

ՀԱՅԱՍՏԱՆԻ ՀԱՆՐԱՊԵՏՈՒԹՅԱՆ ԱՌՈՂՋԱՊԱՀՈՒԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐ  
ՀՐԱՄԱՆ

---

«22» մարտ 2018թ.

No 751 - Ա

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ  
ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՑԱՎԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԵՎ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑԸ  
ՀԱՍՏԱՏԵԼՈՒ ՄԱՍԻՆ

Հիմք ընդունելով Հայաստանի Հանրապետության կառավարության 2002 թվականի օգոստոսի 15-ի N 1300-Ն որոշմամբ հաստատված Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարության կանոնադրության 12-րդ կետի «դ» ենթակետը, Հայաստանի Հանրապետության առողջապահության նախարարի 2017 թվականի հոկտեմբերի 18-ի N 45-Ն հրամանով հաստատված «Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման տրամադրման չափորոշի» 7-րդ կետը.

ՀՐԱՄԱՅՈՒՄ ԵՄ`

Հաստատել «Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում պացիենտի ցավի գնահատման և կառավարման ուղեցույցը»՝ համաձայն հավելվածի:

Լ.ԱԼԹՈՒՆՅԱՆ

ՊԱԼԻԱՏԻՎ ԲԺՇԿԱԿԱՆ ՕԳՆՈՒԹՅԱՆ ԵՎ ՍՊԱՍԱՐԿՄԱՆ ՇՐՋԱՆԱԿՆԵՐՈՒՄ  
ՊԱՑԻԵՆՏԻ ՑԱՎԻ ԳՆԱՀԱՏՄԱՆ ԵՎ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՈՒՂԵՑՈՒՅՑ

I. ԸՆԴՀԱՆՈՒՐ ԴՐՈՒՅԹՆԵՐ

1. Սույն ուղեցույցը ներկայացնում է պացիենտի ցավի գնահատման և կառավարման կլինիկական մոտեցումները, որոնք ունեն խորհրդատվական բնույթ և որոնց նպատակն է օգնել պալիատիվ բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող բուժանձնակազմին տրամադրել արդյունավետ ծառայություններ:

II. ՑԱՎԻ ԴԱՍԱԿԱՐԳՈՒՄ

2. Պալիատիվ բժշկական օգնության կարիք ունեցող պացիենտների մոտ ցավերը դասակարգվում են ըստ ծագման, բնույթի և տևողության:

3. Ըստ ծագման ցավը կարող է լինել նոցիցեպտիվ (վնասող) և ոչ նոցիցեպտիվ (չվնասող): Ոչ նոցիցեպտիվ (չվնասող) համարվում են նեյրոպաթիկ, հոգեծին և իդիոպաթիկ ցավերը:

4. Ըստ բնույթի ցավերը դասակարգվում են՝

1) **Նոցիցեպտիվ ցավն** առաջանում է ծայրամասային ցավային ընկալիչների (նոցիցեպտոր) գրգռման հետևանքով: Այն նկարագրվում է պացիենտի կողմից որպես տարբեր աստիճանի նվացող, բութ, մակերեսային կամ խորը ցավ: Նոցիցեպտիվ են համարվում՝

**ա. Սոմատիկ ցավը**, որն առաջանում է մաշկի, փափուկ հյուսվածքների, մկանների, ոսկրերի ցավային ընկալիչների գրգռման հետևանքով:

**բ. Ընդերային ցավը**, որն առաջանում է ներքին օրգանների ցավային ընկալիչների գրգռման հետևանքով:

2) **Նեյրոպաթիկ ցավն** առաջանում է ծայրամասային կամ կենտրոնական նյարդային համակարգի մեխանիկական վնասման (ճնշում, քաղցկեղի ներած), ինչպես նաև նյութափոխանակության խանգարումների ժամանակ և պայմանավորված չէ ցավային ընկալիչների (նոցիցեպտորների) գրգռմամբ:

- 3) **Հոգեծին ցավը** կապված չէ սոմատիկ, ընդերային կամ նեյրոնային վնասումների հետ, և դրա տեղակայումը հազվադեպ է համապատասխանում մարմնի կոնկրետ հատվածին:
- 4) Իդիոպատիկ է համարվում այն ցավը որի պատճառը չի հայտնաբերվում:

5. Բացի նշվածից, դիտարկվում են նաև՝

1) **Խառը ցավը**, որը կարող է առաջանալ առաջընթաց հիվանդության ժամանակ և բնորոշվում է նոցիցեպտիվ և նեյրոպաթիկ ցավերի բնութագրերով:

2) **Ճեղքող ցավը** առաջանում է հարաբերականորեն կայուն և բավարար ցավազրկման պայմաններում՝ ինքնուրույն կամ որևէ դրդապատճառից՝ օր. դիրքի փոփոխությունից, ջերմաստիճանի տատանումներից կամ այլ պատճառներից: Ճեղքող ցավերին բնորոշ են՝ **ա.** արագ և անսպասելի զարգացում (ուժգնության գագաթնակետին հասնում են 1-3 րոպեում),

**բ.** կարճատևություն (մեծ մասամբ տևում է մինչև 30 րոպե),

**գ.** ցավերի անտանելի ուժգնություն:

6. Ըստ տևողության ցավը դասակարգվում է որպես **սուր և քրոնիկ ցավ** (տևողությունը ավելի քան 3 ամիս):

1) **Սուր ցավը** կարճատև է (ժամեր, հազվադեպ օրեր), ունի կանխատեսելի սկիզբ, ընթացք և ավարտ, և կարող է լինել սոմատիկ և ընդերային:

2) **Քրոնիկ** է համարվում այն ցավը, որը տևում է երեք ամսից ավելի: Շարունակվում կամ շարունակաբար վերսկսվում կամ սաստկանում է բավականին երկար ժամանակաշրջանի ընթացքում՝ ամիսներ, տարիներ: Ավելի քան երեք ամիս տևողությամբ քրոնիկական ցավը համարվում է ցավային համախտանիշ և դիտարկվում է որպես ինքնուրույն հիվանդություն:

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

### III. ՑԱՎԻ ԳՆԱՀԱՏՈՒՄԸ

8. Ցավի գնահատման նպատակն է բացահայտել ցավի բնույթը, ցավի մեխանիզմները, ցավի ուժգնությունը: Ցավի կառավարումը սկսվում է գնահատումից հետո, որով որոշվում է ցավի տեղակայումը, ուժգնությունը, բնույթը, սկիզբը, տևողությունը, պացիենտի ֆունկցիոնալ գործունեությունը, ուղեկցող ֆիզիոլոգիական վիճակը:

**9. Ցավի գնահատման միաչափ գործիքներն են՝**

1) միաչափ գործիքներից է վիզուալ անալոգային սանդղակը (այսուհետ՝ ՎԱՍ), Visual Analog Scale (VAS): ՎԱՍ-ի դեպքում օգտագործվում է հորիզոնական 10 սմ-ոց քանոն, որի ծախ ծայրին գրված է «ցավ չկա», իսկ աջ ծայրին՝ «սաստիկ անտանելի ցավ»: Պացիենտը ցույց է տալիս սանդղակի կոնկրետ այն թիվը, որը համապատասխանում է իր ցավի ուժգնությանը: Որոշ դեպքերում, գնահատումն իրականացվում է պացիենտի հարազատների ներկայությամբ և ներգրավմամբ:

**IV. ՑԱՎԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՍԿԶԲՈՒՆՔՆԵՐԸ**

10. Ցավի կառավարման հիմնական սկզբունքներն արտացոլված են Առողջապահության համաշխարհային կազմակերպության (այսուհետ՝ ԱՀԿ) ցավի բուժման չափորոշիչներում, որոնց հիմնական դրույթներն են.

1) **ԱՀԿ –ի ՑԱՎԱԶՐԿՄԱՆ ՍԱՆԴՈՒՂՔԸ**՝ Ցավի բուժումը սկսելուց առաջ պետք է գնահատել և բժշկական փաստաթղթերում արձանագրել ցավային համախտանիշի բնույթը, ծանրության աստիճանը և այլ բնութագրիչներ:

**Դեղամիջոցներ՝**

**Օփիոիդներ** - Ափիոնատիպ նյութերը *քնաբեր կակաչից (Papaver somniferum, խաշխաշ)* ստացվող և արհեստական եղանակով սինթեզվող թմրամիջոցների խումբ են, որոնք հանդիսանում են օրգանիզմի օփիոիդային ընկալիչների ազոնիստներ: Այս խմբին են դասվում մորֆինը, կոդեինը, քուարենորֆինը, հերոինը, մեթադոնը, դեզոմորֆինը և այլն:

**Ադյուվանտներ** - Ադյուվանտ կամ աջակցող դեղամիջոցները իրական ցավազրկող դեղեր չեն, բայց դրանք օգտագործվում են ցավի կառավարման մեջ նեյրոպաթիկ եւ այլ քրոնիկական ցավերի կառավարման համար: Դրանք են հակադեպրեսանտները, հակակոնվուլսանտները, սեդատիվ դեղամիջոցները և մկանային

ռելաքսանտները:



**ա. Քայլ 1.** Մեղմ ցավերի դեպքում

նշանակվում է պարացետամոլ կամ որևէ այլ ոչ ստերոիդային հակաբորբոքային դեղամիջոց (ՈՍՀԲԴ) գումարած ադյուվանտ:

Ցավի ուժգնությունը ըստ VAS -ի	Մկեւել ցավի աստիճանից
1-3	Մեղմ ցավ
4-6	Միջին ցավ
7-8	Ուժեղ ցավ

**բ. Քայլ 2.** Միջին ցավերի դեպքում նշանակվում է թույլ օփիոիդներ (տրամադոլ կամ կոդեին) գումարած պարացետամոլ կամ որևէ այլ ՈԱՀԲԴ գումարած աղյուվանտ:

Թույլ օփիոիդները նշանակելիս առաջնորդվել հետևյալ սկզբունքներով՝

1) Տրամադոլի բարձր դեղաչափերն (օրական մինչև 300 - 600 մգ) իրենց ցավազրկող ազդեցությամբ մոտ են մորֆինի ցածր դեղաչափերին:

2) Տրամադոլը զգուշությամբ է նշանակվում այն պացիենտներին, ովքեր ընդունում են ցնցումային շեմն իջեցնող դեղեր (ընտրողական սերոտոնինի հետզավթման ինհիբիտորներ (ԸԱՀՁԻ) (SSRI), օրինակ՝ եռցիկլիկ, սերոտոնինի և նորադրենալինի հետզավթման ինհիբիտորների (ՍՆՀՁԻ) հակադեպրեսանտներ (SNRI):

3) Թույլ օփիոիդները կարող են զուգակցվել պարացետամոլի հետ: Այսպիսի համակցված դեղերի առկայությունը թույլ է տալիս պակասեցնել օփիոիդների անհրաժեշտ դեղաչափերը (սիներգիզմ):

**գ. Քայլ 3.** Ուժեղ ցավերի դեպքում նշանակել ուժեղ օփիոիդ (մորֆին և մորֆինի սինթետիկ ածանցյալներ) գումարած պարացետամոլ կամ որևէ այլ ՈԱՀԲԴ գումարած աղյուվանտ: Ուժեղ օփիոիդների բուժական դեղաչափերը նշանակվում են չափավորից մինչև ուժեղ քրոնիկական ցավերի դեպքում: Նման դեպքերում առաջնորդվում են հետևյալ սկզբունքներով.

1) Սաստիկ ուժգնությամբ քաղցկեղային ցավերի դեպքում մորֆինը համարվում է ընտրության միջոց: Մորֆինի և մյուս ուժեղ օփիոիդների համար գոյություն չունեն առավելագույն դեղաչափեր: Բավարար (ադեկվատ) են համարվում թմրամիջոցների այն քանակները, որոնք առաջ են բերում բավարար կայուն ցավազրկում՝ առանց արտահայտված կողմնակի ազդեցությունների: Որպես կանոն, մորֆինի և մյուս թմրամիջոցների նկատմամբ զարգացող տոլերանտությունը գործնականում դժվարություններ առաջ չի բերում:

1) Նշանակված մեկ թմրամիջոցը չպետք է փոխարինվի մյուսով որպես ցավազրկման արդյունավետությունը բարձրացնելու եղանակ:

2) Դեղերը կարող են փոխարինվել մեկը մյուսով միայն տվյալ դեղի նկատմամբ անտանելիության դրսևորման կամ արտահայտված կողմնակի ազդեցություններ զարգանալու դեպքում:

3) Բժշկական նպատակներով նշանակված մորֆինը և մյուս թմրամիջոցները

չեն զարգացնում կախվածություն այդ դեղերից:

## V. ՑԱՎԻ ԿԱՌԱՎԱՐՄԱՆ ՀԱՄԱՐ ԿԻՐԱՌՎՈՂ ԴԵՂԵՐ

### 11. Ցավի կառավարման համար կիրառվող դեղերն են՝

1) **Մորֆին**՝ հաբերը արտադրվում են երկու տարբերակով՝

ա. Անմիջապես արձակվող (այսուհետ ԱԱ) (IR – immediate release), որի ազդեցության տևողությունը կազմում է 3-6 ժամ

բ. Դանդաղ արձակվող (այսուհետ ԴԱ) (SR – slow release), որի ազդեցության տևողությունը կազմում է 12 ժամ.

12. Մորֆինով հակացավային բուժումը սկսվում է անմիջապես արձակվող (IR) օրալ (ներքին ընդունման) մորֆինի 5-10 մգ-ոց հաբերից, յուրաքանչյուր 4 ժամը մեկ: 4 ժամը մեկ անմիջապես արձակվող (IR) օրալ (ներքին ընդունման) մորֆին ստացող պացիենտը քնելուց առաջ կարող է ընդունել կրկնակի դեղաչափ՝ գիշերային ցավերը կանխարգելելու համար:

Մորֆինի արդյունավետ օրական դեղաչափը տատանվում է 25 մգ-ից մինչև 2000 մգ:

13. Տարեց, խիստ հյուծված և լյարդային կամ երիկամային անբավարարությամբ պացիենտների բուժումը սկսվում է ներքին ընդունման մորֆինի ավելի ցածր դեղաչափերով:

14. Մորֆինի ներերակային, ենթամաշկային և միջմկանային դեղաձևերը նշանակվում են շտապ դեպքերում՝ արագ ցավազրկման հասնելու համար: Դեղամիջոցի առավելագույն խտությունը շիճուկում (Tmax) ներարկային մորֆինի համար կազմում է 10-20 րոպե:

15. **Ճեղքող ցավերի կառավարումը մորֆինով**՝ Ճեղքող ցավը մեղմացնող արդյունավետ դեղաչափ է համարվում 24 ժամյա դեղաչափի 1/6-ը: Օրինակ, եթե պացիենտը ստանում է օրական 60 մգ օրալ մորֆին, ապա ճեղքող ցավերի ժամանակ նշանակվում է 10 մգ ներքին ընդունման մորֆին, կամ 5 մգ մորֆին՝ ե/մ կամ ն/ե ճանապարհներով: Ճեղքող ցավի դեպքում դեղաչափերը կարող են կիրառվել մեծ հաճախականությամբ, երբեմն յուրաքանչյուր ժամը մեկ: Երիկամային անբավարարությամբ պացիենտների մոտ ճեղքող ցավերի բուժման համար անհրաժեշտ դեղաչափերը կրճատվում են կիսով չափ:

**Տրամադոլն օրամորֆի փոխակերպելու աղյուսակ**

Դեղամիջոց	Օրալ (մգ)	Պարէնտերալ (մգ)	Ցուցումներ
Մորֆին	30	12 (10-15)	Խուսափել նշանակելուց խիստ երիկամային կամ լյարդի դիսֆունկցիա ունեցող պացիենտներին: Առավելագույն դոզա չկա:
Տրամադոլ	300		Օրական առավելագույն դոզան՝ 300մգ

- Օրամորֆը բաց է թողնվում 20մգ/մլ հզորությամբ: Շշիկների տարողությունը 20մլ է, որի բերանին տեղադրված է դեղանյութը հաշվարկող կաթոցիչ: 1 կաթիլը = 1.25մգ: Շշի ընդհանուր տարողությունը 400մգ է:

- Մորֆինի սովորական սկզբնական դոզան 5-10մգ է ամեն 4 ժամը մեկ՝ օփիոիդ չընդունած պացիենտի համար՝ կախված նրա քաշից: Ամեն դոզան 10 մգ լինելու պարագայում չափահաս անձի օրական դոզան 60մգ է: 10մգ-ն հավասար է 8 կաթիլի: Մի շիշը միջինում կապահովի մոտ 6-7 օրվա ցավամոքում:

- Անմիջապես ազդող տրամադոլի սովորական դոզան 50-100մգ է՝ 4 անգամ 6 ժամը մեկ: Այն պացիենտների դեպքում, ում ցավը չի վերահսկվում տրամադոլով, օրամորֆի փոխարկումը կարող է լինել հետևյալ կերպ.

- 50 մգ տրամադոլը փոխարկել 5 մգ օրամորֆի՝ ամեն 4 ժամը մեկ (4 կաթիլ),
- 100 մգ տրամադոլը փոխարկել 10 մգ օրամորֆի՝ ամեն 4 ժամը մեկ (8 կաթիլ):

- Կլինիկական փորձ է անհրաժեշտ՝ որոշելու ճշգրիտ էքվիանալգետիկ դոզան՝ ելնելով պացիենտի տված արձագանքից:

- Ճեղքող ցավի դոզավորումը սովորաբար կազմում է պացիենտի 24-ժամյա հիմնական դոզայի 5-15%-ը:

- Կաթիլները կարող են հեշտորեն տիտրվել՝ օրալ ընդունման համար շաքարի կտորի վրա կամ փափուկ ուտելիքների մեջ կաթեցնելով: Եթե պացիենտն ի վիճակի չէ ծամել, կաթիլները կարելի է տալ նաև ենթալեզվային տարբերակով՝ լեզվի տակ կաթեցնելով:

2) **Մեթադոն (մեթադոնի հիդրոքլորիդ)**՝ Մեթադոնը երկարատև ազդեցության ներքին օգտագործման սինթետիկ օփիոիդ է, որը կարող է նշանակվել փոշու, դեղահաբի, պատրաստի լուծույթի կամ օշարակի (սիրոպ) ձևով:

ա. Մեթադոնով ցավազրկումը սկսվում է 2.5-10 մգ-ից՝ օրական 1-անգամյա ընդունմամբ,

բ. եթե պերորալ մեթադոնն օգտագործվում է թմրամիջոցների նկատմամբ տոլերանտություն դրսևորող պացիենտների նկատմամբ, սկզբնական դեղաչափը կարող է բարձրացվել մինչև 5-10 մգ յուրաքանչյուր 8-12 ժամը մեկ անգամ: Պերորալ մեթադոնի կենսամատչելիությունը կազմում է 80-95%, մինչդեռ նույն ճանապարհով ընդունված մորֆինի համար այն կազմում է ընդամենը 30%,

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

դ. Մեթադոնի ազդեցությունը սկսվում է պերորալ ընդունումից 30 րոպեի ընթացքում և հասնում իր գագաթնակետին 3-4 ժամվա ընթացքում:

16. 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:

17. 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-րդ օրը:

18. Մեթադոնի արդյունավետությունն ու կողմնակի ազդեցությունները համեմատելի են մորֆինի հետ:

19. Մեթադոնի մետաբոլիտները զուրկ են կենսաբանական ակտիվությունից և հիմնականում օրգանիզմից հեռանում են երիկամներով և աղիներով: Պերորալ 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:



20. Հզուշավորություն պետք է ցուցաբերել այլ թմրամիջոցներից մեթադոնի անցման ժամանակ, քանի որ դեղաչափի փոխարկման գործակիցն *անկայուն է*, իսկ խաչաձև տոլերանտությունը՝ ոչ լիարժեք: Խորհուրդ են տրվում փոխարկման հետևյալ գործակիցները.

Աղյուսակ 1. Մեթադոնի փոխարկման գործակիցներ

Պերորալ (ներքին օգտագործման) մորֆինի օրական ելակետային	Պերորալ (ներքին օգտագործման) մեթադոնի մոտավոր օրական ընդամենը օրական տրամադրվող մորֆինի
<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%

Աղյուսակը չի անդրադառնում մորֆինի օրական 1000 մգ-ից ավելի (2000 մգ/օր և ավելի) պերորալ օգտագործմանը, 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:

## 2) Աղյուվանտներ

Աղյուվանտները ուժեղացնում են օփիոիդային և ՈՍՀԲԴ ցավազրկող ազդեցությունները: Աղյուվանտների նշանակման առաջնային նպատակը ցավազրկումը չէ, սակայն որոշակի վիճակներում դրանք ցուցաբերում են արտահայտված ցավազրկող ազդեցություններ: Աղյուվանտներն այլ կերպ կոչվում են նաև կո-անալգետիկներ: Դրանք կարող են նշանակվել ինչպես առանձին, այնպես էլ այլ ցավազրկողների (նաև՝ ուժեղ թմրամիջոցների) հետ զուգակցված: Նեյրոպաթիկ ցավերի բուժման ընթացքում նշանակված հակադեպրեսանտների և հակացնցումային դեղերի դեղաչափերը պետք է տիտրել (աստիճանաբար բարձրացնել դեղաչափը մինչև ցանկալի արդյունքին հասնելը):

ըստ արդյունքի և կողմնակի ազդեցությունների (տես ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014 թվականի դեկտեմբերի 11-ի N 2910-Ա հրամանով հաստատված կլինիկական ուղեցույցը\*):

Աղյուսակ 2. Հիմնական աղյուվանտները և դրանց կիրառման շրջանակները

Դեղորայքի	Դեղ	Կիրառման
Հակադեպրեսանտներ	Ամիտրիպտիլին Դուլօքսետին	Նեյրոպաթիկ ցավեր
Հակացնցումային դեղեր	Կարբամազեպին Նատրիումի վալպրոաթթու Գաբապենտին	Նեյրոպաթիկ ցավեր
Ասպարտատային (NMDA) ընկալիչների անտագոնիստներ	Կետամին	Թմրամիջոցների նկատմամբ կայուն ցավեր
Բիսֆոսֆոնատներ	Պամիդրոնատ Զոլեդրոնաթթու Քլոդրոնաթթու	Ոսկրային մետաստազների հետ կապված ցավեր
Կորտիկոստերոիդներ	Դեքսամետազոն Պրեդնիզոլոն	Ցավեր՝ կապված սեղմման ազդեցության հետ, օր. գլխուղեղի և լյարդի մետաստազներ, ողնուղեղի կոմպրեսիա
Հակախոլիներգիկներ	Հիոսցինի բուֆիլբրոմիդ, աթրոպինի սուլֆատ	Աղիքների խցանման հետ կապված ցավեր

## VI. ՆՇԱՆԱԿՎԱԾ ՄԵԿ ՕՓԻՈՒԴԸ ՄՅՈՒՍՈՎ ՓՈԽԱՐԻՆԵԼՈՒ ՀԻՄՆԱԿԱՆ ՑՈՒՑՈՒՄՆԵՐԸ

21. Նշանակված մի օփիոիդային ցավազրկող դեղը մյուսով փոխարինելու

\* ներմկանային

հիմնական պատճառներն են՝

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

2) անցանկալի կողմնակի ազդեցություններ (օրինակ՝ արտահայտված սեղացիա, սրտխառնոց, փսխում, փորկապություն).

3) ուշ դրսևորվող անհատական անտանելիություն.

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

### VII. ՕՓԻՈՒԴՆԵՐԻ ՀԱՄԱՐԺԵՔ ՑԱՎԱԶՐԿՄԱՆ ՓՈԽԱՆԱԿՄԱՆ ՀԱՐԱԲԵՐԱԿՑՈՒԹՅՈՒՆ

22. Չնայած փոխանակման հարաբերակցության աղյուսակների առկայությանը, նոր օփիոիդների նշանակման դեպքում անհրաժեշտ է յուրաքանչյուր պացիենտի համար ընտրել անհատական դեղաչափը (տես ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014 թվականի դեկտեմբերի 11-ի N 2910-Ա հրամանով հաստատված կլինիկական ուղեցույցը\*):

<b>Նոր դեղը</b> <b>Նշանակված դեղը</b>	<b>Ներքին ընդունման մորֆին, մգ/օր</b>	<b>Ենթամաշկային (Ե/մ) մորֆին, մգ/օր</b>	<b>Ֆենտանիլի կաչուն սպեղանի, մկգ/ժ</b>
Ներքին ընդունման մորֆին, մգ/օր		2.5	3
Ե/մ մորֆին, մգ/օր	2.5		1.2
Ֆենտանիլի կաչուն սպեղանի, մկգ/ժ	3	1.2	

Ընտրված օփիոիդի նախնական դեղաչափը պակասեցվում է 25-50%-ով՝ անվտանգության նպատակով:

## VIII. ԹՄՐԱՄԻՋՈՑՆԵՐԻ ԿԻՐԱՌՄԱՆ ԿՈՂՄՆԱԿԻ ԱԶԴԵՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

### ԵՎ ԴՐԱՆՑ ԿԱՆԽԱՐԳԵԼՈՒՄԸ

23. Թմրամիջոցների կիրառման արդյունքում կարող են առաջանալ կողմնակի ազդեցություններ՝

- 1) փորկապություն՝ անհրաժեշտ է նշանակել օսմոտիկ և խթանիչ լուծողական,
- 2) սրտխառնոց / փսխում՝ նշանակել հակաէմետիկներ,
- 3) քնկոտություն, սովորաբար այն ժամանակավոր է, իսկ եթե այն

շարունակական է, կարելի է փոխարինել թմրամիջոցը,

- 4) գերդոզավորում՝ գիտակցության խանգարումներ ընդհուպ մինչև կոմա,
- 5) հազվասրտություն (բրադիկարդիա)՝ անհրաժեշտ է նշանակել ատրոպին,
- 6) հազվաշնչություն (բրադիպնոե)՝ բուժումը նալոքսոնով, տիտրելով այն մինչև

արդյունքին հասնելը:

\* ՀՀ առողջապահության նախարարի 2014 թվականի դեկտեմբերի 11-ի N 2910-Ա հրամանի հավելվածով հաստատված «Պալիատիվ բժշկական օգնության և սպասարկման շրջանակներում ցավային համախտանիշի կառավարման նպատակով թմրամիջոցների և հոգեմեդ (հոգեներգործուն) դեղերի նշանակման կլինիկական ուղեցույց»: