

# **Международный семинар-тренинг «Клинические аспекты общего ухода при оказании паллиативной помощи»**



## **Основные принципы ведения пожилых пациентов с хроническим болевым синдромом**

**Ольга Александровна Березикова**  
главный врач ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис»,  
главный областной специалист по паллиативной медицинской помощи ДОЗН КО

**г. Новосибирск , 21 ноября 2018 г.**



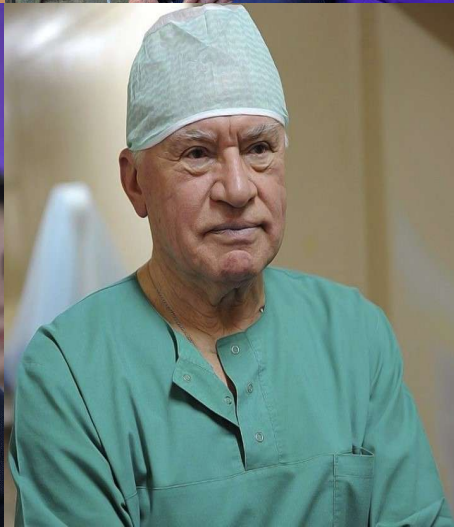
## Классификация возраста пожилых людей( ВОЗ)

- До 60 – средний возраст
- 60 – 75 лет –пожилые
- 75- 90 лет – старики
- Свыше 90 лет – долгожители



- 65 – 75 лет молодые пожилые (young elderly)
- 76 – 85 лет старые пожилые (old elderly)
- 86 лет и старше – очень старые пожилые (oldest elderly)

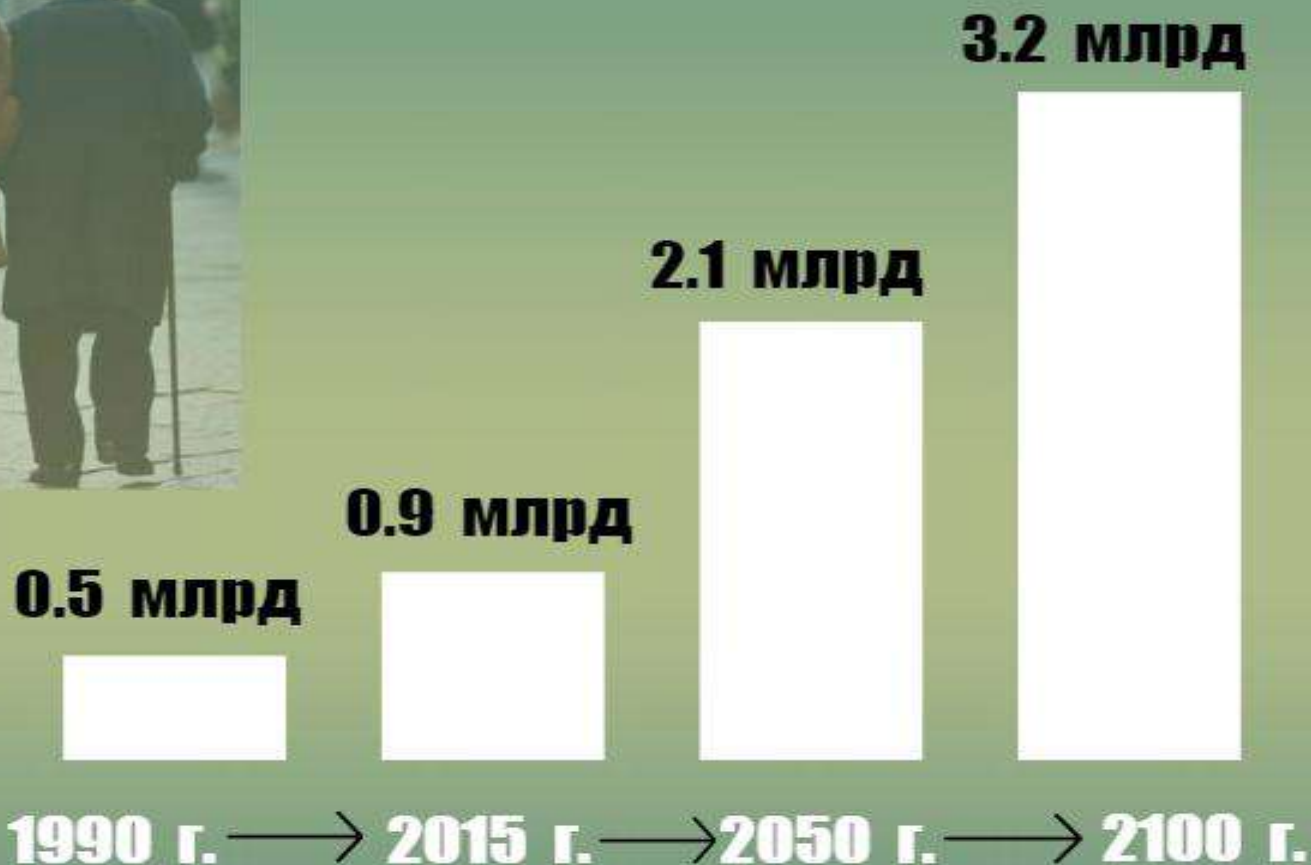






# Пожилые люди

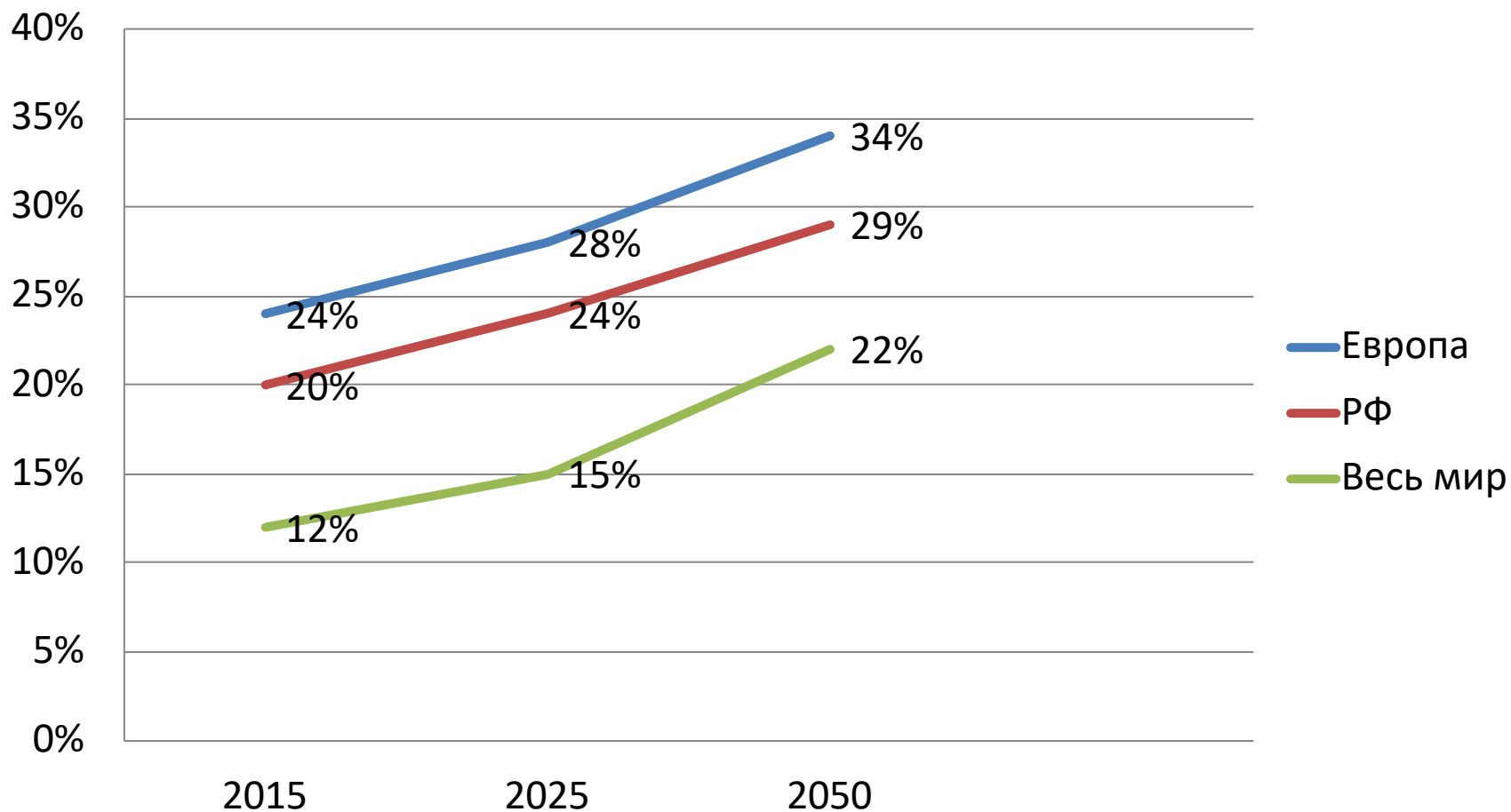
Прогнозируемая численность пожилых людей  
в возрасте от 60 лет и старше



По прогнозам ООН

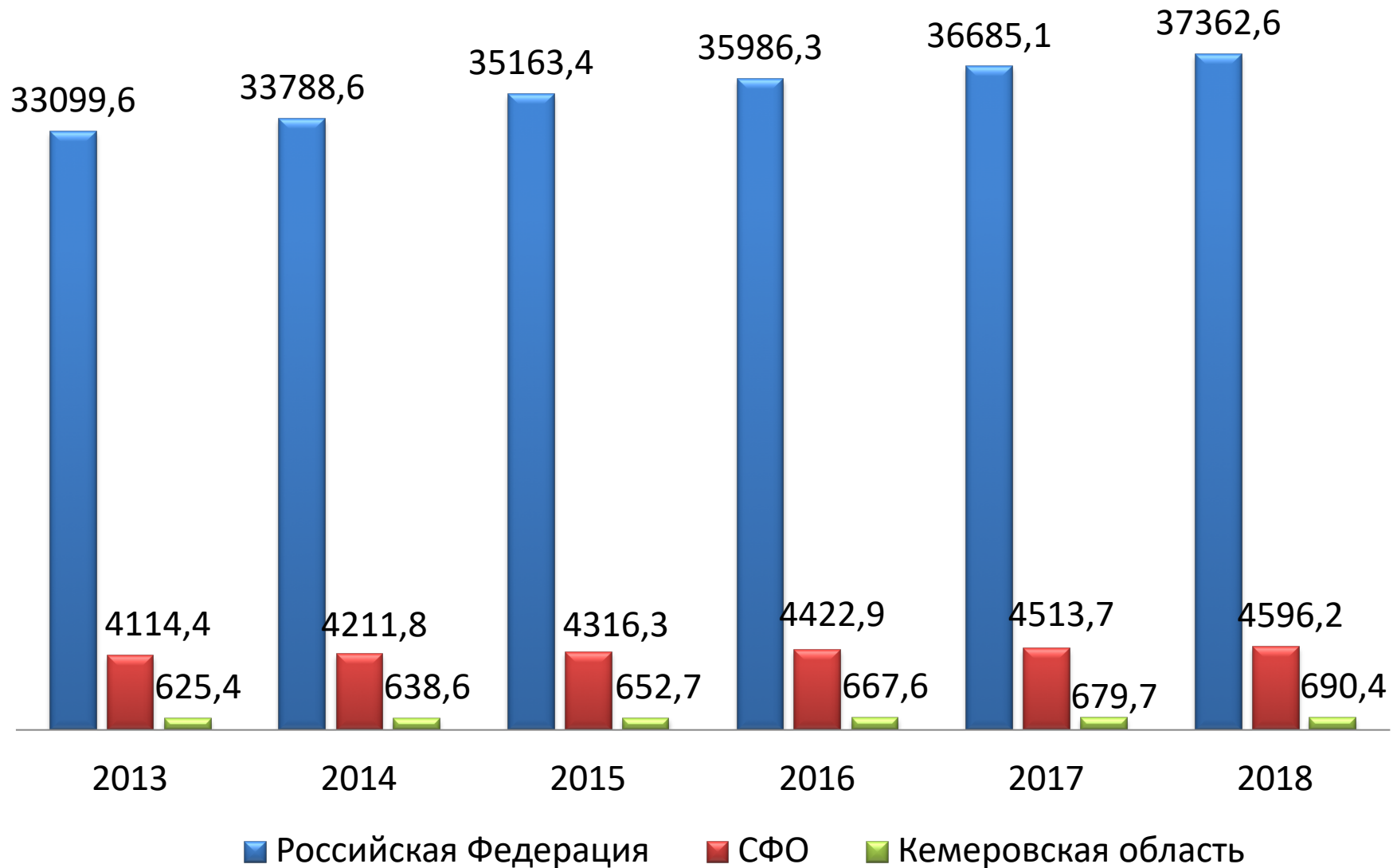


# Увеличение доли людей старше 60 лет прогнозам ООН\*



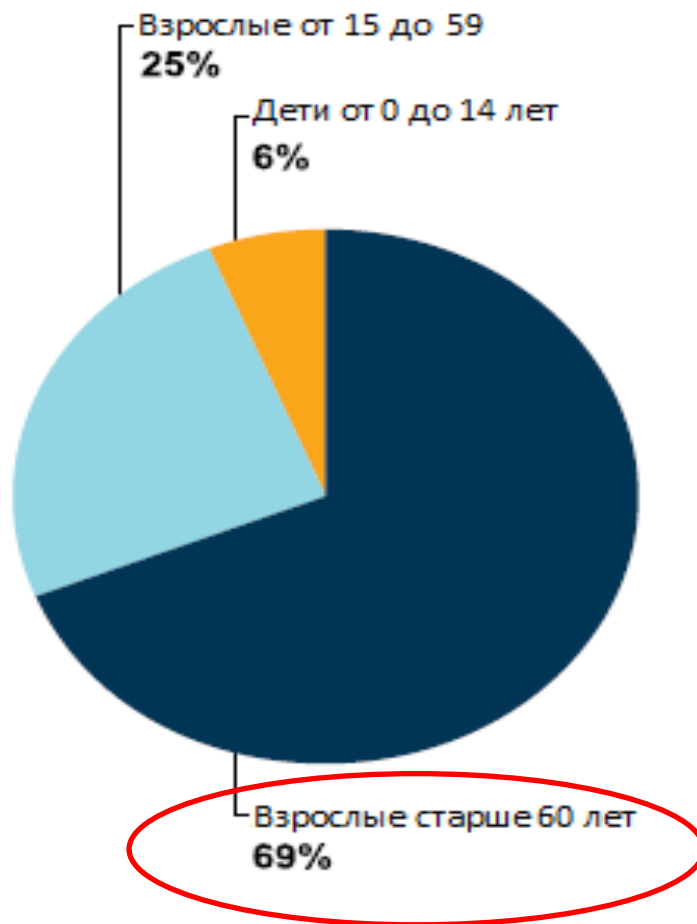
\*из доклада «Концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации» Главного гериатра Минздрава России Ткачевой О.Н., 2016г.

## Количество людей в возрасте старше трудоспособного (за период с 2013-2018 г.г.)



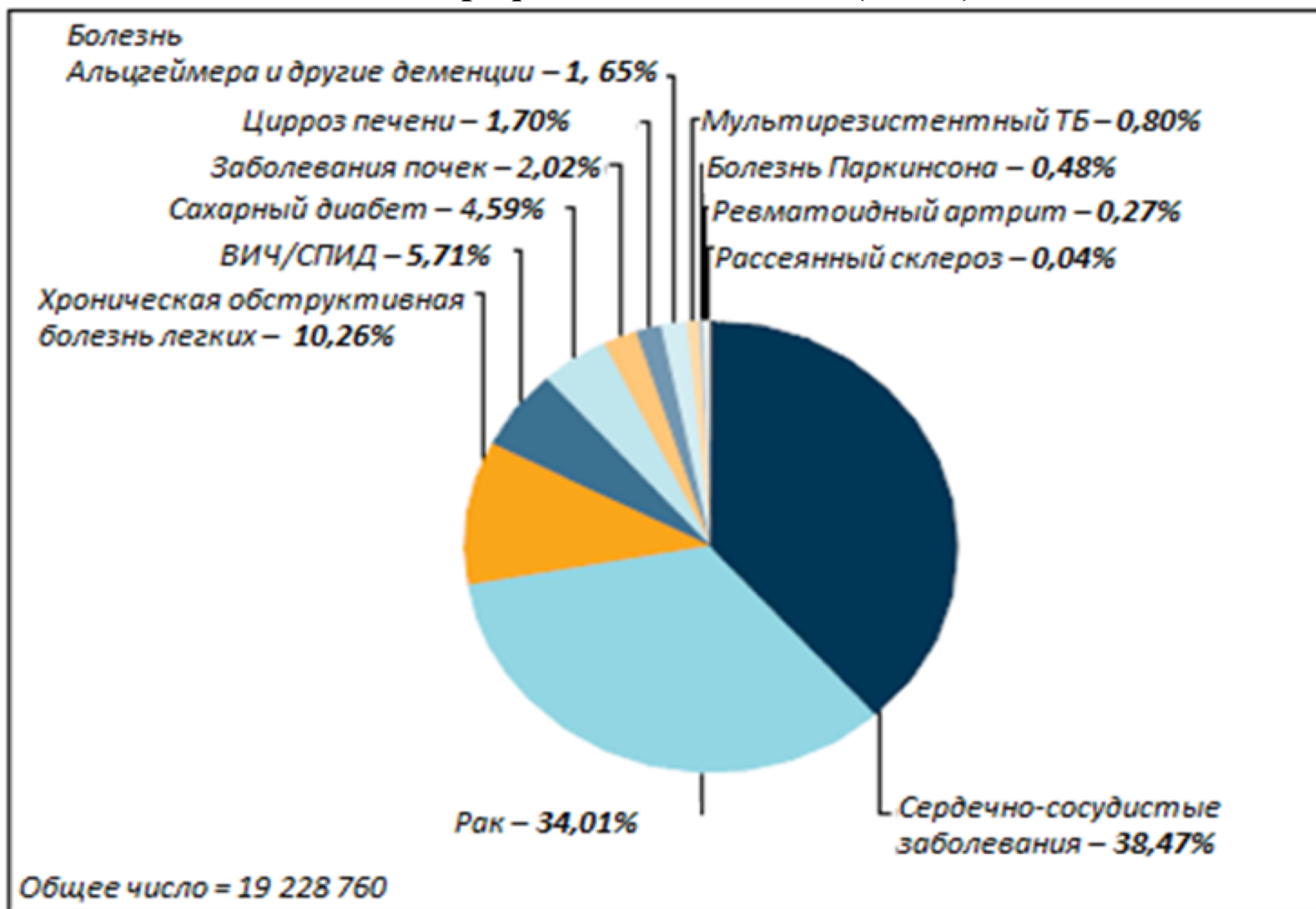


## Статистика потребности в паллиативной помощи в конце жизни по возрастным группам (\*ВОЗ)



Общее число=20 398 772

## Статистика потребности в паллиативной помощи в конце жизни по профилю заболевания (\*ВОЗ)





# **Распространенность ХБС у пациентов в зависимости от группы заболеваний и состояний**

- Злокачественные новообразования – 35%-95% (до 100%)
- Сердечно-сосудистые заболевания – 41-77%
- Почечная недостаточность – 47-50%
- ХОБЛ – 34-77%
- ВИЧ/СПИД – 63-80%
- Цирроз печени – 67%
- Рассеянный склероз – 43%
- Болезнь Паркинсона – 82%
- Болезнь Альцгеймера и другие деменции – 47%
- Ревматоидный артрит – 89%
- Сахарный диабет – 64%
- Мультирезистентный туберкулез 90%

**75% пациентов  
пожилого и старческого  
возраста не жалуются на  
боль, считая ее  
неизбежной частью  
старения!**

\* **рекомендации ВОЗ**

# Концепция паллиативной помощи





# Паллиативная медицинская помощь

**Федерального закона  
№323-ФЗ от 21.11.2011 г. ст. 36**

**ВОЗ, 2002г**

- «Комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.»

- «Подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой смертельного заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению и точной оценке возникающих проблем и проведению адекватных лечебных вмешательств (при болевом синдроме и других расстройствах жизнедеятельности), а также оказанию психосоциальной и моральной поддержки.»

# Помощь в конце жизни пожилым людям



*European Association for Palliative Care  
EAPC Onlus: Non profit-making Association  
Non Governmental Organisation (NGO) recognised by the Council of Europe*

«требующая активного сострадательного подхода, при котором проводится лечение, обеспечение комфортного состояния и поддержка пожилых людей, которые страдают и умирают от прогрессирующих или хронических смертельных состояний.»

«При оказании помощи в конце жизни учитываются личностные и культурные особенности, предоставляется поддержка их родственникам и друзьям, в том числе в период тяжелой утраты»\*

\* Отчет рабочей группы ЕАПП 2010-2012 (Pautex с соав., 2010: 790)



# Гериатрическая паллиативная медицина (ГПМ)



*European Association for Palliative Care  
EAPC Onlus: Non profit-making Association  
Non Governmental Organisation (NGO) recognised by the Council of Europe*

«организация и оказание медицинской помощи пожилым пациентам, имеющим проблемы со здоровьем и прогрессирующим, далеко зашедшим заболеванием, когда прогноз неблагоприятен, и целью оказания помощи является обеспечение качества жизни.» \*

# Гериатрическая паллиативная медицина (ГПМ)



*European Association for Palliative Care  
EAPC Onlus: Non profit-making Association  
Non Governmental Organisation (NGO) recognised by the Council of Europe*

- Сочетает в себе принципы и практику гериатрической медицины и паллиативной помощи;
- Включает всестороннюю гериатрическую оценку; избавление от боли и других проявлений болезни;
- Проведение мероприятий по купированию симптомов и решению психологических, социальных и духовных проблем, а также обеспечение благоприятной окружающей обстановки.
- Признает, что у пожилых пациентов характеристики различных симптомов и проявлений болезни имеют свою специфику; влияние на организм, обусловленное сочетанием различных заболеваний; необходимо соблюдать осторожность при назначении лекарственных средств; и важен индивидуальный междисциплинарный подход при оказании паллиативной помощи пожилым пациентам и членам их семей;
- Подчеркивает важность автономии, необходимость вовлечения пациента в процесс принятия решений, существование этических дилемм;
- Призывает развивать навыки правильного общения для того, чтобы грамотно обсуждать и предоставлять информацию пациентам пожилого возраста и их родственникам;
- Удовлетворяет потребности пожилых людей и их родственников вне зависимости от места их проживания/нахождения (на дому, в учреждениях длительного ухода, хосписах или больницах);
- Уделяет особое внимание вопросам перемещения пациентов, как внутри одного учреждения, так и из одного учреждения в другое, а также
- Организует систему поддержки родственников пациента во время терминальной стадии.

**Распоряжение Правительства РФ**

**от 5.02.2016 № 164-р**

**«Стратегия действий в интересах граждан  
пожилого возраста»**

**Цель - увеличение продолжительности  
жизни и повышение уровня и качества  
жизни людей старшего поколения**



# Нормативное законодательство РФ

Приказ Минздрава России от 29.01.2016 N 38н  
"Об утверждении Порядка оказания  
медицинской помощи по профилю  
"гериатрия"

Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187н  
"Об утверждении Порядка оказания  
паллиативной медицинской помощи  
взрослому населению" (Зарегистрировано в  
Минюсте России 08.05.2015 N 37182)

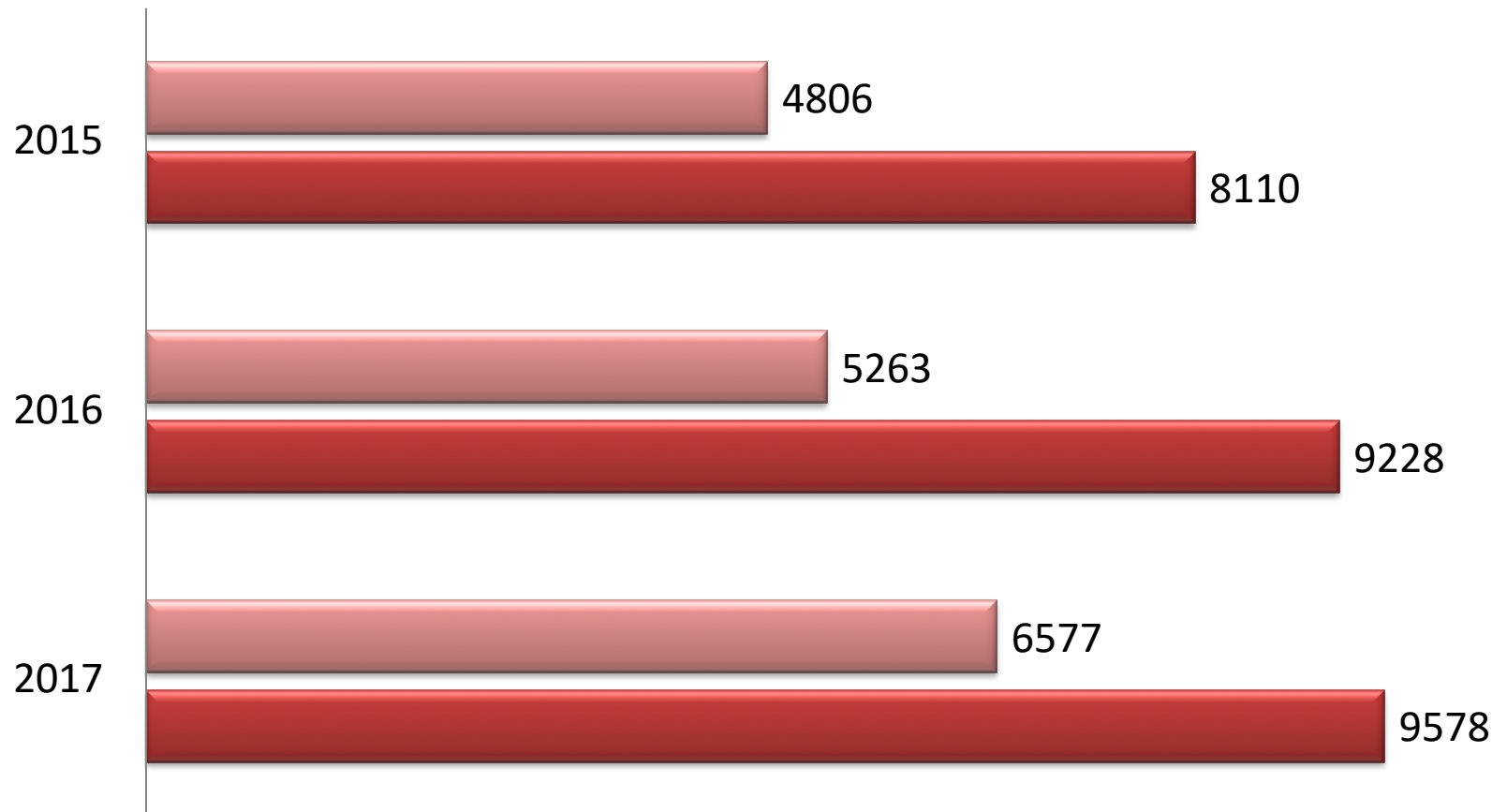
Клинические рекомендации «Хронический  
болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов,  
нуждающихся в паллиативной медицинской  
помощи» утверждены 2016 г.

Российские рекомендации «Уход за  
ослабленными пожилыми людьми», Москва,  
2018.



# Количество пролеченных взрослых пациентов в МО ( ОПМП, Хоспис, ОСУ, ДСУ) Кемеровской области оказывающих ПМП в стационарных условиях\*

■ выбыло лиц 60 и старше    ■ выбыло всего



\* данные из годовых статистических отчетов МО оказывающих ПМП в КО за 2015,2016,2017 г.

# Анализ выявленных Росздравнадзором и ФФОМС дефектов в субъектах РФ, за январь – июнь 2018 г. (185,5 тыс. случаев)\*

**несвоевременное назначение  
сильнодействующих (наркотических)  
препаратов  
(307 нарушений)**

недостаточное динамическое  
наблюдение пациентов на дому  
с проведением мониторинга  
адекватности обезболивающей  
терапии

недостаточная  
информированность  
специалистов о трехступенчатой  
терапии хронической боли

Для оценки интенсивности  
болевого синдрома  
не используются  
диагностические шкалы  
интенсивности боли

Отсутствие рекомендаций по  
лечению сопутствующей  
патологии

**Не назначение сильнодействующих  
(наркотических) препаратов  
( 533 нарушений)**

недооценка степени тяжести  
состояния пациента со ЗНО

отсутствием оценки  
выраженности болевого  
синдрома (интенсивности)

Отсутствие описания  
характеристик боли

несоблюдение кратности  
применения анальгетиков

**несвоевременное оформление  
рецептов на сильнодействующие  
(наркотические) препараты  
(98 нарушений)**

несоблюдение ступенчатости  
фармакотерапии

отсутствие комбинирования  
лекарственных препаратов и  
адьювантной терапии

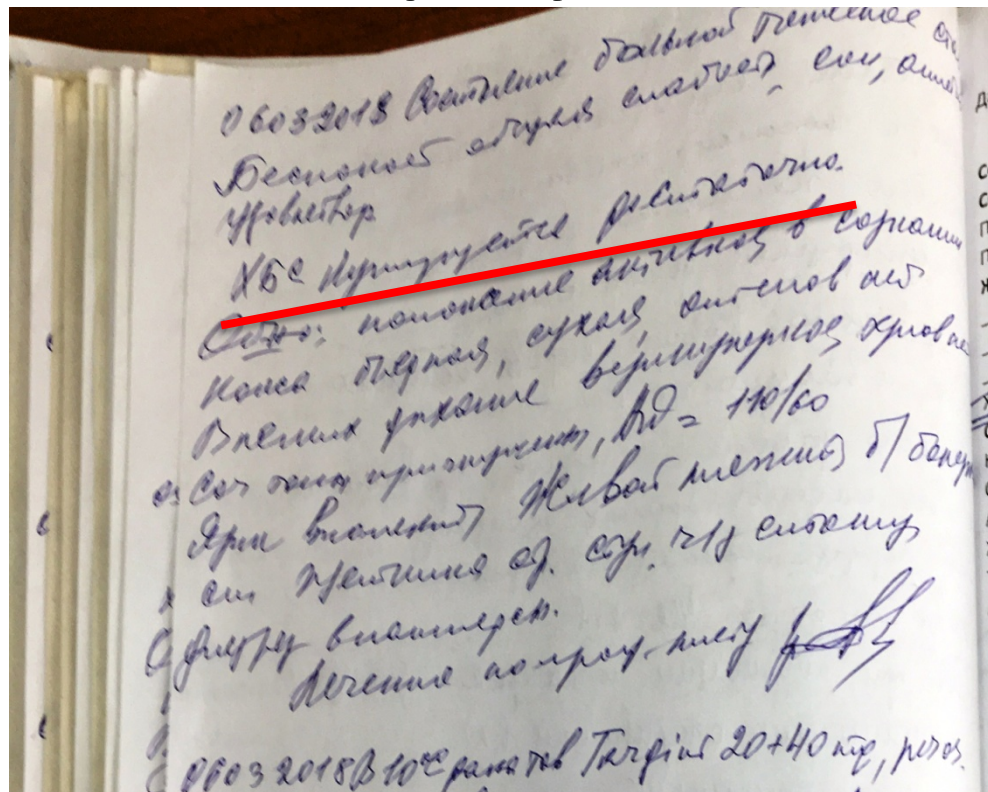
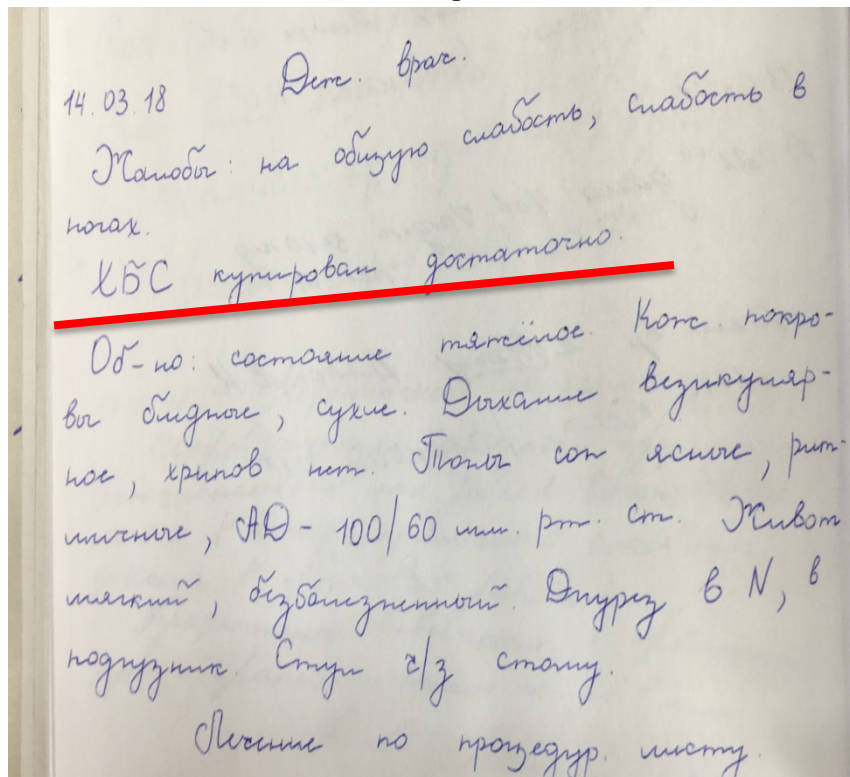
\* Информационно – аналитическая справка о результатах экспертизы качества медицинской помощи пациентам со злокачественными новообразованиями Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и Федерального фонда ОМС от 17.10.2018 № 13027/30-1/и

**Экспертиза качества ведения медицинской документации за 2015-2017 г.г.\*  
(главным областным специалистом по ПМП ДОЗН КО)**

Дефекты \ Годы	2015	2016	2017
Отсутствие должной оценки выраженности болевого синдрома с применением шкал и опросников.	134 (100%)	146 (80%)	172 (60%)
Отсутствие анамнеза боли;	134 (80%)	146 (85%)	172 (70%)
Не соблюдается терапия ХБС в соответствии с трехступенчатой лестницы ВОЗ	134 (100%)	146 (80%)	172 (40%)
Отсутствие контроля побочных эффектов ЛС	134 (100%)	146 (80%)	172 (40%)
Не применяются в комплексном лечении ХБС, а также с целью профилактики побочных эффектов адъювантные средства	134 (70%)	146 (60%)	172 (50%)
Отсутствие проведения мониторинга боли при каждом посещении пациента	134 (70%)	146 (50%)	172 (40%)

\*медицинская карта пациента, получающего помощь в амбулаторных условиях

# Медицинская карта стационарного больного, предоставленная на экспертизу

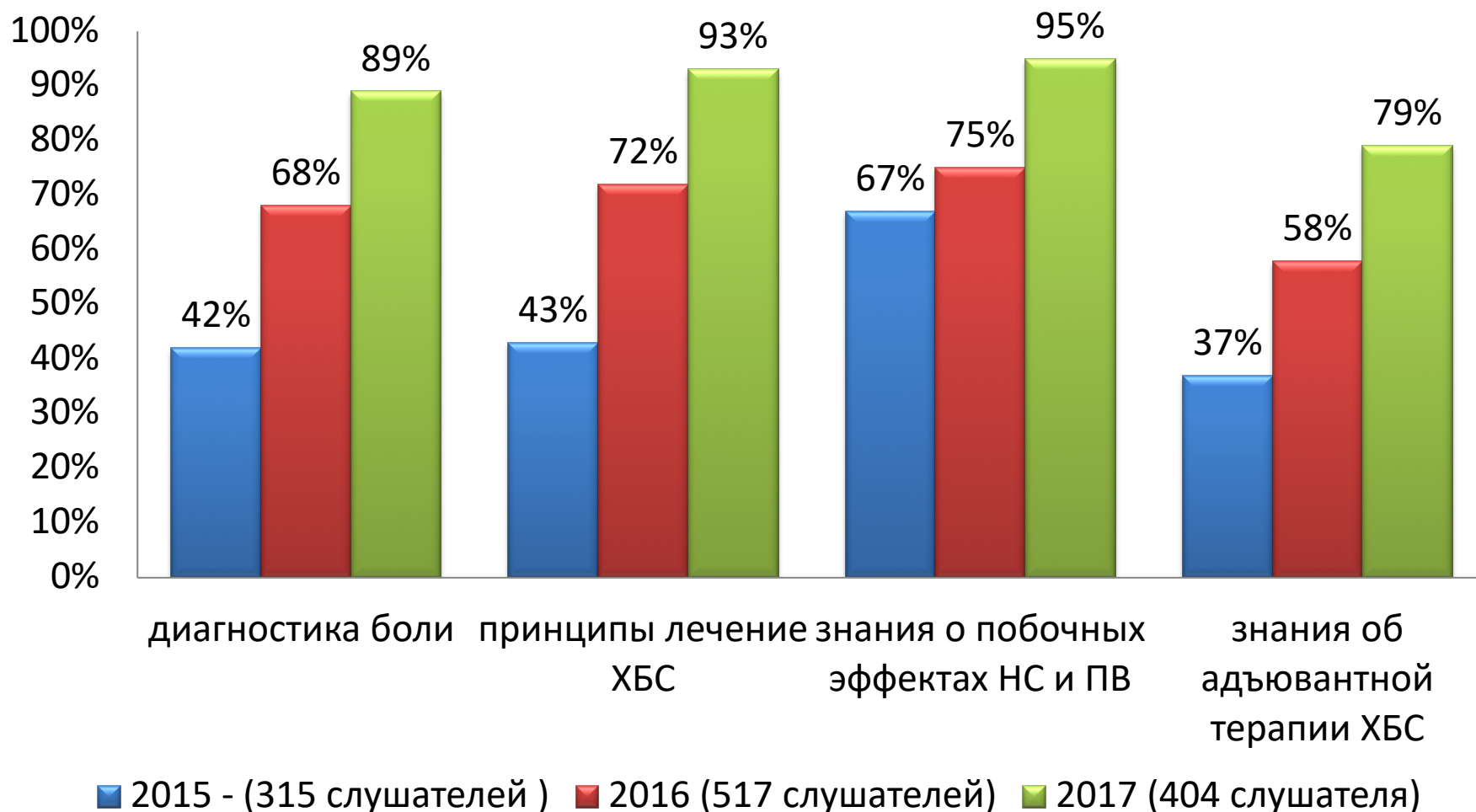


Предъявляемые требования к ежедневному ведению медицинской документации:

1. Интенсивность боли по шкале (ВАШ, ШВО, НОШ и др.) \_\_\_\_ баллов, %;
2. Побочные эффекты.
3. С учетом интенсивности боли в диагнозе указываем: ХБС «слабый», «умеренный», «тяжелый»;
4. После определения тяжести болевого синдрома - выбор препаратов;
5. С учетом сопутствующих тягостных симптомов - выбор адъювантной терапии;
6. Мониторинг боли в стационарных условиях – ежедневно , в амбулаторных условиях - при каждом посещении.
7. Выписка с рекомендациями и выдачей на руки НС и ПВ сроком на 5 дней, или выпиской рецептов на НС.



## Анализ уровня знаний медицинских работников (врачи специалисты, фельдшера) ПМСП Кемеровской области по вопросам лечения ХБС за 2015 -2017 г.г.\*



\* по данным анкетирования

# Результаты анкетирования

- Не знают диагностику интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли, опросникам;
- Не знают шкалу оценки болевого синдрома у невербальных пациентов и пациентов с когнитивными нарушениями;
- Не знают трехступенчатую лестницу обезболивания (ВОЗ);
- Не знают препараты для профилактики побочных эффектов НС;
- Не знают адъювантные препараты в комплексной терапии ХБС;
- Не знают длительность действия анальгетиков;
- Не считают приоритетным способом применения анальгетиков в неинвазивной форме.



## Критерии оценки качества обезболивающей терапии\*

№	КРИТЕРИИ КАЧЕСТВА	Уровень доказательности	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнена и отражена в медицинской документации динамическая оценка интенсивности болевого синдрома по шкалам оценки боли (в условиях стационара – ежедневно; в амбулаторных условиях – при каждом посещении)	2	C
2	Выполнено регулярное введение обезболивающего препарата через определенные интервалы времени с учетом его периода полувыведения и эффекта действия предыдущей дозы	2	B
3	Обезболивающие препараты для регулярного приема назначены в неинвазивных формах	2	B
4	Назначены слабительные средства на фоне приема опиоидных анальгетиков с учетом противопоказаний	2	B
5	Назначены антиэметические препараты при возникновении тошноты и рвоты на фоне приема опиоидных анальгетиков	2	B

*\*Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи», 2016*

**Ограничение жизнедеятельности  
пожилых людей  
(как следствие, отказ от многих  
привычных  
социальных ролей и статусов)**

**Выключение пожилого человека из  
активной жизнедеятельности и изменение  
характера его взаимоотношений с  
окружающими людьми**

**Основные проблемы пожилого возраста**

**Наличие большого количества  
свободного времени и качество его  
наполнения**

**Резкое снижение социального  
статуса пожилого  
человека в обществе**

# Психофизиологические особенности, которые нужно учитывать при медико-социальной работе с пожилыми людьми

## Основные проявления старения связаны с возрастными изменениями функции ЦНС:

- снижение психической активности,
- нарушение деятельности различных сенсорных систем ;
- эмоциональная неустойчивость (высокая тревожность, раздражительность, агрессивность или наоборот – подавленность, плаксивость);
- снижение самооценки, обострение чувства беспомощности, одиночества;
- особая осторожность в установлении новых социальных контактов;
- заострение характерологических особенностей;
- упадок сил и уменьшение подвижности (двигательной активности), физиологические проблемы.





# Основные направления медико-социальной работы в хосписах, домах и отделениях сестринского ухода, отделениях паллиативной медицинской помощи

- квалифицированный медицинский уход;
- социальное обслуживание (оказание работниками социально-бытовых, социально-психологических, социально-правовых услуг);
- медицинская реабилитация пациентов, в том числе пожилых и престарелых (занятия ЛФК, предоставление средств реабилитации – инвалидных кресел-каталок, костылей, тростей, ходунков и др.);
- динамическое наблюдение за состоянием пациентов, особенно пожилых и престарелых, своевременное выполнение врачебных назначений и процедур;
- своевременная диагностика осложнений или обострений хронических заболеваний.

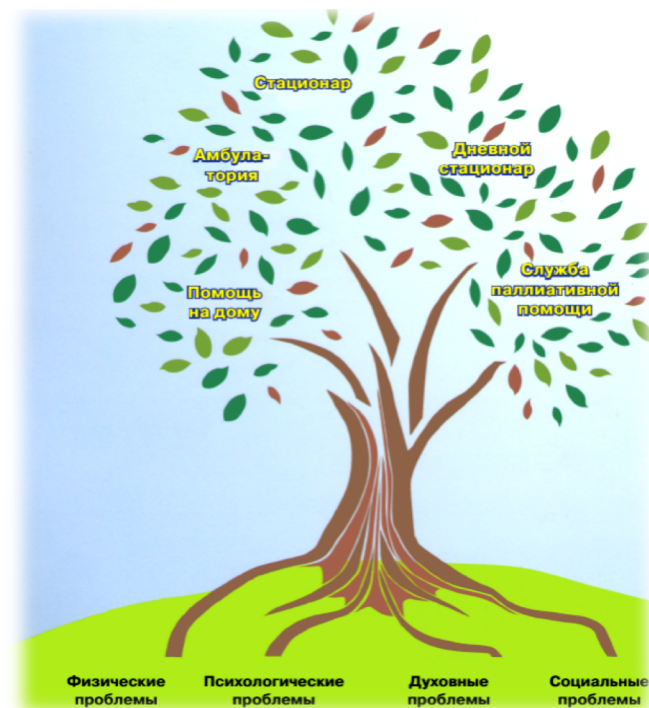
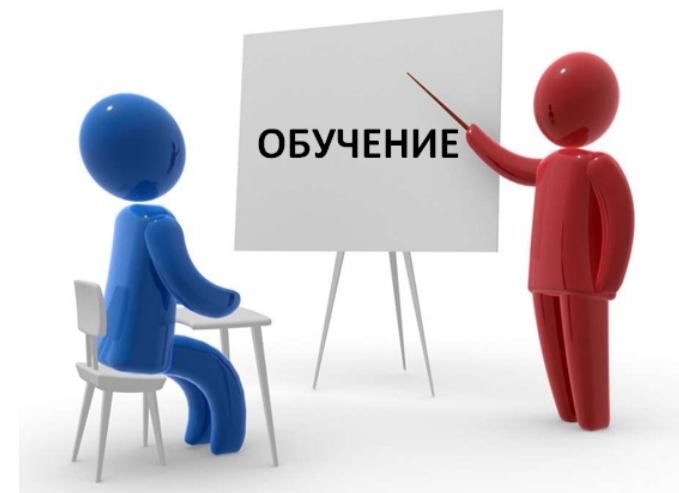


# **Основные принципы ведения пожилых пациентов с ХБС**

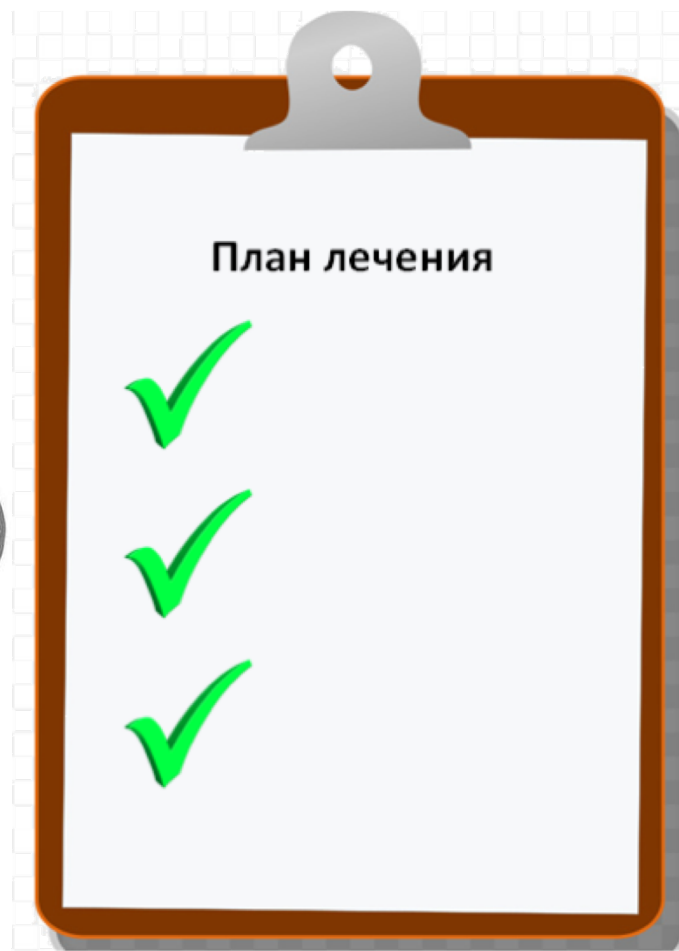
- 1. Осуществление целостного, активного подхода к проблеме боли с учетом физического, психологического, социального, духовного аспектов - биопсихосоциальный подход;**
- 2. Применение мультидисциплинарного подхода;**
- 3. Выполнение специалистами профессиональных компетенций по медицинской помощи в том числе по вопросам паллиативной медицинской помощи;**

# **Основные задачи оказания ПМП пациентам страдающим ХБС !**

- **Своевременность ;**
- **Непрерывность;**
- **Доступность ;**
- **Эффективность .**

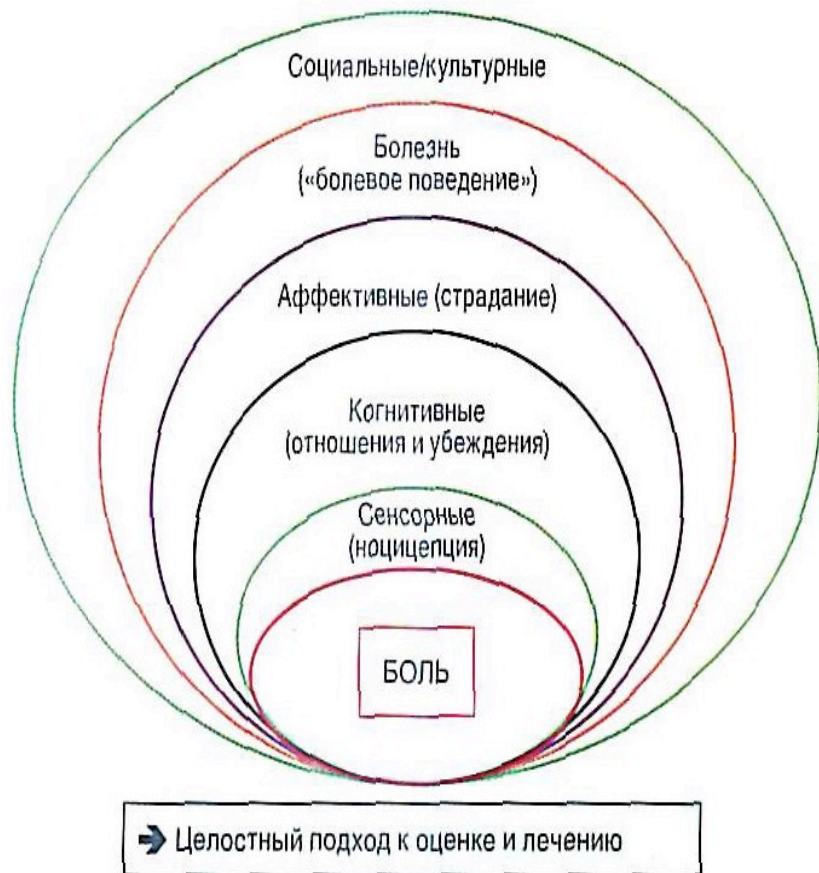


**Биопсихосоциальный  
подход**





## Биопсихологическая модель хронической боли



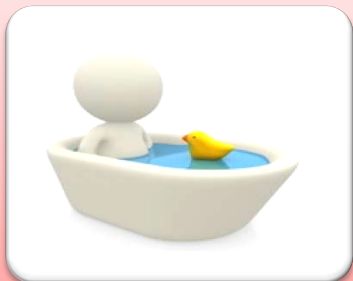
## Биопсихосоциальный подход к лечению



# Взаимодействие специалистов (мультидисциплинарный подход)



# ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТОМ



**Профилактика инфекций связанных с оказанием медицинской помощи.**

**Обеспечение личной гигиены**

**Профилактика осложнений связанных с длительным постельным режимом**



**Обеспечение адекватной физической активности**

**Профилактика пролежней и контрактур**

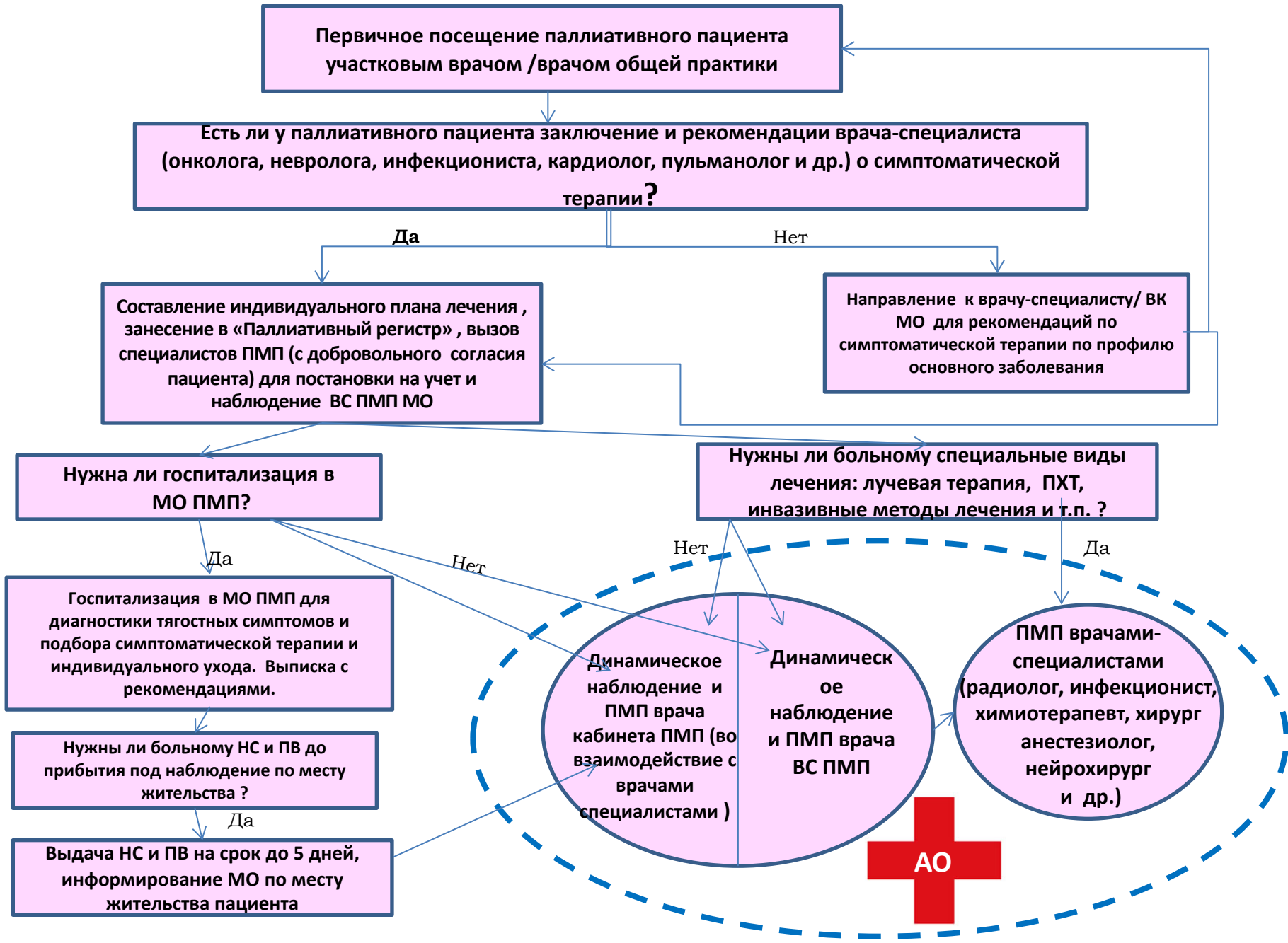
**Мониторинг физиологических отправления, основных показателей жизнедеятельности**



**Организация питания**

**Питьевой режим**

# АЛГОРИТМ оказания ПМП в КО



## **Выполнение профессиональных компетенций :**

- Сбор анамнеза болевого синдрома
- Выявление объективных маркеров боли
- Определение характеристик боли
- Диагностика интенсивности болевого синдрома
- Определение физического и психического статуса пациента
- Постановка диагноза
- Назначение лечения
- Оценка показателей в динамике



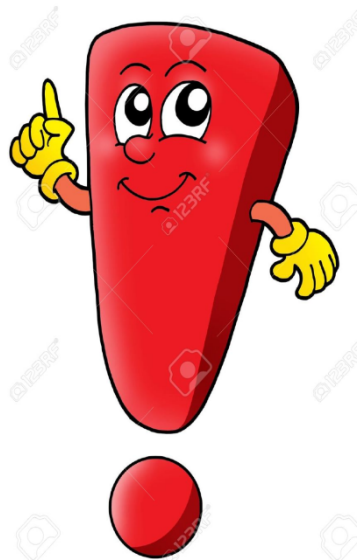
!

**Заполнение медицинской документации**

!

# БОЛЬ сомато-психический феномен

обусловлен: настроением, моральным состоянием, значением для пациента.



**ВАЖНО применять правило трех «С»!**

- **СЛУШАТЬ**
- **СМОТРЕТЬ**
- **СООТНЕСТИ**

## Оценивать боль

- Систематически и непрерывно с использованием диагностических шкал и опросников с учетом состояния пациента и его когнитивных нарушений ;
- На всех стадиях заболевания;
- Использовать самоотчет пациента - дневник оценки боли.





# Сбор анамнеза болевого синдрома

## Важные темы , затрагиваемые при сборе анамнеза боли

- Начало
- Продолжительность
- Характеристики
- Факторы облегчающие/усиливающие боль
- Связанные с болью симптомы
- Влияние на сон и настроение
- Настоящее и проводившееся ранее лечение. Эффективность. Побочное действие.



## Основные вопросы

- Когда боль началась? Сколько длится приступ боли? (*Продолжительность боли*)
- Какая боль? (*Тип боли*)
- Какая боль по силе? (*Интенсивность боли*)
- Что влияет на появление или угасание боли?
- Где болит? Куда боль отдает? (*Локализация боли*)
- Влияет ли боль на сон, аппетит, физическую активность?
- Какие препараты и методы лечения применялись в целях обезболивания? Что помогло?

# Объективные маркеры боли у пожилых пациентов

- Слезы, страдальческое выражение лица
- Нарушение сна
- Бледность
- Потеря аппетита
- Вынужденная поза
- Увеличение напряжение мышц
- Гипергидроз



# Основные шкалы для оценки интенсивности боли

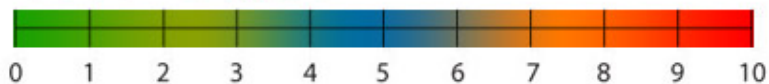


## шкала рук (hand scale)

Оценивает колебания боли: отсутствие боли - сжатая в кулак рука, сильная боль - полностью разжатая рука.



## Numeric Pain Intensity Scale



# Оценка боли у пациентов с когнитивными нарушениями и в конце жизни с нарушением сознания

Оценка боли у пациентов в конце жизни основывается на основных принципах диагностики боли.

## Потенциальные показатели боли у людей с нарушением сознания:

- мимика,
- издаваемые звуки,
- движения тела,
- изменения в обычных действиях,
- психическое состояние



**Боль пациента с когнитивными нарушениями оценивается по шкале «PAINED»**

**Алгоритм оценки боли невербального пациента — шкала PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia — Шкала оценки боли при тяжелой деменции) [6]**

Признаки	0	1	2	Баллы (0–2)
Дыхание (безотносительно к издаваемым звукам)	В норме	Временами затруднено. Краткие периоды гипервентиляции	Шумное затрудненное дыхание. Длительные периоды гипервентиляции. Дыхание Чейна-Стокса	
Издаваемые звуки	Нет	Иногда жалобные стоны. Некромкие звуки неодобрения или порицания	Повторяющиеся беспокойные выкрики. Громкие жалобы и стоны. Плач	
Выражение лица	Улыбающееся или нейтральное	Печальное. Испуганное, насупленное	Гримасы	

Признаки	0	1	2	Баллы (0–2)
Поза и жесты	Расслабленность	Напряженность. Страдальческий вид, беспокойность	Суровость. Сжатые кулаки. Подтягивает или вытягивает сжатые колени. Энергично двигает руками и ногами	
Возможность уте- шить	Не нуждается в утешении	Можно отвлечь или утешить голосом или прикосновением	Невозможно утешить, отвлечь или успокоить	
Общий балл*				

\* Общее количество баллов составляет от 0 до 10 (шкалы от 0 до 2 для пяти пунктов); наивысший балл указывает на более сильную боль (0 — боли нет, 10 — сильная боль). Полученные баллы не определяют абсолютную интенсивность боли. Правильнее сравнивать полученный общий балл с предыдущим значением. Увеличение балла говорит об увеличении боли, в то время как более низкое его значение позволяет предположить, что боль уменьшилась.



# Опросники для определения боли по характеристикам

DN4

## Новый опросник для диагностики нейропатической боли

Пожалуйста, заполните этот опросник, отметив галочкой один ответ для каждого пункта в приведенных ниже вопросах.

## СОБЕСЕДОВАНИЕ С ПАЦИЕНТОМ

**Часть 1:** Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений:

- |                                 | Да                       | Нет                      |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ощущение жжения              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Болезненное ощущение холода  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Ощущение как от ударов током | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Часть 2:** Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации:

- |                                             | Да                       | Нет                      |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 4. Пощипыванием, ощущением ползания мурашек | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Покалыванием                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Онемением                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Зудом                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## ОСМОТР ПАЦИЕНТА

**Часть 3:** Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома:

- |                                                | Да                       | Нет                      |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 8. Пониженная чувствительность к прикосновению | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Пониженная чувствительность к покалыванию   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Часть 4:** Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации:

- |                                      |                          |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                                      | Да                       | Нет                      |
| 10. Проведя в этой области кисточкой | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

При ответе «да» на четыре и более вопросов диагноз «нейропатическая боль» вероятен в 86% случаев.

Didier Bouhassira et al. Pain 114 (2005) 29–36



## Подсчет баллов в опроснике по боли

Дата:

Пациент: Фамилия:

Имя:

**Пожалуйста, укажите общее количество баллов, которое Вы получили в опроснике по боли:**

Общее количество баллов

**Пожалуйста, подсчитайте количество баллов с учетом отмеченных типов боли, а также с учетом ответа на вопрос о распространении боли. Затем, суммируйте полученное число с общим количеством баллов, чтобы получить итоговое количество баллов:**

	Непрерывная боль, немного меняющаяся по интенсивности	0	
	Непрерывная боль с периодическими приступами	-1	если отмечена эта картинка, или
	Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними	+1	если отмечена эта картинка, или
	Приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними	+1	если отмечена эта картинка
	Боль отдает в другие области?	+2	если отдает

**Итоговое количество баллов**

### Результаты обследования

на наличие невропатического компонента боли

отрицательный	неопределенный	положительный
---------------	----------------	---------------

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11

Наличие невропатического компонента боли маловероятно (< 15%)

12 13 14 15 16 17 18 19 20

Результат неопределенный, однако, возможно наличие невропатического компонента боли

21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38

Высокая вероятность наличия невропатического компонента боли (> 95%)

Данный опрос не заменяет врачебной диагностики.

Он используется для обследования на наличие невропатического компонента боли.



DFNS



пациент

PD-Q - Russia/Russian - Final version - 25 Jun 07 - Mapl Research Institute  
Finalist/submitter/proc4101/submit4131.html, versioned-qdoc.doc 25Jun2007

**painDETECT**

# ОПРОСНИК ПО БОЛИ

Дата: \_\_\_\_\_ Пациент: Фамилия: \_\_\_\_\_ Имя: \_\_\_\_\_

Как бы Вы оценили интенсивность боли, которую испытываете сейчас, в настоящий момент?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Боли нет \_\_\_\_\_ максимальная  
 Как бы Вы оценили интенсивность наиболее сильного приступа боли за последние 4 недели?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Боли не было \_\_\_\_\_ максимальная  
 В среднем, насколько сильной была боль в течение последних 4 недель?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Боли не было \_\_\_\_\_ максимальная  
 Отметьте крестиком картинку, которая наиболее точно отражает характер протекания боли в Вашем случае:

Непрерывная боль, немного уменьшающаяся по интенсивности

☐

Непрерывная боль с пароксизмическими приступами

☐

Приступы боли без болевых ощущений в промежутках между ними

☐

Приступы боли, сопровождающиеся болевыми ощущениями в промежутках между ними

☐

Испытываете ли Вы ощущение жжения (например, как при ожоге кипятком) в области, которую отметили на рисунке?

совсем нет ☐ едва заметно ☐ незначительно ☐ умеренно ☐ сильно ☐ очень сильно ☐

Ощущаете ли Вы покалывание или пощипывание в области (как покалывание от онемения или слабого электрического тока)?

совсем нет ☐ едва заметно ☐ незначительно ☐ умеренно ☐ сильно ☐ очень сильно ☐

Возникают ли у Вас болезненные ощущения в указанной области при легком соприкосновении (с одеждой, одеялом)?

совсем нет ☐ едва заметно ☐ незначительно ☐ умеренно ☐ сильно ☐ очень сильно ☐

Возникают ли у Вас резкие приступы боли в указанной области, как удар током?

совсем нет ☐ едва заметно ☐ незначительно ☐ умеренно ☐ сильно ☐ очень сильно ☐

Возникают ли у Вас иногда болезненные ощущения в указанной области при воздействии холодного или горячего (например, воды, когда Вы моетесь)?

совсем нет ☐ едва заметно ☐ незначительно ☐ умеренно ☐ сильно ☐ очень сильно ☐

Ощущаете ли Вы онемение в указанной области?

совсем нет ☐ едва заметно ☐ незначительно ☐ умеренно ☐ сильно ☐ очень сильно ☐

Вызывает ли боль легкое нажатие на указанную область, например, нажатие пальцем?

совсем нет ☐ едва заметно ☐ незначительно ☐ умеренно ☐ сильно ☐ очень сильно ☐

Пожалуйста, заштрикуйте на рисунке одну область, где Вы испытываете наиболее сильную боль.

Отдает ли боль в другие области тела?  
 ДА ☐ НЕТ ☐

Если отдает, пожалуйста, укажите стрелочкой, в каком направлении.

совсем нет ☐ едва заметно ☐ незначительно ☐ умеренно ☐ сильно ☐ очень сильно ☐

x 0 = 0 x 1 = x 2 = x 3 = x 4 = x 5 =

Общее количество баллов \_\_\_\_\_ из 35

R. Freyhagen, R. Baron, U. Gockel, T.R. Tolle, *Curr Med Res Opin* Vol 22, 2006, 1911-1920. © 2006 Pfizer Pharma GmbH, Pfizerstr. 1, 76135 Karlsruhe, Germany.  
PD-Q - Russia/Russian - Final version - 25 Jun 07 - Magi Research Institute.

# Опросник для диагностики нейропатической боли DN4

## Опросник по боли Pain Detect

# Дневник оценки боли

ФИО пациента:																						
Дни недели	Понедельник			Вторник			Среда			Четверг			Пятница			Суббота			Воскресенье			
Дата																						
Время	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	7:00	12:00	19:00	
Шкала оценки боли в баллах 	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	
	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	
	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	
	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	
	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	
	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
Стул																						
Сон																						
Настроение																						
Тошнота рвота																						
Дополнительно	Когда?	Что?		Когда?	Что?		Когда?	Что?		Когда?	Что?		Когда?	Что?		Когда?	Что?		Когда?	Что?		



Клинические рекомендации «Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи»

## Диагноз заключительный

**а) основной:** рак правого в/долевого бронха с поражением главного бронха. MTS в лимфоузлы средостения, кости. T3N2M1.

**б) осложнения основного:** ХБС тяжелой степени, смешанного типа с сопутствующей депрессией. Дыхательная недостаточность II ст. Эндогенная интоксикация. Кахексия.

**в) сопутствующий:** ИБС, стенокардия. ФК2; ГБ II, риск 3. ХСН1. ФК1. Хронический гастрит вне обострения. Тугоухость.

# Использование общих принципов терапии хронической боли.

- Этиологическая (противоопухолевая) терапия: хирургическая, лучевая, химиогормональная.
- Системная фармакотерапия: предпочтительно неинвазивная (оральная, сублингвальная, ректальная), а также парентеральная.
- Локальная фармакотерапия: эпидуральное, интратекальное, интравентрикулярное введение анальгетиков.
- Блокада нервов, нейролизис, криоаналгезия, нейроабляция.
- Электростимуляционная аналгезия: чрескожная, спинальная, церебральная.
- Деструктивная нейрохирургия: термокоагуляция ганглия Гассера, высокая чрескожная (перкутанная) хордотомия, открытая хордотомия.
- Психотерапия и психотерапевтические методы: снятие напряжения, метод "обратной связи", гипноз и др.
- Иглотерапия, массаж, ЛФК.
- Вспомогательные средства: корсеты, протезы, противопролежневые приспособления.

# Важные аспекты терапии ХБС у пожилых пациентов

- Учет нозологии
- План лечения
- **Учет коморбидности**
- Выбор препаратов
- Титрование дозы
- Рациональная  
полифармакотерапия
- Формирование ожиданий  
пациента
- Психологическая и социальная  
поддержка



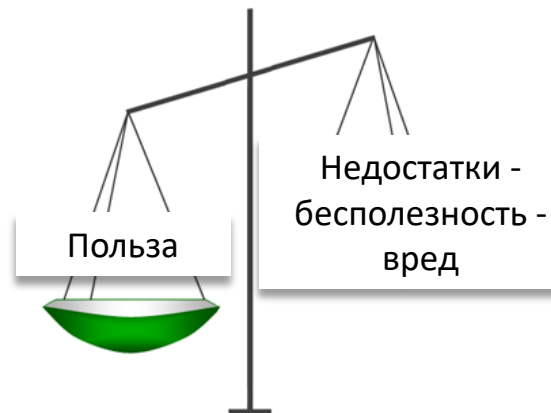


# Принципы обезболивания

Лечение – как «причины», так и «симптомов»,  
обычно одновременно

## Лечение причины

- » Если возможно
- » Если полезно



## Симптоматическое

Нефармакологическое

Фармакологическое



**Основная цель современной фармакотерапии боли -**  
«каждый больной получает нужный ему препарат в  
адекватной дозе через правильно выбранные интервалы  
времени»

- «через рот», неинвазивная форма ЛС
- «по часам»
- «по восходящей»
- «индивидуально»
- «Использование адъювантов»
- «с вниманием к деталям»

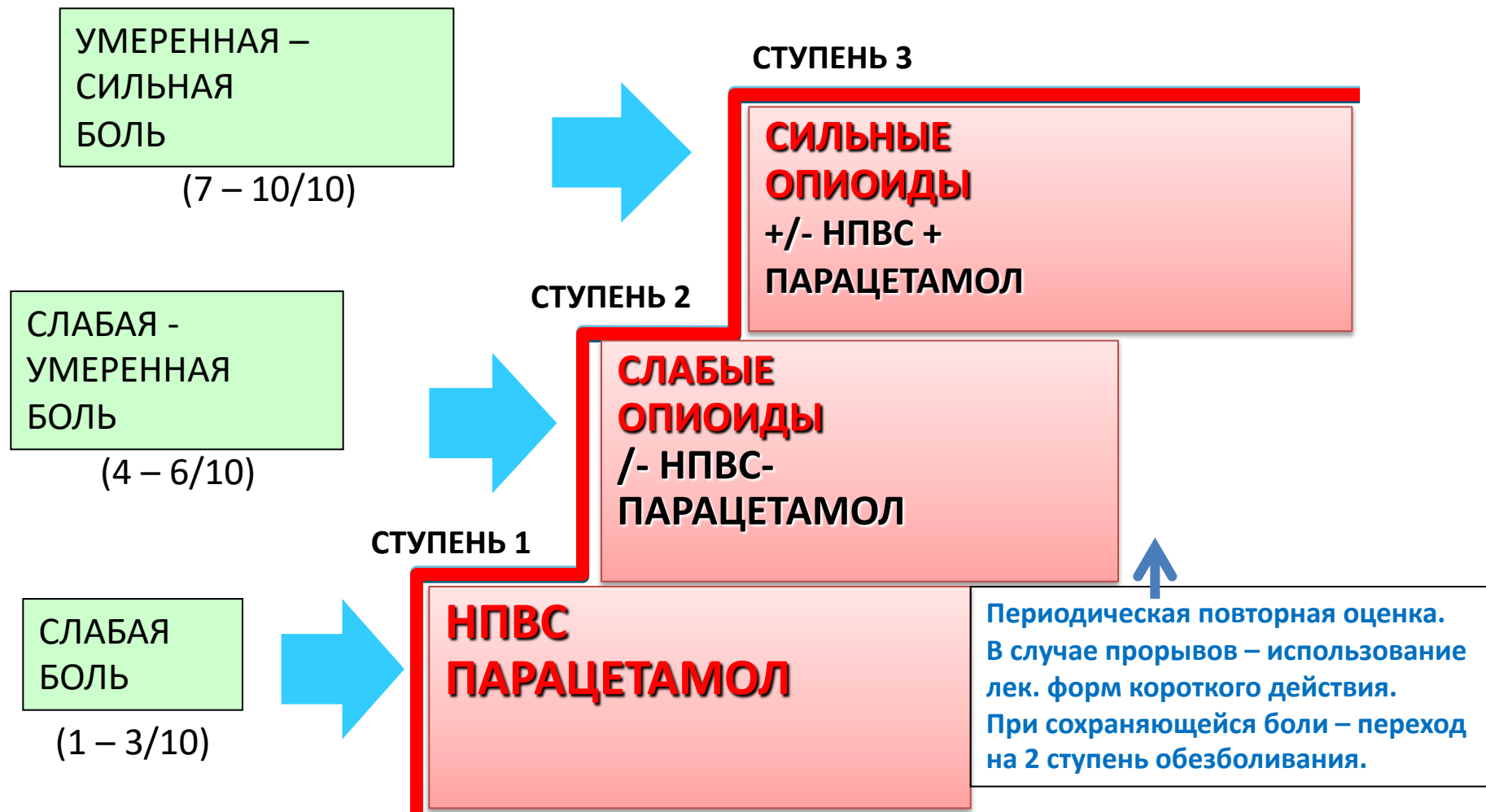


# Шкала переносимости анальгетической терапии

- 0 – нет побочных эффектов
- 1 – слабо выражен
- 2 – умеренно выражен
- 3 – сильно выражен



# Трехступенчатая лестница обезболивания ВОЗ



Адъюванты: кортикостероиды, антидепрессанты, антиконвульсанты

# Особенности болевого синдрома у пожилых пациентов

- клинические проявления хронической боли сложны и многообразны;
- лица пожилого возраста не всегда сообщают о наличии боли;
- возможны изменения фармакокинетики и фармакодинамики препаратов, поэтому они могут обладать другой эффективностью, переносимостью и токсичностью;
- замедление всасывания медикаментов, нарушения метаболизма и процессов элиминации нередко вызывают проблемы, связанные с избыточной седацией, дезориентацией, запорами и задержкой мочи;
- при приеме медикаментов значительно повышается риск развития побочных эффектов и осложнений;



# Мероприятия, способствующие уменьшению риска развития побочных эффектов и осложнений

- осторожный индивидуальный подход ;
- начинать терапию с минимальной дозировки, с постепенным медленным ее увеличением, учитывая степень избавления от боли и риск развития побочных эффектов;
- более предпочтительным является неинвазивный (пероральный , трансдермальный )способ применения ЛП;
- очень важное место в терапевтическом комплексе занимают психологические аспекты: обучение пациентов адекватному реагированию на болевой синдром. Индивидуальная или групповая психотерапия, аутогенная тренировка.



# Лекарственные препараты, используемые для системной фармакотерапии:

- **Неопиодные анальгетики**

*(для терапии слабой боли (1-я ступень лестницы ВОЗ);*

- **Опиоидные анальгетики**

*(для терапии умеренной и сильной боли (2-я , 3-я ступень лестницы ВОЗ)*

- **Адъювантные препараты**

*(для потенцирования терапии и профилактики побочных эффектов)*



# Терапия слабой боли (1-я ступень лестницы ВОЗ)

## Основные неопиодные анальгетики

- Анальгин (метамизол натрия) и комбинированные препараты на его основе;
- Парацетамол и комбинированные препараты на его основе; не назначать при печеночной недостаточности
- Нестероидные противовоспалительные препараты.

## Особенности назначения пожилым пациентам

- Избегать применение НПВП, особенно при риске ЖКТ - кровотечений или высоком риске сердечно - сосудистых осложнений
- НПВП принимать как минимум с интервалом 2 часа с аспирином

# Требования при выборе НПВП

- Продолжительность действия  
(пролонгированность препарата)
- Минимальные побочные эффекты
- Минимальная стоимость
- Неинвазивный способ введения
- Анальгетическая эффективность.

# Алгоритм назначения НПВП (с изменениями, 2017 г.)

Риск осложнений		Сердечно-сосудистый риск		
		Низкий	Умеренный и высокий	Очень высокий*
Желудочно-кишечный риск	Низкий	Любые НПВП	НПВП с наименьшим сердечно-сосудистым риском: напроксен, целекоксиб, низкие дозы ибупрофена ( $\leq 1200$ мг/сут)	По возможности избегать назначения любых НПВП**
	Умеренный	н-НПВП + ИПП, с-НПВП	Целекоксиб* или Напроксен* + ИПП	
	Высокий	Целекоксиб или эторикоксиб + ИПП	Целекоксиб* + ИПП	

# Терапия умеренной боли (2-я ступень лестницы ВОЗ)

## Основные опиоидные анальгетики

- Трамадол



- Залдиар



## Особенности назначения пожилым пациентам

- При приеме антидепрессантов не назначают трамадол.
- Максимальная суточная доза трамадола - 300 мг. для пациентов старше 65 лет.
- Разовая доза трамадола 200 мг применима только для таблеток ретард.
- При непереносимости трамадола и/или его слабой эффективности (особенно у пациентов 65+) принимают сильные опиоидные анальгетики в низких дозах.

# Терапия сильной боли (3-я ступень лестницы ВОЗ)

## Основные опиодные анальгетики

- Морфин
- Оксикодон + Налоксон = Таргин
- ТТС фентанила – Фендивия, Дюрогезик
- Просидол (пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин)
- Промедол (тримеперидин)
- Тапентадол

## Особенности назначения пожилым пациентам

- Начинать терапию с минимальной дозировки
- Повышать дозы (титровать) медленно (для ТТС – фентанила 1 раз в три дня с учетом возможных побочных эффектов) ;
- Возможно использовать при умеренной боли в минимальных дозировках:
  - Просидол в таблетках по 20-40 мг 2-3 раза в сутки максимальная доза 80 мг в сутки ;
  - Морфин в таблетках, капсулах по 10 мг 2 раза в сутки, максимум 30 мг. в сутки;
  - Морфин короткого действия 5 мг -10 мг для купирования «прорывов» боли и титрования дозы.
  - Морфин инъекционный использовать с учетом показаний. С начала приема Морфина назначать слабительные средства и антиэметические препараты.
  - Оксикодон + налоксон (таргин ) в таблетках по 5 мг или 10 мг (по оксикодону) 2 раза в сутки;
  - ТТС Фентанил 12,5 мг/час смена каждые 72 часа ;
  - Тапентадол используется при умеренной и сильной боли начиная с 50 мг 2 раза в сутки до 200 мг в сутки;
  - **ПРОМЕДОЛ** (тримеперидин) НЕ ИСПОЛЬЗОВАТЬ

# Преимущества пролонгированных / комбинированных НЛС в неинвазивной форме

- Эффективная терапия боли
- Низкий риск развития побочных эффектов
- Улучшение качества жизни пациентов и их родственников
- Активность действующего вещества не зависит от температуры окружающей среды, кислотности желудочно-кишечного тракта
- Удобны для использования
- Гибкость дозирования
- Наличие специфического антагониста налоксона позволяет при необходимости проводить патогенетическую терапию передозировки морфина
- Возможно введение препарата *per rectum* (таблетки морфина)





## Основные адъювантные средства

- **Трициклические антидепрессанты:** имипрамин, амитриптилин, кломипрамин, доксепин, дулоксетин, венлафаксин, милнаципран.
- **Антиконвульсанты:** карбамазепин, фенитион, клоназепам, финлепсин, тебантин, прегабалин, габапентин.
- **Бензодиазепины:** диазепам, реланиум, седуксен
- **Нейролептические препараты:** галоперидол, дроперидол, хлорпромазин
- **Кортикостероиды:** дексаметазон, преднизолон
- **Бисфосфонаты:** бонефос, аредиа, клодрониан
- **Местные анестетики:** лидокаин (версатис)

# Общие подходы к лечению ХБ у пожилых пациентов

## Необходимо:

- Обсуждать проводимое лечение и дальнейшую тактику обезболивания, с учетом возможных рисков, с пациентом и его семьей.
- Регулярно оценивать интенсивность боли по шкалам оценки боли у пациента в состоянии покоя и в движении.
- Обязательно фиксировать значения шкал оценки боли в медицинской документации.
- Обезболивающие препараты для регулярного приема назначать в неинвазивной форме .
- Активно контролировать и предупреждать побочные эффекты опиоидов и других анальгетиков.
- Помнить, что при отсутствии злоупотребления наркотиками в анамнезе опиоидная зависимость у пациентов с болью возникает редко.
- В сложных случаях проводить консилиумы с привлечением смежных специалистов или специалистов по паллиативной помощи других учреждений.

## Помните!

- Рекомендуется избегать внутримышечного введения препаратов (по возможности).
- Предпочтительно назначение пероральных ЛС – капсул, таблеток, ТТС.
- В отдельных случаях возможно болюсное подкожное введение или непрерывное подкожное введение с помощью инфузомата, носимой помпы, шприцевого насоса.
- При слабой и умеренной боли рекомендуется в начале терапии назначать препараты по потребности, а позже перейти на постоянный прием «по часам».
- Не следует использовать одновременно несколько ЛС одной и той же группы.
- У пожилых пациентов начинать терапию следует с минимальной дозировки с постепенным медленным увеличением дозы.
- Морфин и фентанил не имеют «потолка» анальгезирующей дозы, однако повышать дозы НС и ПВ (титровать) следует медленно.

# Контроль «прорывной» боли

**Прорывная боль** - это временное резкое спонтанное или эпизодически возникающее усиление боли на фоне приема препаратов в пролонгированных лекарственных формах. Обычно проявляется внезапным, очень интенсивным и коротким по времени приступом боли.

- Соблюдение общих принципов обезболивания;
- Использование «экстренной» дозы Морфина быстрого действия: Морфин пероральный -1/6 от суточной дозы, **Морфин парентеральный 1/12 - 1/18 от суточной дозы**;
- При назначении **более 4 «экстренных» доз** – повысить дозу наркотического анальгетика и/или пересмотреть общую схему лечения боли (базовую терапию).
- Среднее время для купирования прорывов боли после введения Морфина быстрого действия– 15 минут.
- Для увеличения суточной дозы (подбор базового обезболивания) – увеличивать разовую дозу на 5-15% от суточной дозы

***Дотационная доза индивидуальна и должна быть определена путем титрования.***

# Обезболивание в последние часы жизни

- Не рекомендуется снижать подобранную дозу опиоидных препаратов из-за пониженного уровня артериального давления или спутанности сознания (если они не являются следствием применения неверно подобранной дозы опиоидного анальгетика);
- Рекомендуется отменять опиоидные анальгетики путем постепенного снижения дозы препарата, и не более чем на 50% в течении суток, чтобы избежать «прорыва» болевого синдрома и не причинять страдания пациенту;
- Рекомендуется сохранять прием опиоидных средств даже при отсутствии сознания, применяя титрование дозы до эффективной, используя опиоиды в инвазивных формах; возможно применение продленной подкожной или внутривенной инфузии, а также применение Кетамина и Пропофола;
- Рекомендуется внимательно оценивать уровень и динамику других тягостных симптомов, которые могут усиливать страдания пациента ;
- Рекомендуется при рефрактерности болевого синдрома, решить вопрос возможной медикаментозной седации (Галоперидол, Мидазалан, Диазепам)

# Интернет – ресурсы

-  **European Association for Palliative Care** ([www.eapchet.eu](http://www.eapchet.eu))  
Non-governmental organisation (NGO) recognised by the Council of Europe
-  **АССОЦИАЦИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ УЧАСТНИКОВ ХОСПИСНОЙ ПОМОЩИ** ([www.pro-hospice.ru](http://www.pro-hospice.ru))
-  **РОССИЙСКАЯ АССОЦИАЦИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ** ([www.palliamed.ru](http://www.palliamed.ru))
-  ([www.pro-palliativ.ru](http://www.pro-palliativ.ru))
-  ([www.kemhospice.ru](http://www.kemhospice.ru))

## ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис»

Почтовый адрес: 650068, г.Кемерово, ул.Халтурина, дом 7.

Тел/факс: +7 (3842) 61-08-98

E-mail: [05-guz-hospice@kuzdrav.ru](mailto:05-guz-hospice@kuzdrav.ru)

<http://kemhospice.ru/>



Спасибо за внимание