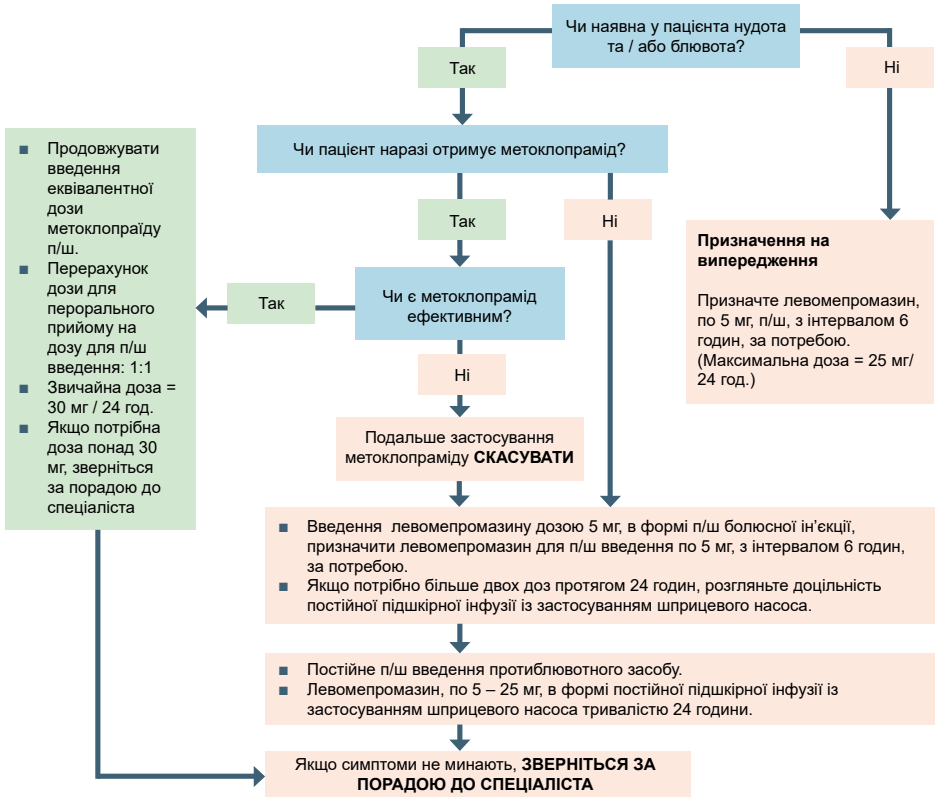


## ГОЛОВНІ ТЕЗИ – ЗАДИШКА

- Лікування в зв'язку зі зворотніми причинами задишки включає застосування бронходилататорів, сечогінних засобів, антибіотиків.
- Прості заходи, такі як спокійне оточення, вентилятор чи відкрите вікно, можуть бути такими ж ефективними, як і лікарські засоби.
- Якщо необхідно понад трьох доз за потребою протягом 8 годин, зверніться за порадою до спеціаліста.
- Якщо ШКФ становить < 30 мл/хв., **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ.**

## АЛГОРИТМ 8

## ЧИ НАЯВНА У ПАЦІЄНТА НУДОТА ТА / АБО БЛЮВОТА?

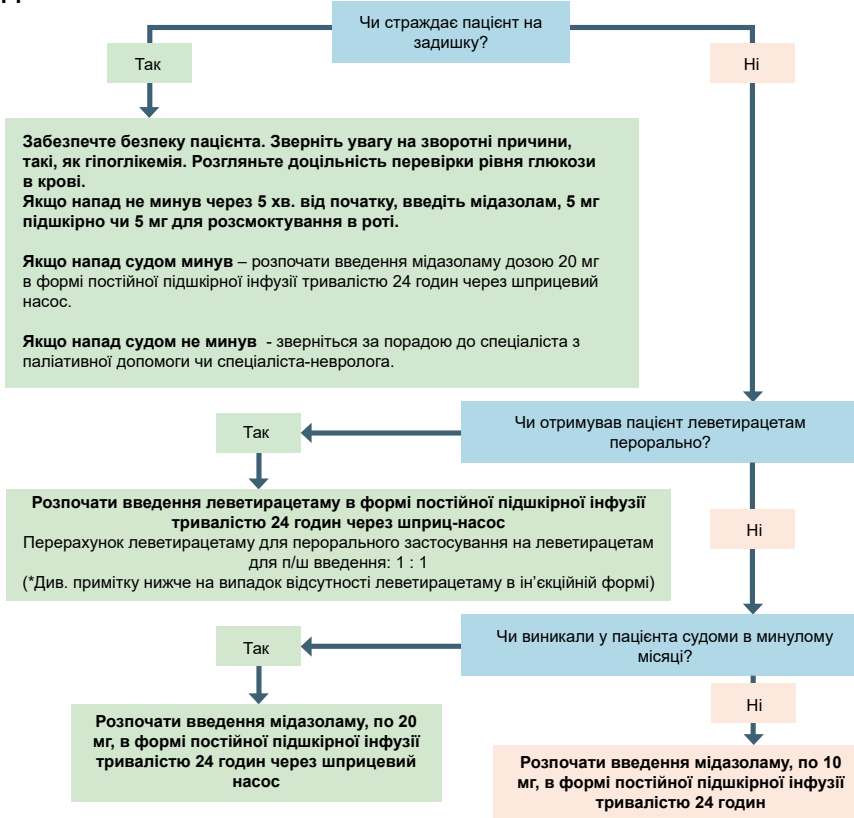


## ГОЛОВНІ ТЕЗИ – НУДОТА ТА БЛЮВОТА

- Пацієнтам з повною непрохідністю кишечника та нудотою або блювотою не слід призначати метоклопрамід.
- Можливе призначення альтернативних протиблювотних засобів, згідно з місцевими протоколами, наприклад, циклізину, по 50 мг, п/ш, з інтервалом 8 годин, за потребою, або по 150 мг, в формі постійної підшкірної інфузії протягом 24 годин (не рекомендований при серцевій недостатності; застосовувати воду для ін'єкцій при потребі в розчиннику); або галоперидол, по 500 мкг – 1,5 мг одразу, по 1,5 – 5 мг в формі постійної підшкірної інфузії.
- Метоклопрамід та циклізин не слід призначати одночасно.
- У випадку звернення пацієнтів з паркінсонізмом чи хворобою Паркінсона зверніться за порадою до спеціаліста.
- Також можуть допомогти прості заходи, такі, як лікування в зв'язку з закрепом та усунення сильних запахів їжі.
- Якщо ШКФ становить < 30 мл/хв., ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА З ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ.

## АЛГОРИТМ 9

### ПАЦІЄНТ, ЩО ОТРИМУЄ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНІ ЗАСОБИ В ЗВ'ЯЗКУ З СУДОМАМИ АБО ДЛЯ ПРОФІЛАКТИКИ СУДОМ, ЯКИЙ ВТРАТИВ ЗДАТНІСТЬ КОВТАТИ



**ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА** щодо дози лікарських засобів для введення в формі постійної підшкірної інфузії, якщо початкова доза не забезпечила контроль судом.

\* Якщо леветирацетам в ін'єкційній формі відсутній, в якості альтернативи можна застосовувати мідазолам, якщо смерть пацієнта є неминучою або в очікуванні препарату.

Примітка: деякі протиепілептичні засоби мають довгий період напіввиведення, їхня дія може зберігатись ще 2 – 3 дні після перорального прийому останньої дози. **ЗВЕРНІТЬСЯ ЗА ПОРАДОЮ ДО СПЕЦІАЛІСТА**, якщо смерть пацієнта є ймовірною в наступні 24 години, оскільки потреба в початку постійної підшкірної інфузії може бути відсутня, винятком є пацієнти з нещодавніми судомними нападами в анамнезі.

## РОЗДІЛ 4

# ДОДАТКИ



## ДОДАТОК 1 – ТАБЛИЦІ ПЕРЕРАХУНКУ ДОЗ ОПІОЇДІВ

---

Посилання: РСF6, ДРЛЗ

- Таблиці нижче слід використовувати, як орієнтовні, **втім необхідно брати до уваги широкі індивідуальні відмінності.**
- Оцінку для кожного пацієнта слід здійснювати індивідуально.
- Дотримуйтесь обережності при переведенні на інший опіоїдний засіб.
- Пам'ятайте про необхідність зниження дози при переведенні на інший опіоїд, зокрема, якщо причиною переведення є токсичний вплив опіоїду.
- Дози для застосування за потребою, наведені в цих таблицях, ґрунтуються на перерахунку в співвідношенні 1/6 від сукупної добової дози опіоїду для регулярного застосування, втім фактична доза, необхідна пацієнтові, може варіювати в діапазоні від 1/6 до 1/10.



**Таблиця 42.**  
**Перерахунок дози при переведенні зі слабких опіоїдів на морфін для перорального прийому**

Лікарський засіб	Перерахунок	Максимальна добова доза (мг)	Приблизний еквівалент морфіну для перорального застосування на 24 години (мг)
Кодеїн	Для отримання еквівалентної дози морфіну для перорального застосування розділити дозу на 10	240	24
Дигідрокодеїн		240	24
Трамадол		400	40

**Таблиця 43.**  
**Рекомендований перерахунок дози при переведенні на сильнодіючий опіоїд**

Переведення з	Переведення на	Розрахунок
<b>Морфін для перорального застосування</b>	Морфін для п/ш введення	Розділити на 2
	Оксикодон для перорального застосування	Розділити на 2
	Оксикодон для п/ш введення	Розділити на 3
<b>Оксикодон для перорального застосування</b>	Оксикодон для п/ш введення	Розділити на 1,5*
	Морфін для п/ш введення	Еквівалентна
<b>Морфін для п/ш введення</b>	Оксикодон для п/ш введення	Розділити на 1,5

\*Примітка: британські виробники рекомендують перерахунок дози оксикодону для перорального застосування на оксикодон для п/ш введення у співвідношенні 2:1\*\*. Менше з тим, відповідно до PCF6, такий перерахунок може бути занадто консервативним для деяких пацієнтів, оскільки середня біодоступність при пероральному прийомі становить 75%. Отже, перерахунок у співвідношенні 1,5 : 1 рекомендований настановами GMEC SCN Паліативна терапія в зв'язку з болем та контроль симптомів з 2015 р., хоча відомо, що деякі центри надають перевагу перерахунку у співвідношенні 2:1.

\*\*В Україні наразі відсутня така форма

## Таблиця 44.

## Схема конвертації опіоїдів – Морфін та Оксикодону

В таблиці нижче наведені рекомендації для наступних обставин:

- Розрахунок доз за потребою морфіну для перорального чи п/ш застосування або оксикодону для перорального чи п/ш застосування з інтервалом застосування чотири години відповідно до сукупної добової дози.
- Переведення пацієнта з морфіну для перорального застосування на морфін для п/ш введення.
- Переведення пацієнта з морфіну для перорального застосування на оксикодон для перорального застосування.
- Переведення пацієнта з морфіну для п/ш введення на оксикодон для п/ш введення.

Спосіб застосування	Морфін (мг)				Оксикодон (мг)			
	Пероральний		П/ш		Пероральний		П/ш	
Частота	Сукупна добова доза, у/в	Кожні 4 год., за потребою	CSCI, 24 год.	Кожні 4 год., за потребою	Сукупна добова доза, у/в	Кожні 4 год., за потребою	CSCI, 24 год.	Кожні 4 год., за потребою
	20	2,5	10	1,25	10	1,25	5	0,5
Доза	30	5	15	2,5	15*	2,5	10	1,25
	60	10	30	5	30	5	20	2,5
	90	15	45	7,5	45*	7,5	30	5
	120	20	60	10	60	10	40	5
	150	25	75	12,5	75*	12,5	50	7,5
	180	30	90	15	90	15	60	10
	240	40	120	20	120	20	80	15

\* Див. п.3 нижче.

## Примітки:

1. Вказані дози ґрунтуються на коефіцієнтах перерахунку, наведених в Таблиці 43 – [Рекомендований перерахунок дози при переведенні на сильнодіючий опіоїд](#), втім вони є лише орієнтовними, **необхідна індивідуальна оцінка, моніторинг та подальше збільшення дози**.
2. Деякі вказані дози були заокруглені для зручності введення. Менше з тим, при перерахунку дози морфіну уповільненого вивільнення для перорального застосування на дозу оксикодону уповільненого вивільнення для перорального застосування, слід пам'ятати, що деякі дози оксикодону уповільненого вивільнення, розраховані в рекомендованому співвідношенні, не відповідають дозам комерційно доступних препаратів. Ці дози помічені зірочкою (\*), їх слід округляти в більший чи менший бік з урахуванням індивідуальних обставин. **Особам, що призначають лікарські засоби, слід звернутись за порадою до спеціаліста в разі непевності щодо належної дози.**
3. В таблиці не вказані кроки збільшення – **дозу, як правило, збільшують поетапно, на 33 – 50%**.
4. П/ш введення дозою понад 2 мл є некомфортним; примітка: ін'єкційні форми оксикодону наявні в концентрації 10 мг/мл та 50 мг/мл; розгляньте доцільність застосування альтернативного опіоїду або п/ш введення в дві ділянки, якщо доза для ін'єкційного введення за потребою перевищує 2 мл.

**Таблиця 45.**  
**Переведення з кодеїну чи морфіну для перорального прийому на трансдермальний бупренорфін**

Доза кодеїну для перорального прийому (мг/24 год.)	Доза морфіну для перорального прийому (мг/24 год.)	Доза бупренорфіну в пластирі (мкг / год.)	Рекомендована доза морфіну для перорального прийому кожні 4 год. за потребою (мг)	Рекомендована доза оксикодону для перорального прийому кожні 4 год. за потребою (мг)
Пластир для накладення на 7 днів				
120	12	5*	2	1
240	24	10	5	2,5
	48	20	7,5 – 10	3,75 – 5
Пластир для накладення на 3 – 4 дні				
	84	35	15	7,5
	126	52,5	20	10
	168	70	30	15

\* Для пацієнтів, які користуються 7-денними пластирами по 5 мкг/год. за потребою адекватним засобом може бути кодеїн.

Примітка: в Україні нарахзі 7-денні пластири відсутні у продажу.

**Таблиця 46.**  
**Переведення з сильнодіючих опіоїдів на бупренорфін в пластирах**

Сильнодіючий опіоїд	Коли потрібен перший пластир	Коментарі
<b>Сильнодіючий опіоїд негайного вивільнення</b>	Накласти пластир. Продовжувати регулярне введення сильнодіючого опіоїду негайного вивільнення через кожні 4 години протягом 12 годин	
<b>Сильнодіючий опіоїд уповільненого вивільнення (раз на 12 годин)</b>	Накласти пластир одразу після введення останньої дози сильнодіючого опіоїду уповільненого вивільнення	В зв'язку з проривним болем призначте сильнодіючий опіоїд негайного вивільнення для введення з інтервалом 2 – 4 год.
<b>Сильнодіючий опіоїд уповільненого вивільнення (раз на 24 години)</b>	Накласти пластир через 12 годин після введення останньої дози сильнодіючого опіоїду уповільненого вивільнення	Таблиця 45. Переведення з кодеїну чи морфіну для перорального прийому на трансдермальний бупренорфін
<b>Постійна підшкірна інфузія тривалістю 24 години (CSCI)</b>	Накласти пластир, завершити постійну підшкірну інфузію через 12 годин після накладення пластиру	

## Початок застосування фентанілу в пластирах та таблиці перерахунку

- Застосування фентанілу в пластирах не рекомендовано, якщо пацієнт не отримував опіоїди раніше.
- Розгляньте можливість призначення бупренорфіну в пластирах, якщо пацієнт, якому необхідне трансдермальне введення сильнодіючого опіоїду, не отримував опіоїди раніше

### Таблиця 47.

#### Перерахунок з морфіну чи оксикодону для перорального прийому на трансдермальний фентаніл

Добова доза морфіну для перорального прийому (мг)	Доза морфіну для перорального прийому, кожні 4 години, за потребою (мг)	Трансдермальна доза фентанілу (мкг / год.)	Добова доза оксикодону (мг)	Доза оксикодону для перорального прийому, кожні 4 години, за потребою (мг)
30	5	12	15*	2,5
60	10	25	30	5
90	15	37	45*	7,5
120	20	50	60	10
150	25	62	75*	12,5
180	30	75	90	15
240	40	100	120	20

\* Див. примітки до Таблиці 44 – Таблиця перерахунку опіоїдів, морфіну та оксикодону. Вказані дози оксикодону уповільненого вивільнення не відповідають дозам комерційних препаратів, необхідне округлення, зниження або збільшення дози з урахуванням індивідуальних обставин.

### Таблиця 48.

#### Переведення з сильнодіючих опіоїдів на фентаніл в пластирах

Сильнодіючий опіоїд	Коли потрібен перший пластр	Коментарі
Сильнодіючий опіоїд негайного вивільнення	Накласти пластр. Продовжувати регулярне введення сильнодіючого опіоїду негайного вивільнення через кожні 4 години протягом 12 годин	В зв'язку з проривним болем призначте сильнодіючий опіоїд негайного вивільнення для введення з інтервалом 2 – 4 год.
Сильнодіючий опіоїд уповільненого вивільнення (раз на 12 годин)	Накласти пластр одразу після введення останньої дози сильнодіючого опіоїду уповільненого вивільнення	Таблиця 47.
Сильнодіючий опіоїд уповільненого вивільнення (раз на 24 години)	Накласти пластр через 12 годин після введення останньої дози сильнодіючого опіоїду уповільненого вивільнення	Переведення з морфіну чи оксикодону для перорального прийому на трансдермальний фентаніл
Постійна підшкірна інфузія тривалістю 24 години (CSCI)	Накласти пластр, завершити постійну підшкірну інфузію через 8 - 12 годин після накладення пластиру	

## ДОДАТОК 2 – ЗАГАЛЬНІ ПРИНЦИПИ ТА ЗОБОВ'ЯЗАННЯ ПРИ ЗВЕРНЕННІ ЗА ПОРАДОЮ ЩОДО ДОПОМОГИ ПАЦІЄНТАМ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ПАЛІАТИВНІ ПОСЛУГИ

### Звернення за порадою до місцевого спеціалістів з паліативної допомоги

Підготуйтеся заздалегідь, зберіть якомога більше інформації, це допоможе вам та спеціалісту, до якого ви звернулись, отримати найкращий результат. Перед тим, як телефонувати, обміркуйте наявну у вас інформацію, подумайте, яка додаткова інформація може знадобитись, і де її можна знайти.

Пам'ятайте, що спеціаліст, до якого ви звернулись за порадою, навряд чи знає пацієнта та покладатиметься на надану вами клінічну оцінку. Перед зверненням за порадою велике значення має, за можливості, побачити пацієнта та дізнатись історію хвороби від нього персонально. В ідеалі звертайтеся за порадою в присутності пацієнта, в такому випадку ви зможете уточнити відповіді на запитання негайно. Якщо це неможливе, переконайтесь, що ви маєте чинні контактні дані пацієнта або осіб, що ним опікуються, отже, при необхідності, матимете змогу уточнити відповіді на запитання.

Спеціаліст, що дає поради (найчастіше це буде лікар паліативної допомоги на спеціалізованому рівні медичної допомоги), зможе запропонувати вам лише обмежену кількість варіантів, спрямованих на підтримку до часу, коли пацієнта зможе оглянути його власна команда або член спеціалізованої команди паліативної допомоги.

### Канва бесіди, що допоможе вам звернутись за порадою ефективніше

Вступна інформація	
<b>Доброго дня, це</b>	Вкажіть своє ім'я та точну назву установи, в якій ви працюєте.
<b>Я телефоную щодо</b>	Вкажіть ім'я пацієнта, та де він перебуває.
<b>Я відвідую цього пацієнта, оскільки</b>	Вкажіть, в якості кого ви відвідуєте пацієнта, наприклад, лікаря, що прибув на виклик родини пацієнта.
<b>Я би хотів / хотіла</b>	Чітко вкажіть, що вам потрібне – порада, обговорення, уточнення, госпіталізація, негайне обстеження пацієнта, тощо.
Вихідні дані / об'єктивна оцінка	
<b>У пацієнта</b>	Вкажіть діагноз.
<b>Стан пацієнта</b>	Опишіть зміни, що відбулись, стан, нові симптоми, часові рамки, коли ці зміни відбулись.

<b>Відбувається наступне</b>	Опишіть основні проблеми, у зв'язку з якими вам потрібна допомога, наприклад, пацієнт відчуває сильний біль всупереч введенню трьох доз знеболювального за потребою. Надайте стислий опис вашої клінічної оцінки – мене тривожить можливість наявності метастазів в кістках. Опишіть свої спостереження (якщо релевантні).
<b>Важливі чинники</b>	
<b>Мене ситуація тривожить, оскільки</b>	Опишіть, яким був попередній стан пацієнта, наприклад, біль був відсутнім, перебував в повній свідомості. Вкажіть причини, чому вам потрібна допомога, наприклад, знеболювальні препарати не працюють, біль раптово посилюється, родина перебуває в стані паніки, тощо.
<b>Мною вже зроблено</b>	Опишіть, які заходи вами вже розпочато, наприклад, ви дали пацієнтові протиблювотний засіб. Вкажіть будь-які інші чинники, які, на вашу думку, можуть відігравати роль в плані лікування, наприклад, дружина пацієнта похилого віку, і вже виснажена.
<b>Якщо вам не дуже зрозуміло, що відбувається, та / або ви не певні щодо потенційних причин, зазначте це</b>	Я не певен / певна, в чому полягає проблема. Я не певен / певна в тому, чому це відбувається зараз. Я не певен / певна в тому, що саме слід зробити. Я дуже турбуюся. Я дуже переймаюся ситуацією. Я хочу переконатися в тому, що ...
<b>Рекомендації</b>	
<b>Я розмірковую, а може</b>	Чітко зазначте, якщо вам потрібне підтвердження правильності запропонованого вами плану лікування або ви потребуєте детальної поради.
<b>Я планував / планувала</b>	Перепитайте, чи є план відповідним: «Чи можна ввести четверту дозу знеболювального за потребою, остання була введена дві години тому?» «Я не певен / певна в тому, що родина впорається, можливо, краще буде госпіталізувати пацієнта?»
<b>Подальші дії</b>	
<b>Якщо порада не спрацювала</b>	Як особа, що звернулася за порадою, чітко опишіть свої подальші плани; «Я зателефоную пацієнтові за годину, аби дізнатись, чи покращилась ситуація». Якщо ваш робочий день завершився, забезпечте наявність плану щодо подальших дій в зв'язку з отриманою порадою.
<b>Що відбуватиметься наступного дня</b>	Як особа, що звернулася за порадою, чітко опишіть, що ви плануєте робити для втілення плану лікування, а також що ви очікуєте від спеціалізованої команди паліативної терапії, якщо маєте такі очікування.

## Резюме

Підсумуйте вашу бесіду та розроблений план, підкресліть, що саме ви плануєте робити та яких дій ви очікуєте від особи, що дала вам пораду (наприклад, поінформувати відповідних спеціалістів наступного робочого дня).

Повторно перевірте назви та дози лікарських засобів, якщо конкретні поради полягали в їхньому застосуванні. Якщо ви щось не зрозуміли або не певні, що зможете виконати пораду, скажіть про це. Або особі, що дала пораду, або особі, що отримала пораду, слід підсумувати зміст поради, для перевірки та підтвердження того, що пропозиції є зрозумілими для обох сторін.

Навіть на цьому етапі не бійтесь сказати, що вам щось не зрозуміло, або що у вас є сумніви щодо ефективності отриманої поради. При необхідності, запропонуйте, що зателефонуєте знов, коли поділитесь сумнівами з колегами, тощо. Якщо сумніви залишилися, скажіть про це, та запропонуйте те, що, на вашу думку, ви здатні зробити.

Запишіть в картці пацієнта результати телефонної розмови та подальші необхідні дії, якщо план не покращить ситуацію. Поставте свій підпис, вкажіть дату та час запису.

**ОБОВ'ЯЗКОВО СЛІД ЗАБЕЗПЕЧИТИ ОГЛЯД ПАЦІЄНТА ДЛЯ ПЕРЕВІРКИ ВПЛИВУ ОТРИМАНОЇ ПОРАДИ. ЯКЩО ВОНА НЕ ДОПОМОГЛА, ЗВЕРТАЙТЕСЬ ПО ПОДАЛЬШІ ПОРАДИ.**

Посилання: Стратегічна клінічна мережа північно-західного узбережжя – настанова з паліативної терапії та допомоги наприкінці життя: звернення за порадою щодо паліативної допомоги та головні особливості захворювань наприкінці життя. (англійською мовою)

<https://www.england.nhs.uk/north-west/wp-content/uploads/sites/48/2022/11/20211124-NWC-LSC-and-CM-Palliative-Care-Clinical-Practice-Summary-2nd-Edition-V2.pdf>



## ДОДАТОК 3 – ПРИЗНАЧЕННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В ПАЛІАТИВНІЙ ТА ПІДТРИМУВАЛЬНІЙ ТЕРАПІЇ

---

Пацієнтам, що потребують паліативної та підтримувальної терапії, може бути необхідним призначення лікарських засобів, невідомих не спеціалістам.

В Україні виписка електронних рецептів на опіодні анальгетики здійснюється згідно Наказу МОЗ №360 від 19.07.2005 р. та Постанови КМУ №1303 від 17.08.1998 р.

«Коли клінічна відповідальність та / або відповідальність за призначення лікарських засобів пацієнтові передається з вторинної до первинної допомоги, лікареві слід мати належну компетенцію, щоби призначити необхідні лікарські засоби. Отже, важливо, аби не відбувалася передача відповідальності, включно з відповідальністю за призначення, лікареві первинної ланки, незнайомому з ними, без передачі інформації та взаємної згоди на передачу відповідальності за надання допомоги».

Лікареві слід дотримуватись інструкцій місцевих фармацевтичних довідників при виборі належних лікарських засобів для первинної допомоги та спеціалізованої паліативної допомоги. Працівникам служби спеціалізованої паліативної допомоги та третинної допомоги слід ознайомитись з місцевими фармацевтичними довідниками для вибору належних лікарських засобів, які слід виписувати чи рекомендувати амбулаторним пацієнтам або пацієнтам, яких виписують з лікарні додому.

Рекомендовано, аби лікарські засоби з переліку, наведеного нижче, призначали пацієнтам з потребою в підтримувальній та паліативній терапії лише спеціалісти з підтримувальної та паліативної допомоги / хоспісів.



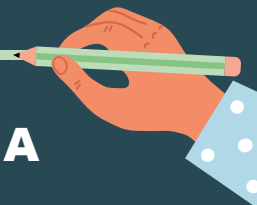
## Призначення спеціалізованих лікарських засобів – відповідальність спеціаліста з паліативної терапії

- Надання інформації, обговорення та узгодження терапії з пацієнтом.
- Надання буклету зі специфічною інформацією для пацієнта, за наявності.
- Призначення лікування та збільшення дози спеціалізованого лікарського засобу.
- При призначенні спеціалізованого лікарського засобу можливе обговорення між лікарем з паліативної допомоги та сімейним лікарем пацієнта.
- Повинна бути досягнута домовленість до призначення лікарського засобу чи виписки пацієнта додому.
- Надання пояснень, де пацієнт зможе поновлювати запас препарату (надання адреси аптеки, яка обслуговує даний центр первинної медико-санітарної допомоги).
- Надання інформації, спеціалістам місцевої команди спеціалізованої паліативної допомоги, аби повідомити їм заздалегідь про виписку пацієнта чи необхідність отримання ним лікарського засобу в амбулаторних умовах.



## РОЗДІЛ 5

# ПОСИЛАННЯ НА ДЖЕРЕЛА ТА СКОРОЧЕННЯ



## ПОСИЛАННЯ НА ГОЛОВНІ ДЖЕРЕЛА

### Настанови Національного інституту охорони здоров'я та клінічного вдосконалення (NICE):

#### Настанови з паліативної допомоги:

- Palliative Care for Adults: strong opioids for pain relief (2016). Clinical Guideline CG140 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg140>
- Care of dying adults in the last days of life (December 2015). NICE Guideline NG31 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng31>

#### Інші релевантні настанови NICE:

- Metastatic spinal cord compression: Diagnosis and management of patients at risk of or with metastatic spinal cord compression. Clinical Guideline CG75 (November 2008). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg75>
- Depression in adults: recognition and management. Clinical Guideline CG90 (April 2018). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg90>
- Depression in adults with a chronic physical health problem: recognition and management. Clinical Guideline CG91 (October 2009). <https://www.nice.org.uk/guidance/cg91>
- Delirium: prevention, diagnosis and management. Clinical Guideline CG103 (2010) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg103>

- Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE Guideline NG97 " (June 2018) <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/chapter/Recommendations>
- Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults. Clinical Guideline CG113 (January 2011) <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113>
- Neuropathic pain in adults: pharmacological management in non-specialist settings (April 2018). Clinical Guideline CG173 <https://www.nice.org.uk/guidance/cg173>
- Scottish Palliative Care Guidelines.
- Twycross R, Wilcock A., Howard P (2017). Palliative Care Formulary 6th Edition. palliativedrugs.com Ltd, Nottingham. <https://www.pharmaceuticalpress.com/usage/new-home-for-palliativedrugs-com-information/>
- Watson M, Armstrong P et al (2016). Palliative Adult Network Guidelines 4th edition. Bedfordshire and Hertfordshire, London Cancer Alliance, Northern Ireland, PallE8, Surrey, Sussex and Wales.
- World Health Organization (2018). WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management Of Cancer Pain In Adults and Adolescents. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/279700/9789241550390-eng.pdf>

*Всі посилання на інтернет сторінки активні станом на 13.06.2024*

## СКОРОЧЕННЯ

в/в	внутрішньовенно
в/м	внутрішньом'язово
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
г	грам
год	година
ДРЛЗ	Державний реєстр лікарських засобів
ІЗЗСН	Інгібітор зворотного захоплення серотоніну-норадреналіну
ІКД	Імплантований кардіовертер-дефібрилятор
л	літр
мг	міліграм
мкг	мікрограм
мл	мілілітр
ммоль	мілімоль
НПЗП	Нестероїдні протизапальні препарати
п/о	перорально
п/ш	підшкірно
СІЗЗС	Селективний інгібітор зворотного захоплення серотоніну
у/в	уповільненого вивільнення
хв.	хвилина
ЦОГ, ЦОГ2	циклооксигеназа, інгібітор циклооксигенази 2 типу, І
ЧЕНС	Черезшкірна електронейро стимуляція
ШКФ	Швидкість клубочкової фільтрації
GMMMG	Група управління лікарськими засобами Великого Манчестера (Greater Manchester Medicines Management Group)
NICE	Національний інститут здоров'я та вдосконалення допомоги Англії (National Institute for Health and Care Excellence)
PCF6	Довідник з паліативної допомоги, 6-те видання (Palliative Care Formulary 6th Edition)
®	торговельна марка
~	приблизно дорівнює

## ЗВЕРТАЙТЕСЯ ДО НАС

---

Зі специфічними запитами щодо «Паліативна допомога контроль болю та симптомів настанова для дорослих», призначеної для персоналу, що надає загальну допомогу, звертайтеся на електронну пошту:  
England.GMEC-EOLC@nhs.net

### ЗАГАЛЬНІ ЗАПИТИ

gm.hscinfo@nhs.net  
www.gmhsc.org.uk  
www.england.nhs.uk/north-west/gmec-clinical-networks/  
@GM\_HSC  
@GMEC\_scn



**USAID**

ВІД АМЕРИКАНСЬКОГО НАРОДУ

Проект USAID Підтримка реформ енергетичного сектору