ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ

ՀՐԱՄԱՆ

« 11» դեկտեմբեր 2014 թ. No 2910 – Ա

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ՑԱՎԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԹՄՐԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԵՎ ՀՈԳԵՄԵՏ (ՀՈԳԵՆԵՐԳՈՐԾՈՒՆ) ԴԵՂԵՐԻ ՆՇԱՆԱԿՄԱՆ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԸ ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2012 թվականի օգոստոսի 9-ի նիստի N 32 արձանագրային որոշումը, Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N1300-Ն որոշմամբ հաստատված կանոնադրության 8-րդ կետի «ի» և 12-րդ կետի «դ» ենթակետը.

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ՝

1. Հաստատել պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում ցավային համախտանիշի կառավարման նպատակով թմրամիջոցների և հոգեմետ (հոգեներգործուն) դեղերի նշանակման կլինիկական ուղեցույցը համաձայն Հավելվածի:
2. Պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բժշկական հաստատությունների ղեկավարներին՝ պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում տրամադրելու շրջանակներում ցավային համախտանիշի կառավարումն իրականացնելիս առաջնորդվել սույն հրամանի 1-ին կետով հաստատված կլինիկական ուղեցույցի պահանջներով:

ԱՐՄԵՆ ՄՈՒՐԱԴՅԱՆ

Հավելված
ՀՀ առողջապահության նախարարի
2014 թվականի դեկտեմբեր 11-ի
N 2910 – Ա հրամանի

ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ ՑԱՎԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՆՊԱՏԱԿՈՎ ԹՄՐԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԵՎ ՀՈԳԵՄԵՏ (ՀՈԳԵՆԵՐԳՈՐԾՈՒՆ) ԴԵՂԵՐԻ ՆՇԱՆԱԿՄԱՆ

ԳԼՈՒԽ 1. ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

1. Սույն ուղեցույցը ներկայացնում է ցավի կառավարման կլինիկական մոտեցումները:
2. Սույն ուղեցույցով ներկայացված մոտեցումները ունեն խորհրդատվական բնույթ և որոնց նպատակն է օգնել պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բուժանձնակազմին տրամադրել արդյունավետ ծառայություններ: Սույն ուղեցույցը վերաբերում է պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում մատուցող մասնագետներին, ուռուցքաբաններին, նյարդաբաններին և բոլոր մյուս այն մասնագետներին, ովքեր զբաղվում են (քրոնիկական) ցավային համախտանիշի կառավարմամբ:

ԳԼՈՒԽ 2. ՑԱՎԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ԴԵՐՆ ՈՒ ՆՇԱՆԱԿՈՒԹՅՈՒՆԸ

3. Ցավի կառավարումը բժշկագիտության գրեթե բոլոր բնագավառերի գերակա խնդիրներից է: Չարորակ նորագոյացությունները համարվում են քրոնիկական ցավի թիվ մեկ, սակայն ոչ միակ պատճառը: Կայուն տանջալից ցավը համարվում է տարբեր նյարդաբանական, վիրաբուժական, վնասվածքաբանական և այլ բնույթի հիվանդությունների հիմնական ախտանշաններից մեկը:
4. Քաղցկեղից բուժվող հիվանդները ցավի մեղմացման կարիք կարող են ունենալ հիվանդության գրեթե բոլոր փուլերում, և հիվանդության զարգացմանը զուգահեռ համարժեք ցավազրկման անհրաժեշտությունը դառնում է ավելի առաջնային, բայց և՝ ավելի քիչ արդյունավետ: Տարածուն քաղցկեղով հիվանդների

ավելի քան երկու երրորդը և ՁԻԱՀ-ով հիվանդների գրեթե կեսը տառապում են չափավորից մինչև ուժեղ ցավերով:

5. Չափավորից մինչև ուժեղ ցավերի դեպքում ներքին ընդունման (պերօրալ) թմրաբեր ցավազրկողները համարվում են ցավի դեղաբուժման հիմնական միջոցներ: Նման ցավերի դեպքում պարացետամոլը (ացետոմինոֆեն), ացետիլսալիցիլաթթուն և մյուս ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղերը (այսուհետ՝ ՈՍՀԲԴ) առանձին վերցրած կամ թույլ ներգործության թմրաբեր ցավազրկող դեղերի հետ զուգակցելիս (տրամադոլ, կոդեին) սովորաբար արդյունավետ չեն: Այնինչ, լինելով ոչ ուժեղ ցավազրկողներ, ՈՍՀԲԴ կարող են դրսևորել նաև տարբեր կողմնակի ազդեցություններ: Չնայած մեկ դարյա պատմություն ունեցող և ներկայումս բարձր զարգացվածության հասած դեղաբանական քիմիային՝ չափավորից մինչև ուժեղ ցավերը բուժելիս դեռևս չեն հայտնաբերվել ուժեղ թմրաբեր ցավազրկող ազդեցություն դրսևորող օփիոիդային ցավազրկողներին փոխարինող «ոչ թմրաբեր» այլընտրանքային դեղեր:

6. Չվերահսկվող ցավը ոչ միայն հիվանդ անձի և նրա ընտանիքի անդամների, այլ հանրային առողջապահության և ամբողջ հասարակության խնդիրն է: Չմեղմացվող ցավը խաթարում է հիվանդ անձի կյանքի տարբեր ոլորտները՝ ազդելով նրա ֆիզիկական, հոգեբանական և սոցիալական գործունեության վրա: Այն առաջ է բերում հիվանդի և նրա հարազատների անհուսալի ընկճվածություն և անելանելիության զգացում:

7. Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման համատեքստում, ցավի կառավարումը և հիվանդների ֆիզիկական ու հոգեկան տառապանքները մեղմացնելն այդ ծառայության երեք հիմնաքարերից մեկն է (մյուս երկուսն են՝ սոցիալ-հոգեբանական աջակցությունը և ախտանիշային բուժումը): Պալիատիվ բժշկական օգնությունը և սպասարկումը տևում է հիվանդության ախտորոշումից մինչև հիվանդի մահվան պահը՝ մի քանի օրից կամ շաբաթից մինչև մի քանի տարի:

8. Հիվանդ մարդը պետք է հնարավորություն ունենա ոչ միայն արժանապատիվ ապրելու, այլև՝ արժանապատիվ մահանալու: Մահացողի կյանքի վերջին ամիսները, շաբաթները և նույնիսկ օրերը հանդիսանում են նրա կյանքի անբաժանելի և կարևոր մասը, առավել ևս, երբ բժշկագիտության զարգացման արդյունքում նման մարդիկ

կարող են երկարատև ամիսների ընթացքում հայտնվել կյանքի և մահվան միջև պայքարի վիճակում:

ԳԼՈՒԽ 3. ՕԳՏԱԳՈՐԾՎՈՂ ԵԶՐՈՒՅԹՆԵՐ

9. Սույն ուղեցույցում օգտագործվող եզրույթները ունեն հետևյալ նշանակությունը՝

1) Ցավ և նոցիցեպցիա

ա. Ցավը տհաճ հոգեհուզական և վարքային զգացողություն է, որի ծագումը պայմանավորված է հյուսվածքների իրական կամ հնարավոր վնասմամբ: Այն բարդ և սուբյեկտիվ զգացողություն է, որն առաջանում է հատուկ՝ ընկալիչների – նոցիցեպտերների դրդումից և ներառում է մարդու վարքի, փորձառության, վեգետատիվ, շարժիչ և զգայական ոլորտների ախտաբանական տեղաշարժերը:

բ. Այն ընկալիչները, որոնք «որսում են» հյուսվածքի վնասումը և ձևավորում են կենտրոնաձիգ գրգիռների, կոչվում են ցավային (նոցիցեպտոր) – nocere – վնասել բառից:

Օրգանիզմում առկա են նոցիցեպտիվ զգացողության երկու համակագեր էպիկրիտիկ և պրոտոպաթիկ: Չնայած նրան որ այս երկու համակարգերը սերտորեն փոխկապված են, այնուհանդերձ, դրանք գործում են մեկը մյուսից անկախ, դրանցից յուրաքանչյուրն ունի առանձին ընկալիչային ապարատ և սեգմենտային ու վերսեգմենտային կենտրոններ:

գ. Էպիկրիտիկ նոցիցեպտիվ համակարգ՝

Էպիկրիտիկ ցավը սուր, հանկարծակի ծագող զգացողություն է, որը ծագում է անմիջապես հյուսվածքի վնասման պահին: Այն բնորոշվում է որպես սուր, հստակ տեղակայված և կարճատև: Ահազանգային ֆունկցիան իրականացնելուց հետո էպիկրիտիկ ցավն անմիջապես փոխակերպվում է պրոտոպաթիկի:

դ. Պրոտոպաթիկ նոցիցեպտիվ համակարգ՝ Պրոտոպաթիկ ցավը դրսևորվում է ոչ անմիջապես այլ մի քանի րոպե, կամ ժամ անց, կախված ախտահարման աստիճանից: Այն բնորոշվում է որպես բութ, տարածուն, դժվար տեղակայվող և պահպանվում է մինչև լրիվ ապաքինումը: Պրոտոպաթիկ նոցիցեպտիվ համակարգը ցավին հաղորդում է հուզական երանգ և ձևավորում է կանխամտածված պաշտպանական ռեակցիաներ:

ե. Ցավը դասակարգվում է ըստ ծագման, բնույթի և տևողության: Ըստ ծագման ցավը կարող է լինել նոցիցեպտիվ (վնասող) և ոչ նոցիցեպտիվ (չվնասող): Ոչ նոցիցեպտիվ (չվնասող) համարվում են նեյրոպաթիկ, հոգեծին և իդիոպաթիկ ցավերը:

Նեյրոպաթիկ ցավն առաջանում է ծայրամասային կամ կենտրոնական նյարդային համակարգի (այսուհետ՝ ԿՆՀ) մեխանիկական (ճնշում, քաղցկեղի ներաճ) վնասման ժամանակ ինչպես նաև ինտոքսիկացիայի, մետաբոլիկ խանգարումների ժամանակ և պայմանավորված չէ ցավային ընկալիչների – նոցիցեպտորների դրդմամբ: Քանի որ նեյրոպաթիկ ցավը պայմանավորված չէ նոցիցեպտորների վնասմամբ, ուստի այն հնարավոր չէ վերացնել հականոցիցեպտիվ դեղերով (օրինակ ՈՍՀԲԴ):

Հոգեծին ցավը կապված չէ սոմատիկ, ընդերային կամ նեյրոնային վնասումների հետ, և դրա տեղակայումը հազվադեպ է համապատասխանում մաշկի կոնկրետ հատվածին:

Ըստ բնույթի և տևողության ցավը լինում է սուր և քրոնիկական, որոնցից յուրաքանչյուրն իր հերթին կարող է լինել նոցիցեպտիվ, և նեյրոպաթիկ:

Սուր և կարճ տևողություն ունեցող ցավը, որը սովորաբար հեշտությամբ է բուժվում և վերանում է անմնացորդ: Այն իր հերթին կարող է լինել մակերեսայիին, խորը սոմատիկ, ընդերային:

Քրոնիկական դառնալիս ցավը դառնում է ինքնուրույն հիվանդություն: Ցավը համարվում է քրոնիկական երբ նրա տևողությունը գերազանցում երեք ամիսը:

զ. Սուր ցավը տևում է համեմատաբար կարճ՝ րոպեներից մինչև ժամեր, թեև հազվադեպ դեպքերում այն կարող է ձգձգվել օրեր և անգամ շաբաթներ, բայց ոչ ավելի, քան երեք ամիս՝ մինչև հիվանդության կամ վնասվածքի ելքը: Սուր ցավի վիճակն ունի կանխատեսելի սկիզբ, ընթացք և ավարտ:

է. Քրոնիկական ցավը բնորոշվում է ցավի կայունությամբ և երկարատևությամբ: Ըստ Ցավի հետազոտման միջազգային ասոցիացիայի (IAPS) չափորոշիչի, քրոնիկական է համարվում ավելի, քան երեք ամիս տևողության ցավը: Քրոնիկական ցավը շարունակվում կամ շարունակաբար վերսկսվում կամ սաստկանում է բավականին երկար ժամանակաշրջանի ընթացքում (ամիսներ և անգամ տարիներ) և առաջացնում հիվանդի ինքնազգացողության,

աշխատունակության, հոգեկան առողջության և կյանքի որակի կտրուկ վատթարացում:

2) Քրոնիկական ցավային համախտանիշ- Ավելի քան երեք ամիս տևողությամբ, կայուն և տանջալից քրոնիկական ցավի և դրա հետևանքով հիվանդի հոգեհուզական ոլորտի և վարքի փոփոխությունների, կյանքի որակի և առօրյա կենսագործունեության զգալի խանգարումներով ուղեկցվող հիվանդագին վիճակ:

3) Պալիատիվ բժշկական օգնություն: Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման տեսակ է, որի նպատակն է հիվանդների ցավի և տառապանքների կանխարգելումը և մեղմացումը: Պալիատիվ բժշկական օգնությունը ընդգրկում է՝ ախտանիշների, այդ թվում՝ ցավային համախտանիշի կառավարում, հոգեբանական, հոգևոր և հուզական աջակցություն, աջակցություն հիվանդի ընտանիքին և կորստի շրջանի աջակցություն:

4) Համազդիչ (ագոնիստ)՝ նյութ է, որը կապվում է բջջի ընկալիչին և առաջացնում տվյալ բջջի կողմից որևէ ռեակցիա: Համազդիչ դեղերը սովորաբար նմանակում են բնական նյութերի ազդեցությունները: Մորֆինը և բժշկության մեջ որպես հզոր ցավազրկող դեղեր նշանակվող մյուս բնական, կիսասինթետիկ և սինթետիկ թմրամիջոցները հանդիսանում են օփիոիդային ընկալիչների համազդիչներ:

5) Հակազդիչ (անտագոնիստ)՝ նյութ է, որը վերացնում կամ արգելակում է համազդիչի ազդեցությունը: Նալոքսոնը օփիոիդային ընկալիչների դասական համազդիչ դեղ է, որը կանխարգելում կամ հանում է օփիոիդային ցավազրկողների ազդեցությունները և նշանակվում է օփիոիդների գերդոզավորման ժամանակ:

6) Ափիոնատիպ նյութեր (օփիոիդներ): Ափիոնատիպ նյութերը կամ օփիոիդները քնաբեր կակաչից (խաշխաշ, Papaver Somniferum) ստացվող մորֆինանման ազդեցությամբ ալկալոիդներ են, օրգանիզմում սինթեզվող բնական միացությունները կամ դրանց կիսասինթետիկ և սինթետիկ ածանցյալները, որոնք, որպես օփիոիդային ընկալիչների համազդիչներ, օժտված են ցավերը մեղմացնելու, երանության (էյֆորիա) զգացողություն առաջացնելու և օփիոիդային համազդիչներին բնորոշ այլ բուժական և կողմնակի ազդեցություններով: Գործնական բժշկագիտության մեջ օփիատային բնական ալկալոիդները և դրանց կիսասինթետիկ ածանցյալներից լայն կիրառություն են ստացել մորֆինը, հիդրոմորֆինը, կոդեինը և օքսիկոդոնը: Սինթետիկ օփիոիդներից են՝ լևորֆանոլը,

պրոպոքսիֆենը, ֆենտանիլը, մեթադոնը, պետիդինը (մեպիրիդին) և համազդիչ-հակազդիչ ազդեցությամբ օժտված պենտազոցինը և բուպրենորֆինը: Էնդորֆինները և էնկեֆալինները էնդոգեն բնական օփիոիդային միացություններ են: Օփիոիդները կապվում են գլխավորապես ԿՆՀ մյու-ընկալիչների հետ և առաջացնում հզոր ցավազրկում, տրամադրության փոփոխություն (օրինակ՝ էյֆորիա, որը կարող է փոխարինվել ապաթիայով կամ դիսֆորիայով), շնչառության ընկճում, քնկոտություն, հոգեշարժական արգելակում, ոչ պարզահունչ խոսք և ուշադրության կենտրոնացման, հիշողության և մտածողության թուլացում (տե՛ս «Օփիոիդային ցավազրկողների ազդեցության մեխանիզմները» գլուխը):

7) Ցավազրկող դեղ: Ցավազրկող համարվում են ցավի վերացման կամ մեղմացման համար նախատեսված դեղերը: Դրանք լինում են թմրաբեր և ոչ թմրաբեր:

ա. Թմրաբեր ցավազրկող դեղ: Դեղաբանական ազդեցությամբ օփիոիդային ընկալիչների համազդիչ հանդիսացող և բժշկական կիրառում ստացած բնական, կիսասինթետիկ և սինթետիկ նյութեր են: Թմրաբեր ցավազրկողները Հայաստանի Հանրապետությունում հսկման ենթակա նյութեր են, որոնք ներկայացված են Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2003 թվականի օգոստոսի 21-ի «Հայաստանի Հանրապետությունում հսկման ենթակա նյութերի և դրանց պրեկուրսորների կազմը (ցանկը) հաստատելու մասին» N 1129-Ն որոշման հավելվածի 2-րդ ցուցակում («Թմրամիջոցներ և հոգեմետ նյութեր, որոնց շրջանառությունը Հայաստանի Հանրապետությունում սահմանափակ է»):

բ. Թմրաբեր ցավազրկողներ պարունակող պատրաստուկներ-Պատրաստուկներ են, որոնք պարունակում են թմրաբեր ցավազրկողների ենթաբուժական կամ բուժական դեղաչափեր:

8) Օփիոիդների նկատմամբ հակում՝ հիվանդագին վիճակ է, որն արտահայտվում է օփիոիդներ որոնելու, հայթայթելու, գործածելու և դրանց ազդեցությանը ենթարկվելու անհաղթահարելի ցանկությամբ: Հակումը բնորոշ է ոչ միայն թմրամիջոցներին, այլ նաև բազմաթիվ հոգեմետ (հոգեներգործուն) նյութերին:

9)Օփիոիդների նկատմամբ ընտելացում (տոլերանտություն): Օփիոիդների, մյուս թմրամիջոցների կամ հոգեմետ նյութերի նկատմամբ ընտելացումը կամ տոլերանտությունը վերաբերում է այդ նյութերի նկատմամբ օրգանիզմի զգայունության նվազեցմանը՝ կապված կրկնակի օգտագործման հետ, որով նույն

հզորության ազդեցություն առաջացնելու համար պահանջվում է ավելի բարձր դեղաչափ: Տոլերանտության մասին վկայում է այնպիսի իրավիճակը, երբ անհրաժեշտ է լինում բարձրացնել նշանակված թմրաբեր ցավազրկողի դեղաչափը, որպեսզի ստացվի այն արդյունքը, որը նախկինում հաջողվում էր ստանալ նույն դեղի ավելի փոքր քանակներով: Կլինիկական նշանակություն ունի օփիոիդների ցավազրկող ազդեցության նկատմամբ զարգացող ընտելացումը (անալգետիկ տոլերանտություն):

10) Օփիոիդներից կախվածություն՝ սրացումների (ռելափս) բարձր հավանականությամբ և քրոնիկական ընթացքով ծանր հիվանդություն, որը զարգանում է օփիոիդային թմրամիջոցների երկարատև գործածման հետևանքում և բնորոշվում է այդ նյութերի նկատմամբ ախտաբանական հակումով, ընտելացմամբ և գործածված օփիոիդների ազդեցության նվազեցմանը հետևող հանման կամ զրկանքի համախտանիշի զարգացմամբ: Որպես ծանր քրոնիկական հիվանդություն, օփիոիդներից կախվածությունը կարող է հարաճուն զարգանալ, սրանալ, ուղեկցվել տարբեր բարդություններով (այդ թվում՝ արյան միջոցով փոխանցվող վարակներից հեպատիտ C, ՄԻԱՎ) և ունենալ մահացու ելք: Պալիատիվ բժշկական օգնության շրջանակներում նշանակված օփիոիդները գործնականում կախվածություն չեն առաջացնում:

11) Կեղծ կախվածություն (պսևդոկախվածություն)՝ քրոնիկական ցավից տառապող և ոչ համարժեք հակացավային բուժում ստացող հիվանդի կողմից թմրաբեր ցավազրկող որոնելու պահվածք:

12) Օփիոիդներից զրկանքի կամ հանման համախտանիշ: Կլինիկորեն օփիոիդներից հանման համախտանիշը ներառում է՝ հակում, տագնապ, դիսֆորիա, հորանջելու անընդմեջ ցանկություն, բարձրացած քրտնարտադրություն, պիլոէրեկցիա, արցունքահոսություն, անքնություն, նողկանք և փսխում, փորլուծություն, ջղաձգումներ, մկանային ցավեր և տենդ: Կարճատև ազդեցությամբ օփիոիդներից (օրինակ՝ մորֆին) զրկանքի համախտանիշի նշանները զարգանում են վերջին դեղաչափն ընդունելուց 8-12 ժամ անց, հասնում գագաթնակետին 48-72 ժամվա ընթացքում և անհետանում 7-10 օր անց: Երկարատև ազդեցության օփիոիդների դեպքում (մեթադոն) զրկանքի առաջին նշաններն ի հայտ են գալիս վերջին

դեղաչափից 1-3 օր հետո, հասնում գագաթնակետին 3- 8-րդ օրվա ընթացքում և կարող են պահպանվել մի քանի շաբաթ:

ԳԼՈՒԽ 4. ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԱՌԱՋՆԱՀԵՐԹՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ ԵՎ ԱՌԱՋԱՐԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

10. Ցավի կառավարման տեսանկյունից կարևոր են հետևյալ առաջնահերթությունները՝

1) քրոնիկական ցավի կառավարումը պետք է սկսել միայն վերջինիս գնահատումից հետո: Քրոնիկական ցավի գնահատումը պետք է ներառի ցավի մեխանիզմների նույնականացումը և ցավի տեղակայման, ուժգնության, բնույթի, սկզբի, տևողության, հիվանդի ֆունկցիոնալ գործունեության մակարդակի, ուղեկցող ֆիզիոլոգիական և սոցիալական վիճակների վերաբերյալ պատշաճ փաստաթղթավորումը:

2) Նույն հիվանդի մոտ կարող են ի հայտ գալ ցավային համախտանիշի ավելի քան մեկ տեսակներ (տե՛ս 14-րդ կետը):

3) Քաղցկեղային հիվանդությունները ցավային համախտանիշի զարգացման հիմնական, սակայն միակ պատճառը չեն: Քաղկցեղից բացի, կան այլ հիվանդություններ, որոնք ուղեկցվում են քրոնիկական ցավային համախտանիշով, և ցավի կառավարումը վերաբերում է ցավով ուղեկցվող բոլոր հիվանդություններին և վիճակներին:

4) Քրոնիկական ցավի կառավարումը միայն ցավազրկումը չէ: Այն պահանջում է հիվանդի բազմագործոն (կենսաբանական, ֆիզիոլոգիական և սոցիալական) և համակողմանի բուժում, խնամք և աջակցություն: ԱԱՊ օղակի բժշկի առաջնորդությամբ և համակարգմամբ բազմակողմանի թիմային մոտեցումը պետք է ներառի ինչպես դեղաբուժումը, այնպես էլ հոգեբանական և սոցիալական օժանդակության միջոցառումները:

5) Որպես քրոնիկական ցավի կառավարման առանցքային միջոց, ցավազրկող դեղերը պետք է նշանակել շուրջօրյա ցավազրկում ապահովող համարժեք դեղաչափերով, կանոնավոր, առնվազն տասն օրվա համար նախատեսված չափաբաժնով և այնքան ժամանակ, քանի դեռ դրանք ցուցված են և բացակայում են ծանր կամ կյանքին վտանգ սպառնացող հակացուցումները:

6) Քրոնիկական ցավի կառավարումը պետք է կազմակերպել անհատական և եռափուլ մոտեցմամբ՝ կախված ցավային համախտանիշի ծանրության աստիճանից, հիմնական հիվանդությունից, դրա կլինիկական փուլից և ծանրության աստիճանից, ուղեկցող հիվանդություններից և վիճակներից, առկա և հնարավոր բարդություններից: Եթե բուժական դեղաչափերով նշանակված ցավազրկող դեղերով չի հաջողվում արդյունավետ կերպով ցավազրկել, պետք է անցնել հաջորդ փուլի ցավազրկող դեղերի կիրառմանը (տե՛ս «ԱՀԿ ցավազրկման աստիճաններ»):

ԳԼՈՒԽ 5. ՑԱՎԻ ԱԽՏՈՐՈՇՈՒՄ ԵՎ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

11. Ցավի նախնական գնահատումն առանցքային դեր ունի ցավի կառավարման արդյունավետ պլանը կազմելիս, ցավազրկող դեղերն ընտրելիս, ինչպես նաև ձեռնարկված միջոցառումների օգտակարության աստիճանը որոշելիս: Ցավի համակողմանի գնահատումը հենվում է հիվանդից ստացված տեղեկությունների (գանգատներ և անամնեզ), հիվանդի զննման և համապատասխան կլինիկական և գործիքային հետազոտությունների տվյալների վրա:

12. Ցավի գնահատումը նպատակ ունի բացահայտել՝

1) ցավի բնույթը,

2) ցավի մեխանիզմները,

3) ցավի ուժգնությունը,

4) ցավի ազդեցությունը օրգանիզմի տարբեր ֆունկցիաների և կյանքի որակի վրա,

5) հիվանդի անհատական ռեակցիան ցավին և անցկացվող բուժական միջոցառումներին:

13. Ցավի բնույթի, ուղեկցող ախտանիշների և ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի իմացությունը կարևոր հիմք է հանդիսանում այն ճիշտ գնահատելու և համապատասխան բուժումը հիմնավորելու համար: Պալիատիվ բժշկական օգնության կարիք ունեցող հիվանդների մոտ ցավերը կարող են դասակարգվել ըստ ախտածագման (էթիոլոգիայի), ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի, ցավային համախտանիշի անատոմիական տեղակայման, տևողության և ուժգնության:

ԳԼՈՒԽ 6. ՑԱՎԻ ՊԱԹՈՖԻԶԻՈԼՈԳԻԱԿԱՆ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

14. Ստորև ներկայացված է ցավի դասակարգումն՝ հիմնված ախտաբանական ֆիզիոլոգիայի վրա՝

1) Նոցիցեպտիվ ցավ՝ այն ցավն է, որն ուղղակիորեն պայմանավորված է հյուսվածքների վնասմամբ: Ելնելով հյուսվածքային վնասման բնույթից, նոցիցեպտիվ ցավերը լինում են 2 տեսակի՝ մարմնային և ընդերային:

ա. Մարմնային (սոմատիկ) նոցիցեպտիվ ցավը առաջանում է սոմատիկ հյուսվածքների (ոսկրեր, մկաններ, հոդեր, ջլեր, շարակցական հյուսվածք,) վնասման պատճառով: Այն իր բնույթով կարող է լինել բութ, կտրող կամ ծակող, երկարատև և ունի կոնկրետ տեղակայում:

բ. Ընդերային (վիսցերալ) նոցիցեպտիվ ցավը պայմանավորված է ներքին օրգանների վնասումով (լյարդ, աղիներ, միզապարկ և այլն): Ընդերային ցավը տարածուն է և անորոշ տեղակայմամբ: Նորագոյացությունների կողմից օրգանների պատիճները ձգվելիս ընդերային ցավը կարող է դառնալ բութ և մշտական: Այլ դեպքերում, երբ խցանվում են սնամեջ օրգանները (օբստրուկցիա), ընդերային ցավը ստանում է սաստիկ ուժգին և անտանելի բնույթ: Հաճախ վիսցերալ ցավը կարող է ճառագայթվել դեպի հարակից օրգանները:

2) Նեյրոպաթիկ ցավ՝ ցավ է, որը պայմանավորված է ծայրամասային և կենտրոնական նյարդային համակարգերի ախտահարումով և ոչ նորմալ սոմատոսենսոր գործընթացներով: Բնույթով նեյրոպաթիկ ցավերը այրող են, խայթող, հոսանքահարող կամ կտրտող: Նման ցավերը սովորաբար տեղակայվում են ճնշված կամ վնասված նյարդի, նյարդային հյուսակի, նյարդարմատի նյարդավորման գոտիներում և ուղեկցվում ցավոտ շրջանում այլ զգացողութունների կորստով: Հնարավոր է նաև գերզգայնության, ցավազգացություն ոչ ցավային գրգռիչներից (ալլոդինիայի) կամ այլ դիզէսթեզիայի զարգացում: Որոշ հետազոտողներ նշում են, որ ցավային համախտանիշով ընթացող դեպքերի 72%-ը նոցիցեպտիվ մարմնային ցավեր են, 34%-ը՝ նոցիցեպտիվ ընդերային, իսկ 40%-ը՝ նեյրոպաթիկ ցավեր:

ԳԼՈՒԽ 7.ՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՑԱՎԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇՆԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

15. Քաղցկեղով հիվանդների մոտ բնորոշ է ընդհանուր (տոտալ) ցավի առկայությունը: Այսպիսի հիվանդների մոտ առավել հաճախ հանդիպող ցավային համախտանիշներն են՝

1) Նորագոյացության ուղղակի աճի և ներթափանցման հետ կապված նոցիցեպտիվ համախտանիշներ (գանգի հիմի մետաստազներ, վերտեբրալ համախտանիշներ, տարածուն կամ բազմաօջախային ոսկրային ցավեր, որովայնամզի նեոպլաստիկ ընդգրկմամբ պայմանավորված ցավեր (օր. լյարդի պատիճի ցավեր):

2) Նորագոյացության ուղղակի ներթափանցման հետ կապված նեյրոպաթիկ համախտանիշներ՝ ծայրամասային նյարդային համախտանիշներ, բազկային և գոտկասրբանային պլեքսոպաթիա, լեպտոմենինգեալ մետաստազ, ողնուղեղի կամ նյարդարմատների էպիդուրալ կոմպրեսիա:

3) Բուժական միջոցառումների հետ կապված համախտանիշներ՝ հետվիրահատական ցավեր (օրինակ՝ ցավեր թորակոտոմիայից հետո), ցավեր ճառագայթային բուժման և (կամ) քիմիոթերապիայից հետո (պերիֆերիկ նեյրոպաթիա):

ԳԼՈՒԽ 8. ՔԱՂՑԿԵՂԱՅԻՆ ՑԱՎԵՐԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄԸ

16.Էթիոլոգիական դասակարգում	1)Քաղցկեղով պայմանավորված 2)Հակաքաղցկեղային բուժմամբ պայմանավորված 3)Օրգանիզմի ընդհանուր թուլացմամբ պայմանավորված 4)Հարքաղցկեղային ցավեր 5)Քաղցկեղի հետ չկապված այլ վիճակների հետ պայմանավորված
17.Պաթոֆիզիոլոգիական դասակարգում	1)Նոցիցեպտիվ (մարմնական, ընդերային) 2)Նեյրոպաթիկ 3)Հոգեծին (պսիխոգեն) 4)Խառը
18.Քաղցկեղային ցավային սինդրոմների տեղակայումը	1)Գլուխ և պարանոց 2)Կրծքավանդակ 3)Ողնաշար, ռադիկուլյար ցավեր

	4)Որովայն, կոնք 5)Վերջույթներ
19.Ըստ ժամանակային գործոնի	1)Սուր 2)Ճեղքող 3)Քրոնիկական
20.Ըստ ցավի ուժգնության	1)Թույլ 2)Միջին 3)Ուժեղ

ԳԼՈՒԽ 9. ՃԵՂՔՈՂ ՑԱՎԵՐ

21. Ճեղքող ցավերն առաջանում են հարաբերականորեն կայուն և բավարար ցավազրկման պայմաններում՝ ինքնուրույն կամ որևէ փոփոխության (ներքին և արտաքին միջավայրի) պատճառով: Ճեղքող ցավերին բնորոշ են՝

1) արագ և անսպասելի զարգացում (ուժգնության գագաթնակետին հասնում են 1-3 րոպեից).

2) կարճատևություն (մեծ մասամբ տևում են մինչև 30 րոպե).

3) ցավերի անտանելի ուժգնություն:

22. Կարևոր է ճեղքող ցավերի տարբերակումը անբավարար դեղաչափերով ցավազրկման դեպքում ծագող ցավերից: Երկրորդ դեպքում ցավերը սաստկանում են ցավազրկող դեղի հերթական դեղաչափն ընդունելուն նախորդող ժամերին և անհամեմատ մեղմանում կամ անհետանում վերջինիս դեղաչափը բարձրացնելուց հետո:

23. Ճեղքող ցավերը լինում են 2 տիպի՝ ինքնաբուխ (սպոնտան) և կապված որևէ գործողության հետ (օրինակ՝ հիվանդի շարժումներ): Ինքնաբուխ ցավերը սկսվում են անսպասելի, իսկ շարժումների հետ կապված ցավերը կանխատեսելի են: Երկրորդ դեպքում ցավազրկողների լրացուցիչ դեղաչափերի նշանակումը կարող է արդյունավետ կերպով մեղմացնել ճեղքող ցավի զարգացումը:

ԲԱԺԻՆ 1. ՑԱՎԻ ԿԼԻՆԻԿԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ
ԳԼՈՒԽ 10.ՀԻՎԱՆԴԻ ԳԱՆԳԱՏՆԵՐ ԵՎ ՀԻԱՎԱՆԴՈՒԹՅԱՆ ՈՒ ՑԱՎԻ ՊԱՏՄՈՒԹՅՈՒՆ (ԱՆԱՄՆԵԶ)

24. Ցավերի վերաբերյալ հիվանդի գանգատները և մանրամասն անամնեստիկ տվյալներն առանցքային դեր ունեն ցավային համախտանիշի ախտորոշման և համարժեք բուժման համար:

Անամնեզ հավաքելիս պետք է ուշադրության արժանացնել հետևյալ կետերին՝

1) Ցավի բնույթը	Տեղակայումը՝ միայնակ և բազմակի Որակը՝ սուր, բութ, կտրող, ճեղքող և այլ Ուժգնությունը՝ ըստ ցավային սանդղակի (VAS) Ժամանակային գործոնը՝ մշտական, կարճատև (էպիզոդիկ), շարժվելիս, ինքնաբուխ Ցավի ճառագայթման ուղղություն Ցավն ուժեղացնող և հանգստացնող գործոններ Զուգակցվող ախտանիշներ՝ թմրածություն, ոչ նորմալ զգացողություններ (հիպերալգեզիա, ալոդինիա)
2) Հիմնական հիվանդության պատմությունը	Օրինակ, քաղցկեղի դեպքում՝ Տեղակայումը՝ առաջնային կամ մետաստատիկ Բուժումը՝ վիրահատական միջամտություն, քիմիոթերապիա, ճառագայթային բուժում
3) Դեղաբուժումը	Ցավազրկման որակը Կողմնակի ազդեցությունները Ավանդական կամ այլընտրանքային դեղերի կիրառումը
4) Զուգակցվող հիվանդությունների կամ վիճակների առկայությունը	Երիկամային հիվանդություններ (և երիկամային անբավարարություն) Լյարդային հիվանդություն (և լյարդային անբավարարություն) Սրտանոթային հիվանդություններ Շնչառական օրգանների հիվանդություններ Հոգեկան և վարքի շեղումներ Այլ ցավային համախտանիշներ (սուր կամ քրոնիկական) Ալկոհոլի, թմրամիջոցների և հոգեմետ նյութերի առանց բժշկի նշանակման օգտագործում
5) Հոգեկան և սոցիալական գործոններ	Հուզական և հոգեբանական՝ ընկճախտ, անհանգստություն, սթրես և այլն Ցավի ազդեցությունը ախորժակի և քնի վրա Ցավի ազդեցությունը հիվանդի սոցիալ-տնտեսական

	գործունեության վրա

ԳԼՈՒԽ 11. ՖԻԶԻԿԱԿԱՆ ՔՆՆՈՒԹՅՈՒՆ ԵՎ ԱՐՏԱՔԻՆ ԶՆՆՈՒՄ

25. Ցավային համախտանիշը գնահատելիս ֆիզիկական քննությունը հաստատում է հիվանդի գանգատների և անամնեզի հիման վրա դրված նախնական ախտորոշումը և թույլ է տալիս ամբողջական պատկերացում կազմել հիմնական հիվանդության կլինիկական ընթացքի և ծանրության աստիճանի մասին: Նեյրոպաթիկ ցավեր կասկածելիս անհրաժեշտ է կազմակերպել նաև նյարդաբանի խորհրդատվություն:

ԳԼՈՒԽ 12. ԳՈՐԾԻՔԱՅԻՆ ԵՎ ԼԱԲՈՐԱՏՈՐ ՀԵՏԱԶՈՏՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ

26. Հիմնական հիվանդության ախտորոշման ընթացքում իրականացվող բոլոր հետազոտությունները կարող են ցավային համախտանիշի վերաբերյալ օգտակար տեղեկատվություն տրամադրել:

ԳԼՈՒԽ 13. ՑԱՎԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԳՈՐԾԻՔՆԵՐ

27.Ցավի գնահատումը պետք է լինի պարբերաբար և սկսվի հիվանդի առաջնային զննումից: Սա թույլ կտա նաև գնահատել անցկացվող բուժման արդյունավետությունը:

28. Գոյություն ունեն ցավի գնահատման միաչափ (unidimentional) և բազմաչափ (multidimentional) գործիքներ:

1) Միաչափ գործիքներից են՝ վիզուալ անալոգային սանդղակը (Visual Analog Scale, VAS), թվային ռեյթինգային սանդղակը (Numerical Rating Scale, NRS) և վերբալ ռեյտինգային սանդղակը (Verbal Rating Scale, VRS): Այս երեք գործիքներից յուրաքանչյուրն ունի իր առավելությունները և թերությունները: Միաչափ գործիքները պարզ են և լայնորեն կիրառվում են ամբուլատոր պայմաններում1: Որոշակի դեպքերում, նշված սանդղակներով ցավի գնահատումն իրականացվում է հիվանդի հարազատների ներկայությամբ և ներգրավմամբ: Քրոնիկական ցավի գնահատման տեսանկյունից ամենապարզը և ամենակիրառելին ՎԱՍ (VAS) գործիքն է: VAS-ի

դեպքում օգտագործվում է հորիզոնական 100 մմ-ոց քանոն, որի ձախ ծայրին գրված է «ցավ չկա», իսկ աջ ծայրին՝ «սաստիկ անտանելի ցավ»: Հիվանդը պետք է այդ քանոնի վրա փայտիկով՝ սանդղակին ուղղահայաց պահած վիճակում ցույց տա սանդղակի կոնկրետ այն կետը, որը համապատասխանում է իր ցավի ուժգնությանը: Այնուհետև բժիշկը չափում է 0-ից («ցավ չկա») մինչև հիվանդի կողմից նշված կետը ընկած տարածությունը՝ սանտիմետրերով, որն էլ համարվում է այդ հիվանդի մոտ առկա ցավի ուժգնության VAS ցուցանիշը (0-ից մինչև 10):

2) Բազմաչափ գործիքներն ավելի բարդ են և տեխնիկապես ավելի դժվար իրականացվող (օրինակ՝ Մակգիլի ցավային հարցաշարը): Բազմաչափ մեթոդներին սովորաբար դիմում են գիտական հետազոտությունների դեպքում:Գործնականում որոշակի դժվարություն է ներկայացնում հոգեկան և վարքային շեղումներ ունեցող անձանց մոտ ցավային համախտանիշի գնահատումը: Նման հիվանդներին խնամողները հավանական ցավի մասին կարող են ենթադրել՝ ելնելով հիվանդի վարքից, դիմախաղից կամ տրամադրությունից: Նման հիվանդների մոտ ցավի առկայության կասկածի դեպքում պետք է նշանակվի ցավազրկողների փորձնական դեղաչափ:

ԳԼՈՒԽ 14.ՑԱՎԻ ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ-ՍՈՑԻԱԼԱԿԱՆ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄ

29.Ցավի դերն ու նշանակությունը պալիատիվ բժշկական օգնության կարիք ունեցող (օրինակ՝ քաղցկեղով հիվանդ) և այլ հիվանդների (օրինակ՝ ոչ չարորակ հիվանդություններով տառապողներ) միջև խիստ տարբերվում են: Առաջին դեպքում գրեթե միշտ առկա է ֆիզիկական ցավի անխուսափելիության նկատմամբ վախը: Քրոնիկական ցավերի առկայությունը բերում է հիվանդների ինքնավստահության կորստի և ցավազրկողներից կախվածության զգացման (կեղծ կախվածություն): Միևնույն ժամանակ, մշտական ցավի առկայությունը որոշ հիվանդների մոտ առաջ է բերում անբուժելիության և դատապարտվածության զգացումների: Տևական ցավը խաթարում է հիվանդի հոգեկան վիճակը՝ հաճախ առաջ բերելով անհանգստություն, ընկճվածություն, անքնություն և հոգեկան ու վարքային այլ շեղումներ: Հիվանդի մոտ հոգեբանական դիսթրեսի աստիճանը գնահատելու համար ստեղծվել են մի շարք գործիքներ, որոնց տվյալների հիման վրա կարելի է պատկերացում կազմել տվյալ

հիվանդի հոգեհուզային վիճակի մասին: Այդպիսի գործիքներից են դիսթրես թերմոմետրը (DT) և անհանգստության և դեպրեսիայի սանդղակը (HADS):

ԳԼՈՒԽ 15. ՑԱՎԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ՀՈՒՍԱԼԻՈՒԹՅՈՒՆԸ

30. Ցավի գնահատումն իրականացվում է բուժաշխատողի կողմից, սակայն մեծապես կախված է հիվանդի ներկայացրած սուբյեկտիվ տվյալներից (գանգատներ և անամնեզ): Ցավի ուժգնության աստիճանը սովորաբար թերագնահատվում է բուժանձնակազմի կողմից: Բժշկի և հիվանդի կողմից ցավի գնահատականների անհամապատասխանելիությունը կարող է դառնալ ոչ համարժեք ցավազրկման պատճառ: Ցավի գնահատման միաչափ մեթոդները պետք է կիրառվեն բուժումը սկսելուց առաջ և բուն բուժման ընթացքում, հնարավորինս հաճախակի: Ցավի գնահատման ամենահուսալի մեթոդները հիմնվում են անմիջապես հիվանդի կողմից ներկայացված տվյալների վրա:

ԳԼՈՒԽ 16. ՑԱՎԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ԴԵՂԱԲՈՒԺՈՒՄ

31. Պալիատիվ բժշկական օգնության կարիրք ունեցող հիվանդների մոտ քրոնիկական ցավային համախտանիշի արդյունավետ բուժումը գրեթե բոլոր դեպքերում ենթադրում է դեղաբուժում՝ թմրաբեր ցավազրկողների նշանակմամբ:

32.Նման բուժում նշանակող բժիշկները պետք է լիարժեքորեն տիրապետեն նշանակվող դեղերի ֆիզիկաքիմիական առանձնահատկությունների, ֆարմակոկինետիկայի և ֆարմակոդինամիկայի, դեղաչափերի, ազդեցության մեխանիզմների, ինչպես նաև կողմնակի ազդեցություններին և հնարավոր բարդությունների ու դրանց կանխարգելման ու բուժման վերաբերյալ գիտելիքներին և ունենան համարժեք փորձառություն:

33. Պալիատիվ բժշկական օգնության համատեքստում ցավազրկողների կիրառման նպատակը ցավային համախտանիշի բուժումն է:

34. Նման դեպքերում օփիատային կամ թմրաբեր այլ ցավազրկողների նշանակման հիմնական ցուցումներն են՝

1) Չափավոր և ուժեղ սուր ցավի բուժում, այդ թվում՝ ցավային շոկով ուղեկցվող կամ սպառնացող բոլոր հիվանդությունների և վիճակների դեպքում.

2) Չափավոր և ուժեղ քրոնիկական ցավի բուժում, այդ թվում՝ ուռուցքածին և ոչ ուռուցքածին:

35. Ցավազրկման պլանը ներառում է 4 հիմնական կետեր.

1) ցավային խթանների գնահատում և չեզոքացում (հակաքաղցկեղային բուժում՝ քիմիոթերապիա, վիրաբուժական միջոցառումներ, ճառագայթային բուժում, նյարդային բլոկադաներ և աղյունավետ դեղեր).

2) հիվանդների ցավազգացողության շեմքի բարձրացում (ախտաբանական տագնապի և դեպրեսիայի կանխարգելում և բուժում).

3) օփիոիդային և այլ ցավազրկող դեղերի՝ շուրջօրյա ցավազրկում ապահովող դեղաչափերի նշանակում, որը սահմանված կլինի առնվազն 10 օրվա համար նախատեսված չափաբաժնով.

4) նեյրոպաթիկ ցավի ախտորոշում և համապատասխան բուժում:

ԳԼՈՒԽ 17. ՑԱՎԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ԴԵՂԱԲՈՒԺՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ

36. Քրոնիկական ցավային համախտանիշի դեղաբուժման հիմնական սկզբունքներն արտացոլված են ցավի բուժման Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ ԱՀԿ) ստանդարտներում, որոնց հիմնական դրույթները թվարկված են ստորև.

1) Ցավային համախտանիշի բուժումը սկսելուց առաջ պետք է գնահատել և բժշկական փաստաթղթերում արձանագրել ցավային համախտանիշի բնույթը, ծանրության աստիճանը և այլ բնութագրիչներ

2)Ցավազրկող դեղերը նշանակվում են ներքին ընդունման (per os) դեղաձևերով, իսկ հազվադեպ (օրինակ՝ քրոնիկական ցավի սրացում, ճեղքող ցավեր, ներքին ընդունման հետ կապված խնդիրներ)՝ նաև այլ ճանապարհներով (ն/ե, ե/մ, մ/մ, մաշկային կպչուն սպեղանի):

3) Ցավազրկող դեղերը նշանակվում են օրվա նույն ժամերին՝ չսպասելով ցավի վերսկսմանը կամ ուժգնացմանը.

4) Ցավազրկող դեղի ընտրությունը պիտի հիմնվի ԱՀԿ ցավազրկման փուլային մոտեցման վրա: Եթե բուժական դեղաչափերով նշանակված ցավազրկողներով չի

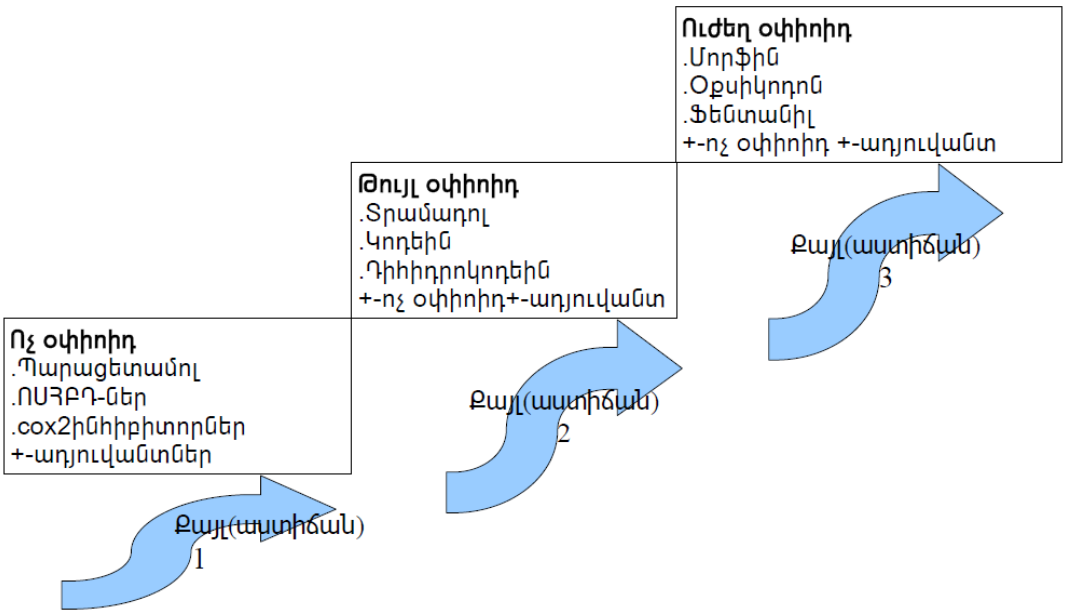
հաջողվում արդյունավետ կերպով մեղմացնել ցավային համախտանիշը, պետք է անցնել հաջորդ փուլի ցավազրկող դեղերի նշանակմանը (տե՛ս հաջորդ գլուխը):

5) Պետք է նկատի ունենալ, որ նույն հիվանդի մոտ կարող են զարգանալ ցավերի երկու և ավելի տեսակներ.

6) Կայուն քրոնիկական ցավային համախտանիշի դեպքում պետք է նշանակել կանոնավոր և երկարատև, սովորաբար ողջ կյանքի ընթացքում շարունակվող հակացավային դեղաբուժում:

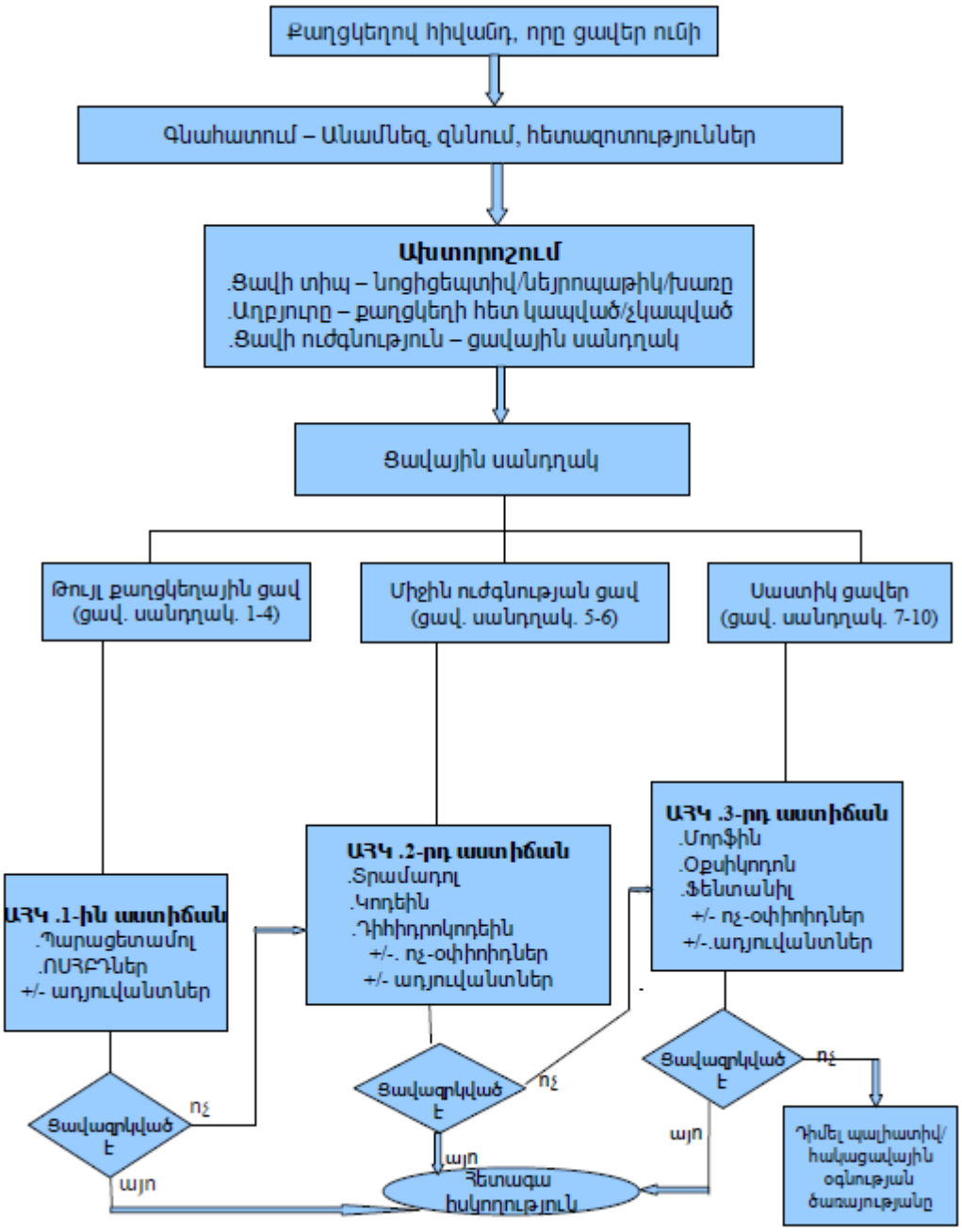
ԳԼՈՒԽ 18. ԱՀԿ ՑԱՎԱԶՐԿՄԱՆ ԱՍՏԻՃԱՆՆԵՐ

37. 1986 թվականին ԱՀԿ-ն առաջարկել է քրոնիկական ցավերի դեղաբուժման եռաստիճան սանդղակ: Այսպիսի բուժման հիմքում ընկած է VAS գործիքով գնահատված ցավի ուժգնության աստիճանը: Ընդունված է ըստ VAS-ի 1-4-րդ ցուցանիշները համարել մեղմ ցավի, 5-6-ը՝ միջին, իսկ 7-10-ը՝ ուժեղ (սաստիկ) ցավի չափորոշիչներ:



38. Քաղցկեղային ցավերի դեղաբուժումը պետք է հիմնվի վերոնշյալ աստիճանների վրա ինչպես հիվանդանոցային, այնպես էլ արտահիվանդանոցային պայմաններում: Որոշ դեպքերում ժամանակին համարժեք ցավազրկում ապահովելու նպատակով անհրաժեշտություն է ծագում 1-ին աստիճանից, շրջանցելով 2-րդ փուլը, անցնել 3-րդ աստիճան:

Գծապատկեր 1. Քրոնիկական ցավի կառավարման ալգորիթմը



ԳԼՈՒԽ 19. ՔՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ՑԱՎԱՅԻՆ ՀԱՄԱԽՏԱՆԻՇԻ ԴԵՄ ԿԻՐԱՌՎՈՂ ՑԱՎԱԶՐԿՈՂ ԴԵՂԵՐ

39. Քայլ 1. Ոչ թմրաբեր ցավազրկող դեղեր

1) Թույլ քրոնիկական ցավերից գանգատվող հիվանդներին պետք է կայուն հաճախականությամբ նշանակել պարացետամոլ կամ որևէ այլ ՈՍՀԲԴ:

2) ՈՍՀԲԴ նշանակելիս պետք է առաջնորդվել մի շարք սկզբունքներով, որոնք թվարկված են ստորև.

ա.Նշանակվող ՈՍՀԲԴ օրական դեղաչափը և ընդունման հաճախականությունը պետք է յուրաքանչյուր հիվանդի համար և յուրաքանչյուր առանձին դեպքում որոշել անհատապես՝ կախված ախտորոշումից, կլինիկական նկարագրից և հիվանդության ծանրության աստիճանից, ուղեկցող հիվանդություններից կամ վիճակներից, ինչպես նաև նշանակվող դեղի ֆարմակոկենետիկ և ֆարմակոդինամիկ առանձնահատկություններից:

բ.Պարացետամոլը (ացետամինոֆեն) որպես 1-ին փուլի ընտրության դեղ կարող է օգտակար լինել տարբեր բնույթի ցավերի դեպքում (այդ թվում՝ կմախքային, մկանային և մեղմ քաղցկեղային ցավեր):

գ. Չափահաս և կողմնակի հիվանդություններ չունեցող հիվանդների մոտ քրոնիկական մեղմ ցավերի դեպքում պարացետամոլի նշանակման ստանդարտ չափն է՝ 650 մգ յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ:

դ. Պարացետամոլը անվտանգ է. մահացու հեպատոտոքսիկ դեղաչափը 10 գրամ է՝ 24 ժամում:

ե.Այլ ՈՍՀԲԴ (օրինակ՝ իբուպրոֆեն կամ դիկլոֆենակ) ցավազրկող ազդեցություններից բացի օժտված են նաև հակաբորբոքային ազդեցությամբ: Այս առումով որոշ ՈՍՀԲԴ կարող են օգտակար դառնալ ոսկրային և փափուկ հյուսվածքների բորբոքմամբ ընթացող մեղմ ցավերի դեպքում:

զ.Չափահաս և կողմնակի հիվանդություններ չունեցող հիվանդների մոտ քրոնիկական մեղմ ցավերի դեպքում իբուպրոֆենի նշանակման ստանդարտ չափն է՝ 400 մգ յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ

է.Ասպիրինը (ացետիլսալիցիլաթթու)չի կարող դիտարկվել որպես այլընտրանքային ՈՍՀԲԴ, քանի որ ցավազրկող դեղաչափերով բարձր հավանականությամբ

դրսևորում է կողմնակի ազդեցություններ (օրինակ՝ արյունահոսության վտանգով հիվանդություններ):

ը.Պետք է հաշվի առնել, որ բոլոր ՈՍՀԲԴ ունեն ստամոքսաղիքային տարբեր խանգարումներ դրսևորելու կողմնակի ազդեցություն: Այս առումով ամենավտանգավորներն են՝ կետոպրոֆեն, կետորոլակ և պիրոքսիկամ: Նման կողմնակի ազդեցությունների վտանգը բարձրանում է որոշ նպաստող գործոնների առկայության պայմաններում, օրինակ՝ 65 տարեկանից բարձր տարիք, ծխախոտի օգտագործում, վերջերս տարած ծանր վիրաբուժական միջամտություններ, անամնեզում պեպտիկ խոցային հիվանդություն, ստերոիդների, հակակոագուլյանտների, ասպիրինի զուգահեռ օգտագործում, երիկամային, սրտային կամ լյարդային ծանր ախտահարումներ:

թ.ՈՍՀԲԴ այլ կողմնակի ազդեցություններից է նեֆրոտոքսիկությունը և կարդիոտոքսիկությունը:

ժ.Cox2-ինհիբիտորները ՈՍՀԲԴ-ների ենթախումբ են, որոնք օժտված են զգալի ցավազրկող ազդեցությամբ և զերծ են ստամոքսաղիքային կողմնակի երևույթներից: Միևնույն ժամանակ, այդ խմբի դեղերը զերծ չեն նեֆրոտոքսիկ ազդեցությունից, իսկ սրտանոթային համակարգի վրա կարող են ունենալ ավելի արտահայտված անցանկալի ազդեցություններ: Այս դեղերը պետք է նշանակել հնարավորինս փոքր դեղաչափերով և կարճաժամկետ:

ժա.Ստամոքսի և տասներկումատյա աղու խոցերի կանխարգելման համար երկար ժամանակի ընթացքում նշանակված ՈՍՀԲԴ կարելի է զուգակցել պրոտոնային պոմպի ինհիբիտորների (օմեպրազոլ) կամ հիստամինային H2 ընկալիչների անտագոնիստների հետ (ֆամոտիդին, ռանիտիդին):

ժբ. Պարացետամոլի և այլ ՈՍՀԲԴ զուգակցումը թույլ ազդող օփիոիդային ցավազրկողների հետ կարող է զգալիորեն բարձրացնել վերջիններիս արդյունավետությունը (տե՛ս հաջորդ քայլը):

40.Քայլ 2. Թույլ թմրաբեր ցավազրկողներ

1) Թույլ թմրաբեր ցավազրկողների բուժական դեղաչափերը պետք է նշանակվեն թույլից մինչև չափավոր ուժգնության քրոնիկական ցավերի դեպքում: Թույլ

թմրաբեր ցավազրկող դեղերից առավել հայտնի են տրամադոլը, կոդեինը, դիհիդրոկոդեինը:

2) Թույլ թմրաբեր ցավազրկողներ նշանակելիս պետք է առաջնորդվել հետևյալ սկզբունքներով.

ա. Տրամադոլի բարձր դեղաչափերն (օրական մինչև 300-600մգ) իրենց ցավազրկող ազդեցությամբ մոտ են մորֆինի ցածր դեղաչափերին, բայց դրսևորում են ավելի սակավաթիվ կողմնակի ազդեցություններ (փորկապություն, մաշկային քոր, նյարդահոգեկան ախտանիշներ)2:

բ.Տրամադոլը պետք է զգուշությամբ նշանակել այն հիվանդներին, ովքեր ընդունում են ցնցումային շեմն իջեցնող դեղեր (օրինակ՝ եռցիկլիկ հակադեպրեսանտներ, SSRI, SNRI):

գ.Տարբեր թույլ թմրաբեր ցավազրկողներն իրենց ազդեցության ուժով և ազդեցությամբ գրեթե չեն տարբերվում միմյանցից:

դ.Որպես ցավազրկող, պետք է հրաժարվել կոմբինացված ցավազրկողների կամ այնպիսի պատրաստուկների նշանակելուց, որոնք պարունակում են թույլ թմրաբեր ցավազրկողների ենթաբուժական դեղաչափեր, քանի որ որևէ տվյալ չկա, որը կապացուցեր դրանց ավելի արդյունավետ լինելը պարացետամոլից:

ե.Թույլ թմրաբեր ցավազրկողները բուժական դեղաչափերով կարող են զուգակցվել պարացետամոլի հետ: Այսպիսի համակցված դեղերի առկայությունը թույլ է տալիս պակասեցնել օփիոիդների անհրաժեշտ դեղաչափերը (սիներգիզմ): Օրինակ, կարելի է նշանակել այնպիսի կոմբինացված ցավազրկողներ կամ պատրաստուկներ, որոնք պարունակում են թույլ թմրաբեր ցավազրկողների բուժական դեղաչափեր (օրինակ՝ 325 մգ ացետամինոֆեն և 30 կամ 60 մգ կոդեին պարունակող պատրաստուկներ, յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ):

41. Քայլ 3. Ուժեղ թմրաբեր ցավազրկողներ.

1) Ափիոնային խմբի և ոչ ափիոնատիպ նյութեր ներկայացնող ուժեղ թմրաբեր ցավազրկողները ներկայիս բժշկագիտության մեջ հայտնի ամենահզոր ցավազրկող միջոցներն են:

2) Ուժեղ թմրաբեր ցավազրկողների բուժական դեղաչափերը պետք է նշանակվեն չափավորից մինչև ուժեղ քրոնիկական ցավերի դեպքում: Նման դեպքերում պետք է առաջնորդվել հետևյալ սկզբունքներով.

42. Ընդհանուր սկզբունքներ, որոնք վերաբերվում են բոլոր օփիոիդներին.

1) Սաստիկ ուժգնությամբ քաղցկեղային բնույթի ցավերի դեպքում մորֆինը համարվում է ընտրության միջոց :

2) Մորֆինի և մյուս հզոր թմրաբեր ցավազրկող դեղերի նախնական դեղաչափը կախված է հիվանդների կողմից նախկինում նման բուժում ստանալուց և մորֆինի նկատմամբ անհատական ընտելացումից (տոլերանտությունից):

3) Ուժեղ օփիոիդների համար գոյություն չունեն առավելագույն դեղաչափեր: Բավարար (ադեկվատ) են համարվում օփիոիդների այն քանակները, որոնք առաջ են բերում բավարար կայուն ցավազրկում՝ առանց արտահայտված կողմնակի ազդեցությունների:

4) Որպես կանոն, մորֆինի և մյուս օփիոիդային ցավազրկողների նկատմամբ զարգացող տոլերնատությունը գործնական դժվարություններ առաջ չի բերում:

5) Նշանակված մեկ օփիոիդը չպետք է փոխարինվի մյուսով որպես ցավազրկման արդյունավետությունը բարձրացնելու եղանակ: Դեղերը կարող են փոխարինվել մեկը մյուսով միայն տվյալ դեղի նկատմամբ անտանելիության դրսևորման կամ արտահայտված կողմնակի ազդեցություններ զարգանալու դեպքում:

6) Բժշկական նպատակներով նշանակված մորֆինը և մյուս օփիոիդները չեն զարգացնում կախվածության այդ դեղերից:

43. Մորֆին.

1) Չափավորից մինչև ուժեղ քրոնիկական ցավերից տառապող բոլոր հիվանդների հակացավային բուժումը պետք է սկսել IR օրալ (նեքին օգտագործման) մորֆինի 5-10 մգ-ոց հաբերից, յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ և նույն դեղաչափի լրացուցիչ կիրառումը՝ճեղքող ցավի հայտնվելու պարագայում, քանի դեռ հակացուցումներ չկան:

2) 4 ժ մեկ IR օրալ (նեքին օգտագործման)մորֆին ստացող հիվանդը քնելուց առաջ կարող է ընդունել կրկնակի դեղաչափ՝ գիշերային ցավերը կանխարգելելու նպատակով3:

---

3) Մորֆինի արդյունավետ օրեկան դեղաչափը տատանվում է 25 մգ-ից մինչև 2000 մգ: Քաղցկեղով հիվանդների համար պահանջվող մորֆինի դեղաչափը օրական միջինը 200 մգ է4:

4) Կան մորֆինի հաբերի անմիջապես արձակվող IR (Immediate Release) և դանդաղ արձակվող SR (Slow Release) դեղաձևեր: Tmax-ը IR-ի և SR-ի համար կազմում է համապատասխանաբար 1 և 3 ժամ: IR և SR մորֆինների ազդեցության տևողությունը կազմում է համապատասխանաբար 3-6 և 12 ժամ5:

5) Օրալ (ներքին օգտագործման) մորֆինի ավելի ցածր դեղաչափերով հակացավային բուժումը պետք է սկսել տարեց, խիստ հյուծված և լյարդային կամ երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների շրջանում:

6) Օրալ (ներքին օգտագործման) մորֆինի օրական դեղաչափը կարելի է տիտրել ավելի բարձր կամ ցածր հաճախականության՝ ելնելով հիվանդի մոտ մորֆինի դրսևորած ցավազրկող ազդեցության տևողության անհատական տարբերություններից:

7) Օրալ (ներքին օգտագործման) մորֆինի անհապաղ արձակման կամ արագ ազդեցության դեղաձևերով կայուն ցավազրկման ազդեցությունը դրսևորվելուց հետո պետք է անցնել նույն օրական դեղաչափով, բայց ավելի երկարատև ազդեցության դեղաձևերին:

8) Մորֆինի ներարկային (ներերակային և ենթամաշկային) դեղաձևերը նշանակվում են շտապ դեպքերում՝ արագ ցավազրկման հասնելու համար (տե՛ս նույն գլխի Գծապատկեր 2-ը): Tmax-ը ներարկային մորֆինի համար կազմում է 10-20 րոպե:

44.Ֆենտանիլ.

1) Ֆենտանիլը կիսասինթետիկ օփիոիդ է, որն օժտված է բարձր ճարպալուծությամբ և արտադրվում է ներարկման լուծույթի և տրանսդերմալ թաղանթների (կպչուն սպեղանի, patch) ձևով: Քրոնիկական քաղցկեղային ցավերի ժամանակ կիրառվում է գլխավորապես երկրորդը:

2) Ֆենտանիլային կպչուն սպեղանիները նշանակվում են կլման ակտի դժվարություններ, սրտխառնոց և փսխումներ ունեցող հիվանդներին, որոնց համար մորֆինի հաբերի ընդունումը խնդրահարույց է: Ֆենտանիլային կպչուն սպեղանու կիրառումից հետո ֆենտանիլի գագաթնակետային մակարդակը (պիկ) հասունանում է 8-12 ժամում, կիսատրոհման պարբերությունը 16-21 ժամ է: Համեմատած SR օրալ (ներքին օգտագործման) մորֆինի և մեթադոնի հետ, ցավազրկման և կյանքի որակի բարելավման առումներով արդյունավետությունը նույնն է:

3)Որոշ դեպքերում կիրառվում է ֆենտանիլի ներերակային և ենթամաշկային շարունակական կամ բոլյուսային ներարկման տակտիկան (օրինակ՝ երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների մոտ):

45.Մեթադոն (մեթադոնի հիդրոքլորիդ).

1)Մեթադոնը երկարատև ազդեցության ներքին օգտագործման (պերօրալ) ճանապարհով նշանակվող սինթետիկ օփիոիդ է, որը պալիատիվ բժշկական օգնության համատեքստում որպես հզոր թմրաբեր ցավազրկող կարող է նշանակվել փոշու, դեղահաբի, պատրաստի լուծույթի կամ օշարակի (սիրոպ) ձևով:

2)Մեթադոնով ցավազրկումը սկսվում է 2.5-10 մգ-ից՝ օրական 1 անգամյա ընդունմամբ:

3)Եթե պերօրալ մեթադոնն օգտագործվում է օփիոիդների նկատմամբ տոլերանտություն դրսևորող պացիենտների նկատմամբ, սկզբնական դեղաչափը կարող է բարձրացվել մինչև 4)5-10 մգ յուրաքանչյուր 8-12 ժամը մեկ անգամ:

4)Պերօրալ մեթադոնի կենսամատչելիությունը կազմում է 80-95%, մինչդեռ նույն ճանապարհով ընդունված մորֆինի համար այն կազմում է ընդամենը 30%:

5) Մեթադոնի միանվագ օրալ դեղաչափի կիսատրոհման պարբերությունը կազմում է 12-18 ժամ, իսկ հետագա կանոնավոր ընդունումների ժամանակ՝ 13-47 ժամ (միջինը 24 ժամ):

6)Մեթադոնի ազդեցությունը սկսվում է պերօրալ ընդունումից 30 րոպեի ընթացքում և հասնում իր գագաթնակետին 3-4 ժամվա ընթացքում:

7)Սրտանոթային հիվանդություններով պացիենտների համար պետք է նկատի ունենալ, որ մեթադոնը կարող է երկարացնել QT ինտերվալը, ինչն իր հերթին կարող է հանգեցնել կյանքին վտանգ սպառնացող առիթմիայի:

8) Լինելով ճարպալուծ՝ մեթադոնը հեշտությամբ կլանվում է թոքերի, երիկամների, լյարդի և փայծաղի կողմից: Այս օրգան-պահեստներում մեթադոնի խտությունն ավելի մեծ է, քան արյան մեջ: Արյան շիճուկում մեթադոնի խտության կայունացումը տեղի է ունենում 3-5 օր հետո, ուստի մեթադոնի դեղաչափի բարձրացումն անհրաժեշտության դեպքում կատարվում է ոչ շուտ, քան բուժման 3 օրը:

9) Մեթադոնի արդյունավետությունն ու կողմնակի ազդեցությունները համեմատելի են մորֆինի հետ:

10) Մեթադոնը լյարդում մետաբոլիզվում է P450 ֆերմենտային համակարգի միջոցով: Մեթադոնի լյարդային մետաբոլիզմում հատկապես մեծ է ցիտոքրոմօքսիդազա CYP3A4 և CYP2D6 ֆերմենտների դերը:

11) Մեթադոնի մետաբոլիտները զուրկ են կենսաբանական ակտիվությունից և հիմնականում օրգանիզմից հեռանում են երիկամներով և աղիներով: Պերօրալ ընդունված մեթադոնի 10% օրգանիզմից արտազատվում է անփոփոխ վիճակում: Մեթադոնի բավականին մեծ մակարդակ դիտվում է ստամոքսահյութում: Դրա չնչին մասը կարելի է հայտնաբերել թքի և քրտինքի մեջ: Հղիության ժամանակ մոր արյան մեթադոնի քանակության 50% հայտնաբերվում է ընկերքային արյան մեջ:

12) Զգուշավորություն պետք է ցուցաբերել այլ օփիոիդներից մեթադոնի անցման ժամանակ, քանի որ դեղաչափի փոխարկման գործակիցն անկայուն է, իսկ խաչաձև տոլերանտությունը՝ ոչ լիարժեք: Խորհուրդ են տրվում փոխարկման հետևյալ գործակիցները.

Աղյուսակ 5. Մեթադոնի փոխարկման գործակիցներ*

Պերօրալ (նեքին օգտագործման) մորֆինի օրական ելակետային դեղաչափը ԸՆԴԱՄԵՆԸ	Պերօրալ (նեքին օգտագործման) մեթադոնի մոտավոր օրական պահանջը որպես ընդամենը օրական տրամադրվող մորֆինի դեղաչափի տոկոս
< 100 մգ	20% -ից 30%
100 -ից 300 մգ	10% -ից 20%
300-ից 600 մգ	8% -ից 12%
600 -ից 1000 մգ	5% -ից 10%
> 1000 մգ	< 5%

* Ծանոթություն
Վերոնշյալ աղյուսակը չի անդրադառնում մորֆինի օրական 1000 մգ-ից ավել (2000 մգ/օր և ավել) պերօրալ օգտագործմանը, ոչ էլ առկա է բավարար գրականություն այդ հարցի վերաբերյալ: Ուստի և խորհուրդ է տրվում աղյուսակից օգտվել 5%-ից զգալիորեն պակաս փոխարկումների և մորֆինի ավելի մեծ դեղաչափերի համար: Աղյուսակը հաշվի չի առնում նաև պացիենտների անհատական առանձնահատկությունները և մեթադոնի փոխազդեցությունն այլ դեղերի հետ: Օրինակ, լյարդի հիվանդություններով տառապող պացիենտներին պետք է նշանակել մեթադոնի ավելի ցածր դեղաչափեր:

46.Հատուկ ուշադրություն պահանջող օփիոիդներ.

1) Պետիդինը չի կիրառվում քրոնիկական քաղցկեղային ցավերի դեմ, քանի որ այս դեղի նյութափոխանակության արգասիքը՝ նորպետիդինը կարող է կուտակվել օրգանիզմում (կումուլյացիա) և պատճառել մկանային ցնցումներ: Ռիսկը հատկապես բարձր է ծերերի և երիկամային խնդիրներով հիվանդների մոտ: Պետիդինի երկարաժամկետ կիրառումը հղի է նաև կախվածության զարգացմամբ:

2) Նալբուֆինը և բուպրենորֆինը օփիոիդային ընկալիչների ագոնիստ-անտագոնիստ են, որոնք չեն կարող նշանակվել այն հիվանդներին, ովքեր արդեն ստանում են ագոնիստներ՝ մորֆին, ֆենտանիլ, մեթադոն: Այսպիսի դեպքերում կարող է դիտվել նշված օփիոիդների ցավազրկող ազդեցության չեզոքացում և ցավերի սաստկացում:

47. Ադյուվանտ դեղեր.

1) Ադյուվանտները դեղեր են, որոնք ուժեղացնում են օփիոիդային և ՈՍՀԲԴ ցավազրկող ազդեցությունները:Ադյուվանտների նշանակման առաջնային նպատակը ցավազրկումը չէ, սակայն որոշակի վիճակներում դրանք ցուցաբերում են արտահայտված ցավազրկող ազդեցություններ:Ադյուվանտներն այլ կերպ կոչվում են նաև կո-անալգետիկներ: Դրանք կարող են նշանակվել ինչպես առանձին, այնպես էլ այլ ցավազրկողների (նաև՝ ուժեղ օփիոիդների) հետ զուգակցված:Նեյրոպաթիկ ցավերի բուժման ընթացքում նշանակված հակադեպրեսանտների և հակացնցումային դեղերի դեղաչափերը պետք է տիտրել ըստ արդյունքի և կողմնակի ազդեցությունների:Կետամինը թեև նվազեցնում է օփիոիդների նկատմամբ պահանջարկը, սակայն այս ներերակային անեսթետիկի կիրառումը սահմանափակվում է հոգեմետ և վեգետատիվ բնույթի ցայտուն կողմնակի

ազդեցություններով: Բիսֆոսֆոնատների կիրառումը սահմանափակ է՝ ելնելով բարձր ծախսատարությունից: Որպես կանոն, ոսկրային մետաստազներով պայմանավորված ցավերի դեպքում բիսֆոսֆոնատներ նշանակվում են, երբ ցավազրկողները և ճառագայթային բուժումը ցանկալի արդյունք չեն տալիս:

Աղյուսակ. Հիմնական ադյուվանտ դեղերը և դրանց կիրառման ոլորտը

Դեղորայքի խումբ	Դեղ	Կիրառման ոլորտ
Հակադեպրեսանտներ	Ամիտրիպտիլին Դուլոքսետին Սիմբալտա	Նեյրոպաթիկ ցավեր
Հակացնցումային դեղերի	Կարբամազեպին Նատրիումի վալպրոատ Գաբապենտին Պրեգաբալին	Նեյրոպաթիկ ցավեր
Ն-մեթիլ-Դ-Ասպարտատային (NMDA) ընկալիչների անտագոնիստներ	Կետամին	Օփիոիդների նկատմամբ կայուն ցավեր
Բիսֆոսֆոնատներ	Պամիդրոնատ Զոլեդրոնատ Կլոդրոնատ	Ոսկրային մետաստազների հետ կապված ցավեր
Կորտիկոստերոիդներ	Դեքսամետազոն Պրեդնիզոլոն	Ցավեր՝ կապված սեղմման ազդեցության հետ, օր. գլխուղեղի և լյարդի մետաստազներ, ողնուղեղի կոմպրեսիա
Հակախոլիներգիկներ	Հիոսցինի բութիլբրոմիդ, աթրոպինի սուլֆատ	Աղիքների խցանման հետ կապված ցավեր

ԳԼՈՒԽ 20. ՕՓԻՈԻԴԱՅԻՆ ՑԱՎԱԶՐԿՈՂՆԵՐԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅԱՆ ՄԵԽԱՆԻԶՄՆԵՐԸ

48. Բոլոր օփիոիդային ցավազրկող դեղերը հանդիսանում են օփիատային մյու, կապա և սիգմա ընկալիչների ագոնիստներ: Այս ընկալիչների դրդմամբ պայմանավորված ազդեցությունները ներկայացված են ստորև աղյուսակում:

μ դրդում	κ դրդում	σ դրդում
վերողնուղեղային ցավազրկում	ողնուղեղային ցավազրկում	դիսֆորիա ցնորք (հալյուցինացիա)

էյֆորիա շնչառության ընկճում ֆիզիկական կախվածություն	բբերի նեղացում (միոզ) սեդացիա	շնչառության խթանում անոթաշարժ կենտրոնի դրդում

49. Օփիոիդների ազդեցությունը օրգան-համակարգերի վրա կարելի է խմբավորել հետևյալ կերպ.

1) Կենտրոնական նյարդային համակարգ

ա. ցավազրկում (անալգեզիա)

բ.քնաբեր ազդեցություն

գ. շնչառության ընկճում

դ.հաճույք և երջանկության զգացում (էյֆորիա)

ե.նողկանք և (կամ) փսխում

զ. հազի ռեֆլեքսի ընկճում

2) Վեգետատիվ նյարդային համակարգ

ա.բերանի, քթի խոռոչի լորձաթաղանթների և աչքերի չորություն

բ. բբերի նեղացում (միոզ)

գ.փորկապություն

դ.միզակապություն և միզարձակման դժվարացում

ե. զարկերակային ճնշման իջեցում

3) Ներզատական (էնդոկրին) համակարգ

ա. ֆոլիկուլոխթանիչ հորմոնի քանակի նվազեցում

բ. լյուտեինիզացնող հորմոնի քանակի նվազեցում

գ. պրոլակտինի քանակի բարձրացում

դ. տեստոստերոնի քանակի նվազեցում

ե.անտիդիուրետիկ հորմոնի քանակի բարձրացում

4) Հիստամինի ձերբազատմամբ պայմանավորված ազդեցություններ

ա.քոր

բ.քրտնարտադրություն

գ.մաշկի կարմրություն (հիպերեմիա)

դ. բրոնխոսպազմ

ե.բրոնխեալ սեկրեցիայի ուժեղացում

5) Պտուղ

ա. նեոնատալ զրկանքի համախտանիշի զարգացում

ԳԼՈՒԽ 21.ՕՓԻՈԻԴՆԵՐԻ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԵՎ ՏՈՔՍԻԿ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ, ԳԵՐԴՈԶԱՎՈՐՈՒՄ

50. Բոլոր թմրաբեր ցավազրկողներին բնորոշ կողմնակի ազդեցություններն են՝ քնկոտություն, փորկապություն, բերանի չորություն, մաշկային քոր, նողկանքի զգացում և փսխումներ:

51. Օփիոիդներ օգտագործող հիվանդների 30%-ի մոտ կարող են զարգանալ տարբեր աստիճանի արտահայտվածության կողմնակի ազդեցություններ, որոնց նկատմամբ հիմնական պայքարը պիտի ուղղված լինի կողմնակի երևույթների կանխարգելմանը, միևնույն ժամանակ ապահովելով առավելագույն հնարավոր ցավազրկման մակարդակը:

52. Օփիոիդների կողմնակի ազդեցությունների դեմ պայքարը ներառում է առանձին նշանների ախտանիշային բուժումը, կիրառվող օփիոիդի նվազագույն դեղաչափի ընտրումը, իսկ ծայրահեղ դեպքերում՝ դրանց հանումը կամ փոխարինումը:

53.Մորֆինի և այլ օփիոիդային ցավազրկողների նշանակման յուրաքանչյուր առանձին դեպքում պետք է հաշվի առնել, ժամանակին կանխարգելել և բուժել հնարավոր տոքսիկ ազդեցությունները և գերդոզավորումը:

54. Օրալ մորֆինի նշանակման բոլոր դեպքերում (հատկապես միջանկյալ և երկարատև ազդեցության դեղաձևերի), ինչպես նաև օփիոիդային այլ ցավազրկողներ նշանակելիս պետք է հսկել, կանխարգելել և բուժել այս խմբի դեղերի տոքսիկ ազդեցությունների և գերդոզավորման զարգացումը (անհանգստություն և խուճապ, քնկոտություն, միոկլիոնիկ ցնցումներ, պարանոյա, տեսողական ցնորքներ:

55. Օփիոիդների տոքսիկ ազդեցության նշաններն ի հայտ գալու դեպքում պետք է անցկացնել ռեհիդրատացիա, նշանակված օփիոիդների դեղաչափի նվազեցում և կենսականորեն կարևորագույն օրգան-համակարգերի գործունեության մշտական հսկողություն և կարգավորում:

56. Օփիոիդներից գերդոզավորումը պահանջում է անհետաձգելի բժշկական օգնության և սպասարկման կամ վերակենդանացման միջոցառումներ:

57. Պետք է նաև հաշվի առնել տարեց և լյարդի կամ երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների մոտ օփիոիդային ցավազրկողների ազդեցության երկարացումը և այդ նյութերի կուտակումը (կումուլյացիա):
58. Բոլոր այն դեպքերում, երբ հիվանդների մոտ արձանագրվել են երիկամային կամ լյարդային անբավարարության նշաններ, անցումը երկարատև ազդեցության մորֆինին կամ այլ օփիոիդներին պետք է իրականացվի խիստ զգուշությամբ կամ էլ շարունակվի բուժումն արագ ազդող դեղաձևերով:
59. Պետք է հաշվի առնել, որ օրալ մորֆին ստացող հիվանդների մոտ կարող են զարգանալ որոշ այլ կողմնակի ազդեցություններ, մասնավորապես, փորկապություն, նողկանք կամ փսխում: Նման դեպքերում պետք է նշանակել վերոնշյալ երևույթները մեղմող ախտանիշային բուժում:

ԲԱԺԻՆ 2. ՕՓԻՈԻԴԱՅԻՆ ՑԱՎԱԶՐԿՈՂՆԵՐԻ ՆՇԱՆԱԿՄԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐՆ ՈՒՂԵԿՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴԵՊՔՈՒՄ

ԳԼՈՒԽ 22. ԲՐՈՆԽԻԱԼ ԱՍԹՄԱ

Օփիոիդները առաջացնում են հիստամինի ձերբազատում, որն էլ կարող է նպաստել բրոնխիալ ասթմայի նոպաների առաջացմանը: Բոլոր դեպքերում, եթե հիվանդի մոտ ի հայտ են եկել բրոնխների լուսանցի նեղացմանը (օբստրուկցիա) բնորոշ նշաններ, անհրաժեշտ է հրավիրել թերապևտի կամ թոքաբանի, որոնց կողմից հնարավոր է լրացուցիչ բուժման նշանակում:

ԳԼՈՒԽ 23.ԷՊԻԼԵՊՍԻԱ

Օփիոիդները չունեն որևէ հակացնցումնային ազդեցություն: Հակացնցումնային դեղերը (օրինակ՝ ֆենիտոին և կարբամազեպին) փոխազդում են օփիոիդների հետ, ուստի պետք է պարզել, թե ինչ դեղ է ստանում հիվանդը և, ըստ այդմ, անհրաժեշտության դեպքում փոփոխել նշանակված անալգետիկի դեղաչափը:

ԳԼՈՒԽ 24. «Բ» ԵՎ «Ց» ՀԵՊԱՏԻՏՆԵՐ

Ինչպես ցույց են տվել հետազոտությունները, լյարդի քրոնիկական հիվանդությամբ հիվանդների մոտ կարիք չկա կատարել օփիոիդների դեղաչափի

փոփոխություն: Իսկ լյարդի ֆունկցիայի խորը խանգարումները պահանջում են դեղաչափի կարգավորում: Լյարդի ֆունկցիայի ծանր խանգարումների ժամանակ օփիոիդների կիրառումը կարող է նպաստել էնցեֆալոպաթիայի զարգացմանը, որը, չնայած ժամանակավոր և դարձելի պրոցես է, բայց և այնպես կարող է հանգեցնել գլխուղեղի ծանր ախտահարման:

ԳԼՈՒԽ 25. ՄԻԱՎ և ՁԻԱՀ

Օփիոիդներ ստացող մարդու իմունային անբավարարության վիրուսով (ՄԻԱՎ) վարակված հիվանդների հակառետրովիրուսային բուժումն էապես չի տարբերվում այլ ՄԻԱՎ դրական հիվանդների բուժումից: Այն իր մեջ ներառում է օպորտունիստական վարակների կանխարգելում և հակավիրուսային բուժում:
Կարևոր է գնահատել հակավիրուսային դեղերի և օփիոիդների փոխազդեցությունը և կարգավորել դեղաչափերը, քանի որ նման փոխազդեցության հետևանքով օփիոիդների ցավազրկող ազդեցությունը կարող է նվազել: Հակավիրուսային բուժումն ընդհատելուց հետո օփիոիդների դեղաչափը կրկին պետք է կարգավորել՝ գերդոզավորումից խուսափելու համար:
«Բ» և «Ց» հեպատիտների առկայությունը ՄԻԱՎ դրական հիվանդների մոտ բավականին հաճախ է հանդիպում, որը մեծացնում է լյարդի ախտահարման հավանականությունը. սա կարող է անդրադառնալ հակավիրուսային դեղերի նյութափոխանակության վրա:

ԳԼՈՒԽ 26. ՕՓԻՈԻԴՆԵՐ ՍՏԱՑՈՂ ՀԻՎԱՆԴՆԵՐԻ ՑԱՎԱԶՐԿՄԱՆ ՀԱՐՑԵՐԸ

60. Սովորաբար ընդհանուր ազգաբնակչության շրջանում ցավազրկումը կատարվում է թերի: Ցավի ուժգնության աստիճանի թերագնահատումը առավել հաճախ կատարվում է օփիոիդային կախվածություն ունեցող անձանց մոտ:
61. Օփիոիդներով բուժման ներքո հիվանդների ցավազրկումը իրականացնելիս պետք է հաշվի առնել հետևյալ դրույթները.
1) Հիվանդների մոտ կարող է դիտվել ցավի նկատմամբ ցածր և օփիոիդների նկատմամբ բարձր տոլերանտություն:

2) Վիրաբուժական միջամտության ժամանակ օփիոիդի լրիվ դեղաչափը կարող է տրվել հոսպիտալիզացիայի ամբողջ ընթացքում, իսկ լրացուցիչ օփիոիդները նշանակվեն միջամտության իրականացման համար:

3) Օփիոիդային ցավազրկողների նկատմամբ բարձր տոլերանտության պատճառով երբեմն հարկ է լինում նշանակել դրանց մեծ դեղաչափեր:

4) Օփիոիդների հետ միաժամանակ խառը տիպի ագոնիստ-անտագոնիստների նշանակումը, ինչպիսիք են պենտազոցինը կամ բուպրենորֆինը, կարող է հանգեցնել ցավերի սաստկացմանը:

5) Հիվանդը պետք է տեղյակ պահի իր բուժող բժշկին սպասվելիք վիրաբուժական միջամտության մասին, որպեսզի կապ հաստատվի վերջինիս և վիրաբուժական կենտրոնի միջև, վիրաբույժին և անեսթեզիոլոգին տեղեկացվի հիվանդին նշանակված ցավազրկող դեղերի և դրանց դեղաչափերի մասին և ապահովվի հոսպիտալացման ընթացքում օփիոիդների ընդունման անընդհատությունը:

6) Երբեմն հիվանդները միտումնավոր կատարում են ցավի սիմուլյացիա՝ լրացուցիչ օփիոիդներ ստանալու նպատակով:

ԲԱԺԻՆ 3. ՕՓԻՈԻԴԱՅԻՆ ՑԱՎԱԶՐԿՈՂ ԴԵՂԵՐՈՎ ԳԵՐԴՈԶԱՎՈՐՈՒՄ

ԳԼՈՒԽ 27.ՕՓԻՈԻԴՆԵՐՈՎ ԳԵՐԴՈԶԱՎՈՐՄԱՆ ՊԱՏՃԱՌՆԵՐԸ

62. Օփիոիդներով գերդոզավորման ռիսկն առավել բարձր է դրանցով բուժման առաջին օրերի ընթացքում: Սա հիմնականում պայմանավորված է հետևյալ գործոններով՝

1) օփիոիդների կուտակային (կումուլյատիվ) հատկության թերագնահատում.

2) տոլերանտության ոչ ճիշտ գնահատում.

3) օփիոիդների դեղաչափի ընտրության ընթացքի ոչ լիարժեք հսկողություն.

4) ալկոհոլի, բենզոդիազեպինների այլ օփիատային թմրամիջոցների զուգահեռ օգտագործում:

63. Օփիոիդներից գերդոզավորման ընդհանրական նշանները.

1) բբերի նեղացում (միոզ)

2) նողկանք և փսխում

3) խոսքի խանգարումներ

4) գլխապտույտ

5) քնկոտություն (սեդացիա կամ սոմնոլենցիա)

6) զարկերակային ճնշման իջեցում (արտերիալ հիպոտոնիա)

7) սրտի կծկումների հաճախականության նվազեցում (բրադիկարդիա)

8) շնկառական ակտերի հազվադեպացում (բրադիպնոե)

9) մարմնի ջերմաստիճանի իջեցում (հիպոթերմիա)

Օփիոիդներից ծանր գերդոզավորումը կարող է ունենալ մահացու ելք՝ շնչառական կենտրոնի կաթվածի պատճառով:

64.Օփիոիդներից գերդոզավորման առաջին բժշկական օգնություն և սպասարկում.

1) Օփիոիդներից գերդոզավորման հիմնական բուժական միջոցառումներն են՝ օփիոիդային անտագոնիստների ներմուծում, թոքերի համարժեք արհեստական գազափոխանակություն և կենսականորեն այլ կարևոր ֆունկցիաների ապահովում:

2) Որպես օփիատային անտագոնիստ նպատակահարմար է նշանակել նալոքսոն, որը համարվում է կարճատև ազդեցության մյու և կապա ընկալիչների անտագոնիստ և սիգմա ընկալիչների ագոնիստ: Սիգմա ընկալիչների դրդումը խթանում է շնչառական կենտրոնը:

3) Նալոքսոնի միանվագ դեղաչափը կազմում է 0.8-2 մգ, որը ներմուծվում է ներերակային ճանապարհով: Եթե շնչառության վերականգնում չի դիտվում, կրկնակի ներարկվում է նախնական դեղաչափի 50%-ը:

4) Նալոքսոնը կարելի է նշանակել նաև մ/մ կամ նույնիսկ ներշնչափողային խողովակի միջոցով, եթե անհնար է իրականացնել ներերակային ներմուծում: Նալոքսոնի ազդեցությունը բավականին սպեցեֆիկ է և եթե գումարային 10 մգ դեղաչափի ներմուծումը չի հանգեցնում շնչառական կենտրոնի վերականգմանը, ապա պետք է կասկածի տակ առնել գերդոզավորման ախտորոշումը:

5) Նալոքսոնի ազդեցության տևողությունը (մինչև 3 ժամ) զիջում է օփիոիդների մեծ մասի (բացառությամբ ֆենտանիլի) ազդեցության տևողությանը, ուստի առաջինի միանվագ ներմուծումից մոտ 1 ժամ անց հիվանդի մոտ հնարավոր է գերդոզավորման նշանների կրկնակի դրսևորում՝ օփիոիդների շարունակվող ազդեցության հետևանքով: Այդ պատճառով էլ նալոքսոնը տրվում է երկարատև ինֆուզիայի ձևով (2 մգ նալոքսոն՝ լուծված 500 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթի մեջ): Հիվանդը պետք է գտնվի ստացիոնար հսկողության ներքո նվազագույնը 3-5 օր:

ԳԼՈՒԽ 28. ՆԱԼՈՔՍՈՆԻ ՆՇԱՆԱԿՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

65. Երբ օփիոիդի գերդոզավորումն ապացուցված է, և շնչառության հաճախությունը մեծ է 8-ից, իսկ հիվանդն արթնանում է արտաքին խթանիչներից, ապա պետք է դադարեցնել օփիոիդի նշանակումը և հիվանդին պահել հսկողության ներքո: Հակառակ դեպքում, երբ շնչառության հաճախությունը փոքր է 8-ից, իսկ հիվանդն էլ կոմայի մեջ է և ցիանոտիկ, ապա անհապաղ կարգով պետք է նշանակել նալոքսոն: Երկրորդ դեպքում պետք է լուծել 400 մկգ նալոքսոնը (1 սրվակ) 10 մլ ֆիզիոլոգիական լուծույթի մեջ և ներարկել փոքր միանվագ (բոլյուսային) դեղաչափեր՝ 0.5 մլ (20 մկգ) 2 րոպեն մեկ, մինչև շնչառության հաճախականությունը և խորությունը կդառնան բավարար:

66. Նալոքսոնի տիտրումը շարունակելու չափանիշը շնչառության հաճախությունն է, և ոչ թե հիվանդի գիտակցության վերականգնումը:

67. Կարող են պահանջվել նալոքսոնով միանվագ կամ երկարատև ինֆուզիոն բուժում՝ վիճակի բարելավումից մեկ ժամ անց, հատկապես, երբ գերդոզավորումը

պատճառվել է երկարատև ազդող օփիոիդներով՝ SR մորֆինի հաբեր, ֆենտանիլի կպչուն սպեղանի, մեթադոն:

68. Օփիատային ցավազրկողներով գերդոզավորման դեպքում շնչառական կենտրոնի զգայնությունը ածխաթթու գազի նկատմամբ ժամանակավորապես նվազում է, և այդ կենտրոնի էնդոգեն խթանիչ մնում է հիպոքսիան: Նման իրավիճակում մաքուր թթվածնի ներմուծումը նվազեցնում է հիպոքսիայի դրդող ազդեցությունը շնչառական կենտրոնի վրա, որը կարող է հանգեցնել շնչառության կանգի և թոքերի ատելեկտազի: Այդ իսկ պատճառով թոքերի արհեստական գազափոխանակության ընթացում հիվանդի շնչուղիներ ներփչվող ծավալում թթվածնի կոնցենտրացիան սկզբնական շրջանում չպետք է գերազանցի 25%-ը, իսկ հետագայում՝ 30-35%-ը:

69. Օփիոիդներից գերդոզավորումների բուժումը ներառում է նաև հետևյալ միջոցառումների շտապ անցկացումը՝

1) հիվանդին պառկացնել կողքի վրա այնպես, որ վերին շնչուղիները չխցանվեն փսխման զանգվածներով.

2) ապահովել վերին շնչուղիների անցանելիությունը (գլխի դեպի հետ տարածում և կզակի բարձրացում).

3) արհեստական փսխում առաջացնելը հակացուցված է:

4) ստամոքսի լվացում, որը կատարվում է օփիոիդների ներմուծման եղանակից անկախ, քանի որ այդ նյութերը մասնակիորեն ետ են ներծծվում ստամոքս՝ լորձաթաղանթի միջոցով (բնական դետոքսիկացիա), իսկ հետո աղիներից անցնում արյան մեջ: Լվացումը կատարվում է օրոգաստրալ կամ նազոգաստրալ զոնդի միջոցով՝ կիրառելով ակտիվացված ածուխ (50-80 գ մանրացված հաբերը 100-150 մլ ջրում): Անգիտակից հիվանդների ստամոքսի զոնդավորումը պետք է անցկացնել միայն ներշնչափողային խողովակի տեղադրումից հետո:

ԳԼՈՒԽ 29. ՕՓԻՈԻԴՆԵՐԻՑ ԳԵՐԴՈԶԱՎՈՐՄԱՆ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

70. Օփիոիդներով բուժում ստացող հիվանդը պետք է գտնվի հսկողության ներքո առաջին դեղաչափը ընդունելուց 3-4 ժամվա ընթացքում:

71. Պետք է նվազեցնել կամ հետաձգել ԿՆՀ ընկճման նշաններ դրսևորող հիվանդների օրական դեղաչափը:

72. Հիվանդի հարազատները պետք է ուշադրություն դարձնեն և բժշկին հաղորդեն նրա քնի ընթացքում հնարավոր շնչառական աղմուկների մասին, քանի որ վերջինս կարող է վկայել շնչառության ընկճման մասին:

73. Հիվանդները և նրանց հարազատները պետք է տեղեկացվեն գերդոզավորման նշանների և տարրական բժշկական օգնության և սպասարկման միջոցառումների մասին:

ԳԼՈՒԽ 30. ՄՈՐՖԻՆԻ ՆՇԱՆԱԿՄԱՆ ՆԱԽԱՁԵՌՆՈՒՄԸ, ՆԵՐՄՈՒԾՄԱՆ ՈՒՂԻՆԵՐԸ և ԴԵՂԱՉԱՓԵՐԻ ՏԻՏՐՈՒՄԸ

74. Նախկինում օփիոիդ չստացած հիվանդների համար ցավազրկող բուժումը սկսում է հնարավորինս ցածր դեղաչափերից: Լավագույն է համարվում խիստ անհատական մոտեցումը՝ հիմնված ցավի ուժգնության, հիվանդի ընդհանուր վիճակի և բուժման նպատակների հետ:

75. Դեղաչափերի տիտրումը պարզագույն մեթոդ է օրալ IR մորֆինի 4 ժամը մեկ ընդունումը և նույն դեղաչափի լրացուցիչ կիրառումը ճեղքող ցավի հայտնվելու պարագայում:Հետագայում ճշտվում է մորֆինի անհրաժեշտ դեղաչափի օրական ընդհանուր քանակությունը:

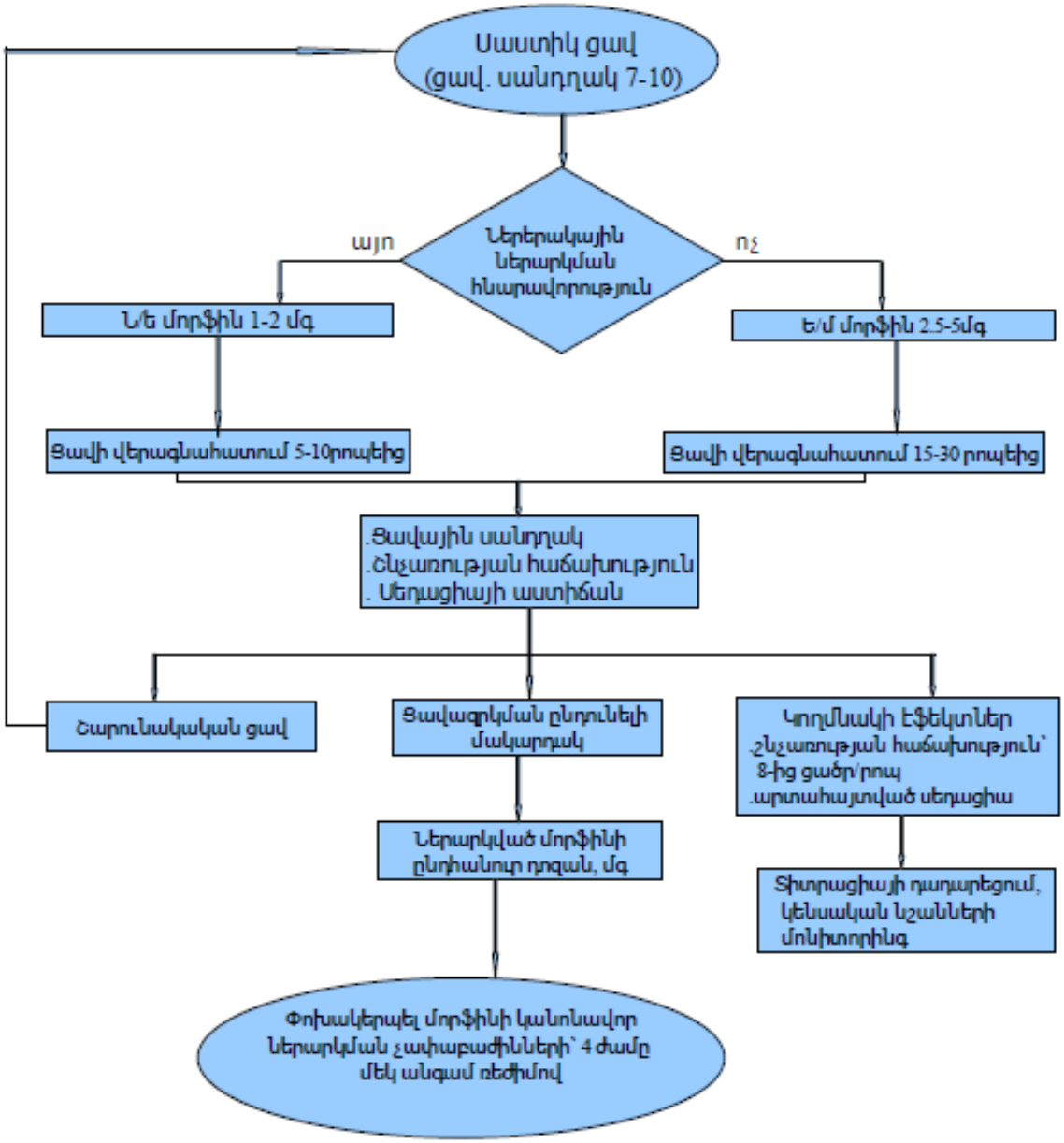
76. IR օրալ մորֆինի 5 մգ 4 ժ մեկ անգամ դեղաչափը համարվում է անվտանգ և արդյունավետ սկզբնական դեղաչափ՝ նախկինում օփիոիդ չստացած հիվանդների համար:

77. Ոչ վաղ անցյալում օփիոիդ ստացած (տրամադոլ, դիհիդրոկոդեին) հիվանդներին նշանակվում է IR օրալ մորֆին՝ 10 մգ 4 ժ մեկ:

78. Տարեց հիվանդնների համար անվտանգ է համարվում IR օրալ մորֆինը 2.5 մգ 4-6 ժ մեկ սկզբնական դոզավորումը (10-15 մգ 24 ժամում): 4 ժ մեկ IR օրալ մորֆին ստացող հիվանդին բժիշկը քնելուց առաջ կարող է նշանակել կրկնակի դեղաչափ՝ գիշերը ցավերից չարթնանալու համար:

79. Ներմուծման ենթամաշկային ուղին օգտագործվում է կլման ակտի դժվարություն, սրտխառնոց և փսխում ունեցող հիվանդների մոտ: Պարենտերալ ներմուծման մյուս ուղին՝ ն/ե ներարկումը նախընտրելի է, երբ անհրաժեշտ է հասնել արագ ցավազրկման:

Գծապատկեր 2. Մեծահասակների մոտ ուժգին ցավերի ժամանակ արագ ցավազրկման հասնելու համար ներարկվող մորֆինի տիտրացիայի ալգորիթմ



ԳԼՈՒԽ 31. ՕՓԻՈԻԴՆԵՐՈՎ ՊԱՀՊԱՆՈՂԱԿԱՆ ՑԱՎԱԶՐԿՈՒՄ

80.Քաղցկեղով հիվանդների մոտ ցավերը հիմնականում շարունակական են, ուստի կարևոր է օփիոիդների կանոնավոր դեղաչափերի նշանակումը նախապես ընտրված ժամերին

81.Շարունակական ցավազրկումն ապահովելու համար IR օրալ մորֆինը պետք է նշանակել 4 ժամը մեկ գրաֆիկով: IR մորֆինի արդյունավետ 24 ժամյա դոզավորման չափաքանակները ճշտելուց հետո կարելի է անցնել մորֆինի SR հաբերին, որոնք նշանակվում են 12 ժ մեկ գրաֆիկով:

ԳԼՈՒԽ 32. ՃԵՂՔՈՂ ՑԱՎԵՐԻ ԿԱՌԱՎԱՐՈՒՄ

82. Ճեղքող ցավերը մեղմացնող արդյունավետ դեղաչափ է համարվում 24 ժամյա դեղաչափի 1/6-ը: Օրինակ, եթե հիվանդը ստանում է օրական 60 մգ օրալ մորֆին, ապա ճեղքող ցավերի ժամանակ նա պետք է ստանա 10 մգ պերօրալ մորֆին, կամ 5 մգ ներարկային մորֆին՝ ե/մ կամ ն/ե ճանապարհներով:

83. Այսպիսի «շտապ» դեղաչափերը կարող են կիրառվել մեծ հաճախականությամբ, երբեմն յուրաքանչյուր ժամը մեկ: Երիկամային անբավարարությամբ հիվանդների մոտ ճեղքող ցավերի բուժման համար անհրաժեշտ դեղաչափերը կրճատվում են կիսով չափ:

ԳԼՈՒԽ 33.ՕՓԻՈԻԴՆԵՐԸ՝ ՄԵԿԸ ՄՅՈՒՍՈՎ ՓՈԽԱՐԻՆԵԼՈՒ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ (ՌՈՏԱՑԻԱ)

84. Մի օփիոիդը մյուսով փոխելու նպատակն է բարելավել հավասարակշռությունը ցավազրկման աստիճանի և կողմնակի ազդեցությունների միջև: Մասնավորապես, այսպիսի անհրաժեշտություն է առաջանում, երբ կողմնակի ազդեցություններն այլևս թույլ չեն տալիս բարձրացնել տվյալ օփիոիդի օրական դեղաչափը՝ ցավազրկման ընդունելի մակարդակ ապահովելու համար:

ԳԼՈՒԽ 34. ՆՇԱՆԱԿՎԱԾ ՄԵԿ ՕՓԻՈԻԴԸ ՄՅՈՒՍՈՎ ՓՈԽԱՐԻՆԵԼՈՒ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ.

85.Նշանակված մի օփիոիդային ցավազրկող դեղը մյուսով փոխարինելու հիմնական պատճառներն են՝

1) ոչ համարժեք ցավազրկում՝ չնայած տվյալ օփիոիդի դեղաչափի համապատասխան տիտրմանը.

2) անհանդուրժելի կողմնակի ազդեցություններ (օրինակ՝ արտահայտված սեդացիա, սրտխառնոց, փսխում, փորկապություն).

3) ուշ դրսևորվող անհատական անտանելիություն.

4) գործնական պատճառներ՝ հիվանդի նախապատվություն, կլման ակտի դժվարություններ:

86. Երբ անցում է կատարվում IR մորֆինից դեպի ֆենտանիլային կպչուն սպեղանին, ապա ժամանակ է անհրաժեշտ լինում ֆենտանիլի ցավազրկող ազդեցությունը հասունանալու համար: 4 ժամը մեկ նշանակված օրալ մորֆինը շարունակվում է ընդունվել՝ ֆենտանիլային կպչուն սպեղանիի օգտագործելուց հետո ևս 12 ժամ:

87. SR օրալ մորֆինը ֆենտանիլով փոխարինելիս պետք է կպչուն սպեղանին և SR մորֆինի վերջին չափաբաժինը նշանակել նույն ժամին: Փորձը ցույց է տալիս, որ ֆենտանիլը ապահովում է մորֆինին համարժեք ցավազրկման մակարդակ՝ պակասեցնելով փորկապության արտահայտվածությունը և լաքսատիվների պահանջարկը:

ԳԼՈՒԽ 35. ԷԿՎԻԱՆԱԼԳԵԶԻԿ ՓՈԽԱՆԱԿՄԱՆ ՀԱՐԱԲԵՐԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ

88. Չնայած փոխանակման հարաբերակցության աղյուսակների առկայությանը, անհրաժեշտ է դրսևորել անհատական մոտեցում և հաճախակի վերագնահատումների արդյունքում ճշգրտել նոր օփիոիդի նշանակման ռեժիմը: Ընտրված օփիոիդի նախնական դեղաչափը պակասեցվում է 25-50%-ով՝ անվտանգության նպատակով:

Աղյուսակ 5. Օփիոիդների փոխանակման հաշվարկումը*

Նոր դեղը / Նշանակված դեղը	Կոդեին մգ/օր	Օրալ մորֆին, մգ/օր	Ե/մ մորֆին, մգ/օր	Օքսիկոդոն, մգ/օր	Ֆենտանիլի կպչուն սպեղանի,

					մկգ/ժ
Կոդեին, մգ/օր		8	20	12	24
Օրալ մորֆին, մգ/օր	8		2.5	1.5	3
Ե/մ մորֆին, մգ/օր	20	2.5		0.6	1.2
Օքսիկոդոն, մգ/օր	12	1.5	0.6		2
Ֆենտանիլի կպչուն սպեղանի, մկգ/ժ	24	3	1.2	2	

*Ծանոթություն
Բաց մոխրագույնով՝ բազմապատկել
Մուգ մոխրագույնով ՝ բաժանել

Օփիոիդների փոխանակման հաշվարկի օրինակներ.

Օրինակ . Օրալ մորֆինից անցում օքսիկոդոնի

Օրալ մորֆին. 20 մգ 4 ժ մեկ = 120 մգ/օրեկան

Փոխանակման գործակից = բաժանել 1.5-ի

Օքսիկոդոնի համարժեք դեղաչափը = 120:1.5 = 80 մգ/օրական

Համարժեք դոզայի իջեցում 25%-ով = 60 մգ/օրեկան

Այսպիսով, օքսիկոդոնի դեղաչափը պետք է լինի = 30 մգ, օրը 2 անգամ