

ТРАДИЦІЙНИЙ ПІДХІД ДО ЗНЕБОЛЕННЯ^{2,3,4}

РОЗКЛАД ДНЯ*

9:00 Отримання знеболення

09:30–12:00 Сон

12:00–17:00 Болить.
Коли вже буде наступна ін'єкція?

18:00 Знеболення. Нарешті.

18:30–21:00 Треба спати, поки не болить.

21:00 Знову біль.
Головне протриматися цю ніч і не розбудити сім'ю.

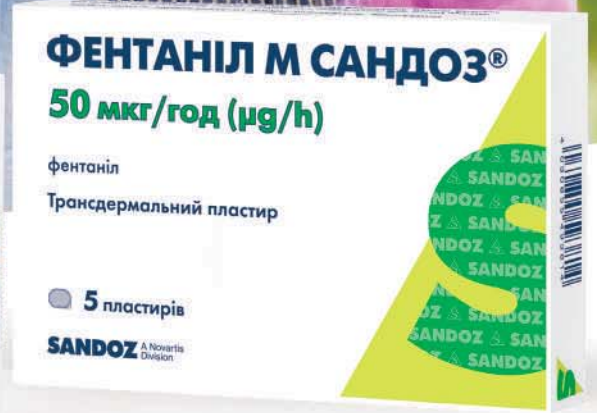
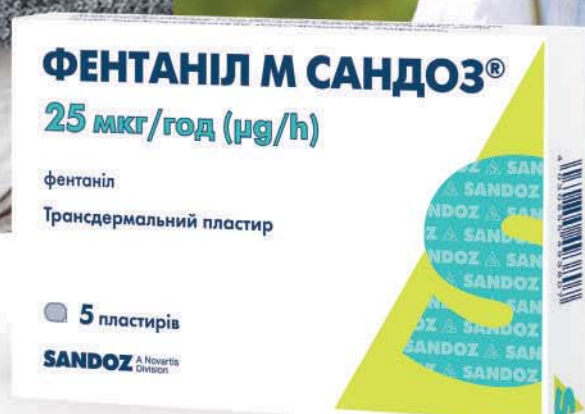
І так кожен день...

ФЕНТАНІЛ М САНДОЗ®

ПАЦІЄНТ ЗАБУДЕ ПРО БІЛЬ та може вільно планувати свій день^{1,5}



Тільки не забути змінити пластир через 3 дні!



* Приклад можливого розпорядку дня пацієнта, який страждає на тяжкий хронічний біль. 1. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Фентаніл М Сандоз®. 2. Під традиційним мається на увазі призначення НПЗП та ін'єкційних форм наркотичних анальгетиків. 3. НЕКОНТРОЛЬОВАНИЙ БІЛЬ - 2016: ЩО ЗМІНИЛОСЬ? Доповідь правозахисних організацій. <http://library.khpg.org/index.php?id=1520317313>. 4. Мається на увазі пацієнт з тяжким хронічним болем. 5. Мається на увазі, що знеболення триває 72 години згідно з інструкцією для медичного застосування Фентаніл М Сандоз®.

Коротка інструкція для медичного застосування лікарського засобу Фентаніл М Сандоз®.
Склад: діюча речовина: fentanyl; 1 пластир зі швидкістю вивільнення фентанілу 25 мкг/год. або 50 мкг/год містить фентанілу 5,78 мг або 11,56 мг. **Лікарська форма.** Трансдермальний пластир. **Фармакотерапевтична група.** Анальгетики. Опіоїди. Похідні фенілпіперидину. Код АТХ N02A B03. **Показання.** Лікування тяжкого хронічного болю у дорослих пацієнтів, які потребують безперервного тривалого застосування опіоїдів. Довготривала терапія тяжкого хронічного болю у дітей віком від 2 років, які отримують лікування опіоїдними анальгетиками. **Протипоказання.** Відома

гіперчутливість до фентанілу або до будь-якого компонента пластиру. Для детальної інформації дивіться інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. **Діти.** Фентаніл М САНДОЗ® не слід застосовувати дітям до 2 років. **Побічні реакції.** Найчастіше (≥ 10% випадків), були: нудота, блювання, запор, сонливість, запаморочення, головний біль і безсоння. **Термін придатності.** 2 роки. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. Гексал АГ. Індустріштрассе 25, 83607 Хольцкірхен, Німеччина. РП № UA/10842/01/02; UA/10842/01/01

Лікарські засоби мають протипоказання та можуть викликати побічні реакції. Для більш детальної інформації дивіться інструкцію для медичного застосування лікарського засобу. Перед застосуванням лікарського засобу необхідно проконсультуватись з лікарем та обов'язково ознайомитись з інструкцією для медичного застосування. Ви можете повідомити про побічні реакції та/або відсутність ефективності лікарського засобу представника заявника за телефоном, електронною адресою або за допомогою сайту: +380 (44) 389 39 30 (вартість дзвінків згідно з тарифами вашого оператора зв'язку), drugs_safety.ukraine@novartis.com, www.sandoz.ua. ТОВ «Сандоз Україна», м. Київ, пр. С. Бандери, 28-А (літ. Г).

Паліативна допомога: акцент на знеболюванні

За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), паліативна допомога – це підхід, що дозволяє поліпшити якість життя пацієнтів (дітей і дорослих) та їхніх сімей і вирішити проблеми, пов'язані із загрозливим для життя захворюванням, запобігаючи стражданням і полегшуючи їх шляхом раннього виявлення, ретельного оцінювання й купірування болю та інших фізичних симптомів, а також включає надання психосоціальної і духовної підтримки (ВООЗ, 2002). 23 листопада відбулася науково-практична школа-семінар «Паліативний пацієнт: допоможемо провести життя з рідними, а не з болем».

За даними ВООЗ, щорічно у світі близько 20 млн осіб потребують паліативної допомоги наприкінці життя. При цьому, за даними організації, 80% з них проживають у країнах із низьким і середнім рівнем доходу. Вважається, що така ж кількість людей потребує паліативної допомоги впродовж останнього року життя. Таким чином, загальна кількість людей, які щорічно потребують паліативної допомоги, сягає 40 млн.

До клінічних станів, при яких пацієнтам може бути необхідне надання паліативної допомоги, належать неінфекційні хронічні захворювання: онкологічні, серцево-судинні захворювання, хронічне обструктивне захворювання легень, ниркова недостатність, хронічні захворювання печінки, розсіяний склероз, хвороба Паркінсона, ревматоїдний артрит, неврологічні захворювання, хвороба Альцгеймера та інші види деменції, вади розвитку, а також інфекційні захворювання, зокрема ВІЛ/СНІД та хіміорезистентний туберкульоз.

Одним із найпоширеніших і найтяжчих симптомів, який виникає у пацієнтів, що потребують паліативної допомоги, є біль. Опіоїдні аналгетики є основою знеболювальної терапії в онкологічних пацієнтів, які страждають від помірно сильного та сильного болю, а також мають важливе значення для купірування сильного болювального синдрому у пацієнтів із неонкологічними прогресуючими захворюваннями у пізній стадії за неможливості застосування радикальних методів лікування. Надання паліативної допомоги спрямоване не лише на купірування болювального синдрому, а й на усунення інших симптомів, що є причиною страждань пацієнтів, зокрема дихальної недостатності, яка часто проявляється у гострій формі у разі загрозливих для життя станів.

Важливими умовами для розвитку системи надання паліативної допомоги є заходи, спрямовані на її інтеграцію у діяльність всіх рівнів національної системи охорони здоров'я, зі створенням необхідних механізмів фінансування, а також забезпечення наявності основних лікарських засобів для лікування різних симптомів, у тому числі болю, зокрема наявності опіоїдних аналгетиків для знеболювання та корекції дихальної недостатності.



Про роль лікаря загальної практики – сімейного лікаря у наданні паліативної допомоги і забезпеченні знеболювання розповіла асистент кафедри паліативної та хоспісної медицини Національного університету охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика (м. Київ) Олександра Петрівна Брацонь.

– За різними даними, щороку в Україні від 340 до 450 тис. осіб потребують паліативної допомоги, близько 60% із них необхідне знеболювання. Слід зауважити, що 85% онкологічних хворих або пацієнтів із термінальною стадією хронічного захворювання бажають отримувати медичну допомогу вдома. Тому лікуванням таких пацієнтів займаються саме сімейні лікарі. За даними дослідження, проведеного правозахисною організацією Human Rights Watch у 2011 та 2016 рр., в Україні доступ до знеболювання мали лише 15% пацієнтів з-поміж тих, які його потребували.

Якими є бар'єри при наданні паліативної допомоги сімейними лікарями? Опитування, проведене в Ужгороді у 2019 р., показало, що 28,6% сімейних лікарів недостатньо обізнані з критеріями визначення пацієнтів, які потребують паліативної допомоги, у 20,4% відсутній досвід лікування хронічного болювального синдрому (ХБС), 52,4% лікарів вважають, що пацієнти не можуть адекватно оцінити вираженість свого болю, а 38,5% – що пацієнти перебільшують інтенсивність свого болю. Крім цього, у 30,2% лікарів наявний безпідставний страх перед контролюючими органами. Треба зауважити, що 83,2% пацієнтів у цьому дослідженні мали онкологічні захворювання IV стадії, а 87,7% – біль різної інтенсивності.

Наказом МОЗ України № 1308 від 04.06.2020 «Про удосконалення організації надання паліативної допомоги в Україні» вперше надано можливість визначення пацієнта, який потребує паліативної допомоги, та затверджено порядок її надання, критерії визначення пацієнта, що потребує паліативної

допомоги, у тому числі пацієнта дитячого віку. Окремим додатком до наказу включено план спостереження пацієнта, який може вестися на будь-якому рівні надання паліативної допомоги. Вибір місця надання паліативної допомоги і місця смерті для пацієнта обговорюється та погоджується з ним та/або його законним представником. Бажання пацієнта є пріоритетним і фіксується в плані спостереження. У плані зазначається згода чи відмова пацієнта особисто або його законного представника отримувати інформацію про свій діагноз і прогноз можливого розвитку захворювання, визначення потреби щодо соціального, психологічного, духовного, юридичного супроводу, респісу, служб соціальної допомоги, потреби в засобах пересування та догляду. План спостереження враховує дії лікаря при визначенні болю, що передбачає встановлення типу болю (ноцицептивний, нейропатичний, змішаний, психогенний), інтенсивності болю, визначеної за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ), його характеру та локалізації.

Основні принципи ВООЗ щодо знеболювання при онкологічній патології прописані у наказі МОЗ України № 311 від 25.04.2012 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу паліативної медичної допомоги при хронічному болювальному синдромі», розробленого на основі адаптованої клінічної настанови «Контроль болю». Так, при ХБС у пацієнтів зі злоякісним новоутворенням рекомендується якнайдовше надавати перевагу пероральному застосуванню лікарських засобів. При цьому знеболювальні препарати слід приймати через фіксовані проміжки часу, їх призначення має бути ступеневим (від ненаркотичних до опіоїдних) залежно від клінічної картини на момент обстеження (таб.), а підбір дози потрібно здійснювати індивідуально.

Таблиця. Триступенева схема фармакологічного знеболювання ВООЗ у паліативній медицині при ХБС в онкологічних пацієнтів

Вираженість болю (сходинки за ВООЗ)	Аналгетики вибору
Легкий/слабкий біль	Ненаркотичні аналгетики, нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) + ад'ювантна терапія
Помірний біль	Слабкі наркотичні (опіоїдні) аналгетики + ненаркотичний аналгетик + ад'ювантна терапія
Тяжкий/сильний біль	Потужні опіоїдні аналгетики з групи морфіну + ненаркотичний аналгетик + ад'ювантна терапія

Лікування ХБС має здійснювати сімейний лікар на підставі встановлення відповідного діагнозу (коди стану за Міжнародною класифікацією хвороб X перегляду R52.1 – постійний некупіруваний біль і R52.2 – інший постійний біль). Підбір доз опіоїдних аналгетиків слід здійснювати за висхідним принципом (від нижчої до вищої) аж до отримання необхідного фармакотерапевтичного ефекту. Варто зауважити, що опіоїдний аналгетик налбуфін не призначається для лікування ХБС, про що, зокрема, свідчить відсутність ХБС серед показань в інструкції до застосування цього лікарського засобу.



Доповідь «Хронічний болювий синдром. Тяжкий пацієнт. Хто це?» представив професор кафедри анестезіології, інтенсивної терапії та медицини невідкладних станів Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова, доктор медичних наук Дмитро Валерійович Дмитрів.

– За визначенням Міжнародної асоціації з вивчення болю (International Association for the Study of Pain, IASP), біль – це неприємне сенсорне й емоційне переживання, пов'язане або таке, що здається пов'язаним, з дійсним чи можливим пошкодженням тканин. Біль – це завжди особистий досвід, на який певним чином впливають біологічні, психологічні та соціальні чинники. Хоча біль зазвичай відіграє адаптивну роль, він може несприятливо впливати на функції, соціальне та психологічне благополуччя. Потрібно пам'ятати, що біль і ноцицепція – різні явища, а тому неможливо зробити висновок про біль, базуючись лише на активності сенсорних нейронів. Люди

пізнають біль через свій життєвий досвід, тому повідомлення людини про переживання болю слід поважати. При цьому вербальний опис є лише одним із декількох способів вираження болю, а нездатність спілкуватися не означає, що людина або тварина відчуває біль (S.N. Raja et al., 2020).

Інформація про безпеку й ефективність купірування болю та зменшення ризику, пов'язаного з тривалою терапією опіоїдами, відображена у Рекомендації щодо призначення опіоїдів при хронічному болю (CDC's Guideline for Prescribing Opioids for Chronic Pain). Результати рандомізованого контрольованого дослідження COPERS, проведеного у Великій Британії, свідчать, що 59% пацієнтів із хронічним скелетно-м'язовим болем були призначені опіоїди, серед яких переважали саме сильні опіоїди, такі як трамадол, бупренорфін, морфін, оксикодон, фентаніл і тапентадол.

Основними принципами безпечного призначення опіоїдів є початок терапії після встановлення діагнозу ХБС і контакту з пацієнтом та отримання його згоди на лікування, постійний моніторинг прийому препаратів. Опіоїди можна використовувати у високих дозах, а за необхідності призначати налоксон. При терапії опіоїдами слід уникати застосування седативних препаратів (J.C. Ballantyne et al., 2016).

Призначаючи сильні опіоїди, слід враховувати переваги та недоліки кожного препарату. Так, гідроморфон справляє виражену аналгетичну дію та може застосовуватись у пацієнтів із непереносимістю морфіну, проте його пролонговані форми випуску недоступні, а ефект від його введення може відрізнитись у кожного пацієнта. Для осіб із нирковою недостатністю препарат вибору може бути метадон, який є недорогим і може мати перевагу при резистентному нейропатичному болю. Проте метадон є важкокерованим, а його призначення супроводжується високим ризиком накопичення та подовження інтервалу Q-T. Що стосується оксикодону, то порівняно з морфіном цей препарат зумовлює потенційно меншу кількість побічних ефектів з боку шлунково-кишкового тракту, може застосовуватись у пацієнтів із порушенням функції нирок і морфін-індукованими галюцинаціями, а наявність пролонгованих форм випуску оптимізує його дозування. Проте призначення оксикодону пацієнтам із порушенням функції печінки протипоказане.

Як альтернативу пероральним опіоїдам для купірування ХБС можна застосовувати трансдермальні опіоїди, зокрема Фентаніл М САНДОЗ®, що особливо актуально для пацієнтів із дисфагією.

Трансдермальний шлях введення фентанілу забезпечує формування депо препарату у тканинах, поступове підвищення концентрації у плазмі крові та постійне системне вивільнення фентанілу впродовж 72 год після аплікації. Рівноважна концентрація у сироватці крові підтримується під час всього періоду наступних накладань пластиру. Середня біодоступність фентанілу після накладання пластиру становить 92%. Досягнення та підтримання постійної концентрації в сироватці крові визначається індивідуальною проникністю шкіри у пацієнта та нирковим кліренсом. На швидкість всмоктування впливають гіпертермія й ожиріння.

На відміну від НПЗП та опіатів у формі таблеток, які потрібно щоденно та регулярно приймати, пластир Фентаніл М САНДОЗ® слід замінювати через кожні 3 дні. Фентаніл вважається найсильнішим аналгетиком, дія якого у 100 разів перевищує таку морфіну. При цьому наркотичний потенціал фентанілу нижчий, ніж у істинних опіоїдів. Порівняно з іншими опіоїдами фентаніл рідше викликає порушення з боку шлунково-кишкового тракту. Правильно підібрана доза та належне застосування пластиру Фентаніл М САНДОЗ® дозволяють досягнути стабільного контролю болю впродовж 24 год. Серед недоліків пластиру можна виділити тривалий підбір дози, проте він нівелюється наявністю широкого спектра дозувань. Слід пам'ятати, що концентрація фентанілу може підвищуватись при збільшенні температури тіла. Таким чином, за пацієнтами з гарячкою слід спостерігати на предмет побічних ефектів опіоїдів і в разі необхідності коригувати дозу пластиру з фентанілом. Що стосується побічних реакцій з боку шкіри та підшкірної жирової клітковини, то найчастіше спостерігаються гіпергідроз і контактний дерматит.

Фентаніл швидко розподіляється у різних тканинах та органах, а діапазон зв'язування з білками плазми крові становить 77-100%. Препарат метаболізується в основному в печінці та виводиться переважно із сечею (≈75% дози). У результаті тривалої абсорбції фентанілу зі шкіри після зняття пластиру період напіввиведення фентанілу приблизно у 2-3 рази довший, ніж при внутрішньовенному застосуванні. Потрібно

Продовження на стор. 44.

Паліативна допомога: акцент на знеболюванні

Продовження. Початок на стор. 43.

звернути увагу на те, що у пацієнтів літнього віку може бути знижений кліренс, тривалий період напіввиведення і вони можуть бути чутливішими до діючої речовини, ніж молодші пацієнти. **Фентаніл М САНДОЗ®** є єдиним пластиром, дозволеним до застосування з метою тривалої терапії хронічного болю тяжкого ступеня у дітей віком від 2 років.

Препарат слід наносити на неподрознену та неопромінену плоску ділянку шкіри тулуба або верхніх частин рук. Слід брати до уваги період уповільненої дії, що становить від 12 до 24 год з моменту аплікації першого пластиру або після підвищення дози, тому у цей час може виникати необхідність введення інших швидкодіючих анальгетиків.



З доповіддю «Хронічний біль у онкології. Лікування згідно з рекомендаціями» виступив завідувач науково-дослідного відділення анестезіології та інтенсивної терапії Національного інституту раку (м. Київ), доктор медичних наук, професор Іван Іванович Лісний.

– Раковий біль – це ноцицептивна мозаїка, представлена гострим і хронічним болям, а також специфічним болям, пов'язаним із онкопатологією та лікуванням, які об'єднуються наявністю психологічного стресу та страждання. Особливої актуальності ця проблема набуває у зв'язку із вдосконаленням методів протипухлинного лікування та паліативної допомоги, що зумовлює збільшення тривалості лікування та кількості пацієнтів, які довгий час проживають з активним захворюванням. Таким чином, все більше онкологічних хворих потребують адекватного знеболювання.

Найчастіше больовий синдром розвивається при раку підшлункової залози (у 93% хворих), найрідше – при раку передміхурової залози. Проте навіть при раку передміхурової залози частота больового синдрому перевищує 50% (H. Breivik et al., 2009).

Прийнято виділяти такі основні причини больового синдрому в онкологічних хворих:

- 1 власне пухлина: метастази у кістках, м'яких тканинах, шкірі, внутрішніх органах, стиснення спинного мозку, патологічні переломи, крововиливи у пухлину, асоційований із пухлиною нейропатичний біль;
- 2 протипухлинне лікування: побічні ефекти хіміотерапії, променевої терапії, імунотерапії та гормональної терапії, біль після виконаних процедур та операцій;
- 3 супутні стани: акінезія, запор, психологічні та психіатричні проблеми.

Важливе значення має оцінювання больового синдрому. Пацієнтам рекомендується регулярний самомоніторинг болю за допомогою спеціальних шкал оцінки вираженості больового синдрому. Найпоширенішими з них є ВАШ, вербальна рейтингова шкала (VRS) та цифрова рейтингова шкала (NRS). Оцінювати біль необхідно до лікування та регулярно впродовж всього періоду спостереження за пацієнтом.

Підходи до купірування больового синдрому в онкологічних хворих дещо відрізняються залежно від механізму виникнення болю. Так, на третій сходинці лікування ноцицептивного болю на перший план виступають сильні опіоїди, зокрема фентаніл, до яких додається ад'ювантна терапія, тоді як для хворих із нейропатичним больовим синдромом основу лікування складають протисудомні препарати й антидепресанти, а сильні опіоїди виступають у ролі ад'ювантної терапії. Наявність в онкологічного хворого сильного больового синдрому є підставою розпочати його лікування відразу з 2-3-ї сходинки знеболювання за ВООЗ.

При веденні пацієнтів із чутливим до опіоїдів болям необхідно дотримуватися таких принципів: застосовувати морфін слід відповідно до анальгетичних потреб пацієнтів, незалежно від рішення лікаря; оптимальна доза морфіну – це та доза, яка дає змогу досягти належного знеболювання впродовж 4 год, не викликаючи побічних проявів.

Зручним методом знеболювання на час близько 3 діб є застосування трансдермального пластиру **Фентаніл М САНДОЗ®**. Для розрахунку належної початкової дози препарату **Фентаніл М САНДОЗ®** потрібно визначити добову дозу (мг/добу) застосовуваного на цей час опіоїду, перерахувати це значення в еквівалентну добову дозу перорального морфіну та встановити для пацієнта дозу препарату **Фентаніл М САНДОЗ®**, що відповідає добовій дозі морфіну.

Для лікування пацієнтів, які раніше не приймали опіоїди, слід застосовувати найнижчу дозу препарату **Фентаніл М САНДОЗ®**. Трансдермальний пластир із фентанілом рекомендується використовувати у пацієнтів,

які демонструють толерантність до опіоїдів, при цьому початкова доза препарату має бути еквівалентною дозі сильного опіоїдного анальгетика, введеного впродовж попередніх 24 год. Максимальний анальгетичний ефект препарату **Фентаніл М САНДОЗ®** не можна початково оцінити менш ніж через 24 год після застосування пластиру. Це зумовлено поступовим підвищенням концентрації фентанілу в сироватці крові протягом 24 год після першої аплікації. Дозу фентанілу не слід збільшувати з інтервалом менше ніж 72 год.

Варто особливо відмітити, що при лікуванні ХБС, асоційованого з онкологічною патологією, основною причиною підвищення дози опіоїдів є не розвиток толерантності, а прогресування захворювання.



Про лікування ХБС і надання паліативної допомоги згідно з міжнародними протоколами розповів президент Асоціації анестезіологів України, завідувач кафедри анестезіології та інтенсивної терапії Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця (м. Київ), доктор медичних наук, професор Сергій Олександрович Дубров.

– Рак є однією з головних причин захворюваності та смертності у світі.

За даними ВООЗ, біль відчувають 55% пацієнтів, які отримують протипухлинну терапію, і 66% пацієнтів із запущеною, метастатичною або термінальною хворобою. Метою лікування раку є полегшення болю до рівня, який забезпечує прийнятну якість життя.

У 2018 р. були опубліковані оновлені клінічні рекомендації ВООЗ щодо фармакологічного та променевого лікування болю, зумовленого раком. Згідно з ними у дорослих пацієнтів (включаючи осіб похилого віку) та підлітків, котрі мають біль, спричинений онкологічним захворюванням, слід застосовувати НПЗП, парацетамол або опіоїди на початковому етапі лікування болю, окремо чи в комбінації, залежно від клінічного стану й інтенсивності болю, для швидкого, ефективного та безпечного знеболювання. При цьому для початкового знеболювання потрібно використовувати той лікарський засіб, який відповідає інтенсивності болю. Монотерапію легкими анальгетиками (парацетамол, НПЗП) не слід застосовувати у пацієнтів із помірним і сильним болям. Можливе поєднання НПЗП/парацетамолу з опіоїдами, наприклад, з пероральним морфіном, при відповідній інтенсивності болю, оціненій за ВАШ або NRS. У дорослих і підлітків із болям, зумовленим раком, можна розглядати застосування будь-яких опіоїдів (окремо або в комбінації з НПЗП/парацетамолом) для підтримувального знеболювання залежно від клінічного стану й інтенсивності болю з метою досягнення постійного, ефективного та безпечного контролю болю. Коректною вважається та доза опіоїдів, яка зменшує вираженість болю у пацієнта до прийнятної рівня. При цьому відповідь пацієнта на таке лікування може бути різною і залежить від самого пацієнта та лікарського засобу, який застосовується.

Дозований пероральний морфін з негайним вивільненням або морфін з повільним вивільненням, що вводяться регулярно, слід використовувати для підтримки ефективного та безпечного знеболювання. Як терапію порятунку слід застосовувати пероральний морфін з негайним вивільненням. Перевага надається пероральному або трансдермальному шляху введення опіоїдних препаратів. Якщо пероральний або трансдермальний метод доставки опіоїдного препарату не доступний, слід віддати перевагу підшкірному введенню над внутрішньом'язовим.

У кількох дослідженнях встановлено ефективність трансдермальної форми фентанілу при лікуванні ракового болю. У дослідженнях з нетривалого застосування препарату (в середньому 30 днів) показано ефективне знеболювання з передбачуваною частотою небажаних явищ (B. Donner et al., 1996). Детальний аналіз анальгетичної ефективності та побічних ефектів трансдермальної форми фентанілу представлений в огляді S. Grond та співавт. (2000). Коротке застосування (6-17 днів) трансдермальної форми фентанілу у дозі 50 мкг/год для більшості хворих було дуже ефективним для купірування сильного болю внаслідок мукозиту при високодозовій хіміотерапії (C. Strupp et al., 2000).

Юристка, консультантка міжнародного фонду «Відродження» з питань наркополітики та доступності знеболювання (м. Київ) Олена Володимирівна Коваль висвітлює юридичні аспекти призначення опіоїдних анальгетиків.

– Лікуючий лікар – це лікар закладу охорони здоров'я або лікар, який провадить господарську діяльність з медичної практики як фізична особа – підприємець і надає медичну допомогу пацієнту в період його обстеження та лікування



(стаття 34 Закону України «Основи законодавства України про охорону здоров'я»). Варто звернути увагу, що у цьому законі не вказується, яка спеціалізація має бути у лікуючого лікаря або на якому рівні надання медичної допомоги він працює. Так, згідно з наказом МОЗ України № 360 від 19.07.2005, рецепти на лікарські засоби і вироби медичного призначення виписуються лікарями суб'єктів господарювання, що

провадять господарську діяльність з медичної практики, згідно із лікарськими спеціальностями, за якими здійснюється медична практика відповідно до отриманої ліцензії, та відповідно до лікарських посад. Згідно з пунктом 26 Порядку придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України № 333 від 13.05.2013, при рецептурному забезпеченні препарати наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів призначаються лікуючим лікарем відповідно до медичних показань з обов'язковим обґрунтуванням необхідності подальшого застосування таких препаратів, про що зазначається у медичній карті хворого.

Що стосується надання допомоги пацієнтам на первинній ланці, то лікар загальної практики – сімейний лікар (педіатр) оцінює ступінь болю та лікування больового синдрому, призначає наркотичні засоби і психотропні речовини відповідно до законодавства, включаючи оформлення рецептів для лікування больового синдрому (наказ МОЗ України № 504 від 19.03.2018). В окремих випадках виписувати такі рецепти може фельдшер, проте його повноваження обмежені наказом МОЗ України № 360 від 19.07.2005. Так, фельдшери закладів охорони здоров'я мають право виписувати рецепти хворим із затяжними і хронічними захворюваннями у разі продовження лікувальним лікарем курсу лікування, зазначаючи свою посаду та засвідчуючи рецепт власним підписом та печаткою закладу охорони здоров'я.

Пацієнту, який потребує продовження прийому наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, при виписуванні із закладу охорони здоров'я видається рецепт на спеціальному рецептурному бланку форми № 3 (ф-3) з обов'язковим записом про призначення препарату в медичній карті такого хворого (наказ МОЗ України № 1308 від 04.06.2020). Отже, в такому випадку лікуючий лікар не повинен початково призначати знеболювальну терапію, а продовжувати призначену, за необхідності вносячи корективи у дозування лікарських засобів або замінюючи препарат на сильніший.

Наказом МОЗ України № 1819 від 04.10.2018 внесено зміни до наказу № 360 від 19.07.2005. Нововведення стосуються правил виписування рецептів на лікарські засоби і вироби медичного призначення. Проте пунктом 5 наказу № 1819 передбачено, що спеціальні рецептурні бланки форми № 3 (ф-3) для виписування наркотичних та психотропних лікарських засобів, виготовлені та/або придбані до набуття чинності зазначеного наказу, дійсні до повного їх використання. Бланки старого зразка слід заповнювати згідно з новими вимогами: опіоїдний анальгетик виписується лише із зазначенням діючої речовини та дозування, а використання кутового штампа суб'єктом господарювання та печатки і підпису керівника закладу охорони здоров'я не обов'язкове. Якщо необхідна кількість препарату перевищує допустиму норму, спеціальну позначку «хронічно хворому» слід проставляти на тому місці, де на бланку старого зразка передбачався підпис керівника закладу та відбиток печатки закладу.

Одночасно з наданням рецепта пацієнтові обов'язково виписується листок призначень, у якому чітко вказується, у який час які ліки та у якій дозі слід приймати. Пацієнт може самостійно робити відповідні записи про виконання призначень у листку призначень. При наступному візиті до лікаря виконаний листок призначень долучається до амбулаторної карти хворого. Варто зазначити, що форму лікарського засобу обирає лікуючий лікар, враховуючи потребу пацієнта, зручність і можливість застосування засобу.

Таким чином, опіоїдні анальгетики є основою знеболювальної терапії в онкологічних пацієнтів, які страждають від помірного та сильного болю. Застосування опіоїдів рекомендовано розпочинати після встановлення діагнозу ХБС, проводячи при цьому постійний моніторинг. Зручним методом із тривалістю знеболювання близько 3 діб є застосування трансдермального пластиру **Фентаніл М САНДОЗ®**, що особливо актуально для пацієнтів із дисфагією.

Підготувала Ольга Нестеровська

3-08-ФЕН-РЕЦ-1221

Інформація для спеціалістів сфери охорони здоров'я.