

ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ
ГКУЗ КО «КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ ХОСПИС»
КРОО «ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР
КУЗБАССА»
ГБПОУ «КЕМЕРОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»



Школа «Жизнь без боли»

Памятка для медицинских работников со средним профессиональным образованием по оказанию помощи пациентам с хроническим болевым синдромом

Содержание

1. Содержание	2
2. Паллиативная медицинская помощь. Понятие. Нормативные документы	3
3. Понятие боли. Виды боли	4
4. Оценка хронического болевого синдрома	6
5. Медикаментозное лечение хронического болевого синдрома	15
6. Основные методы немедикаментозной терапии боли	19
7. Рекомендации медицинской сестре при оказанию помощи пациентам с хроническим болевым синдромом	

Авторы составители:

Д.С. Цыплакова, заместитель главного врача по работе с сестринским персоналом ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис»

О.А. Березикова, врач анестезиолог-реаниматолог, главный врач ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис»

Т.В. Дружинина, главный специалист по управлению сестринской деятельностью ДОЗН КО

В.А. Березиков, врач анестезиолог-реаниматолог, заместитель главного врача по организационно-методической работе ГКУЗ КО «Кемеровский областной хоспис»

Рецензенты:

Заместитель директора по научной и лечебной работе НИИ КПССЗ СО РАМН, зав. кафедрой анестезиологии и реаниматологии КемГМА, профессор Е.В. Григорьев

Заведующая кафедрой сестринского дела Первого Санкт-Петербургского Государственного медицинского университета им.И.П.Павлова, профессор, д.м.н. Н.Г. Петрова

Все права защищены. При перепечатке ссылка на источник обязательна.

© ГКУЗ КО «КОХ», КРОО «ПАМСК», ГБОУ СПО «КОМК», ДОЗН КО, Кемерово, 2013г.
(редакция 2017г)

Паллиативная медицинская помощь. Понятие. Нормативные документы

Современная паллиативная медицина – это составляющая часть системы здравоохранения и неотъемлемый элемент права гражданина на охрану здоровья. Паллиативная медицинская помощь как вид медицинской помощи представляет собой комплекс медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан.

Паллиативная медицинская помощь оказывается в амбулаторных и стационарных условиях. Основной целью оказания помощи является эффективное и своевременное избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания.

Паллиативная помощь – это активная всеобъемлющая помощь incurable больным. Главной задачей паллиативной помощи является купирование боли и облегчение других симптомов, а также решение социальных, психологических и духовных проблем (Европейская Ассоциация Паллиативной помощи EAPC).

Основные нормативные документы, которые регламентируют оказание паллиативной медицинской помощи

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187Н "Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению"
3. Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 193н "Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям"
4. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.09.2007 N 610 "О мерах по организации оказания паллиативной помощи больным ВИЧ-инфекцией"
5. Приказ Минздрава России от 11.03.2013 N 121н "Об утверждении Требований к организации и выполнению работ (услуг) при оказании первичной медико-санитарной, специализированной (в том числе высокотехнологичной), скорой (в том числе скорой специализированной), паллиативной медицинской помощи, оказании медицинской помощи при санаторно-курортном лечении, при проведении медицинских экспертиз, медицинских осмотров, медицинских освидетельствований и санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в рамках оказания медицинской помощи, при трансплантации (пересадке) органов и (или) тканей, обращении донорской крови и (или) ее компонентов в медицинских целях"
6. Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1175н "Об утверждении порядка назначения и выписывания лекарственных препаратов, а также форм рецептурных бланков на лекарственные препараты, порядка оформления указанных бланков, их учета и хранения"
7. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению"
8. Приказ Минздрава России от 15.11.2012 N 915н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "онкология"
9. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.02.2015 года №17-7/10/1-797 "Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях"

10. Письмо Минздрава РФ от 20.11.2014 № 25-4/10/2-8738 «Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков и ее нормативно-правовое регулирование в паллиативной помощи».
11. Клинические рекомендации Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи МКБ 10: R52.1/R52.2 Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

Понятие боли. Виды боли

*«Боль не защищает, а принижает человека»
(Леруш, 1957)*

«Хроническая боль разрушает психически, психологически и социально» (Стернбах, 1974)

Боль представляет собой неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или описываемое, исходя из такого повреждения (IASP, 1992).

Боль всегда субъективна. Боль несет за собой множество других симптомов (депрессия, тахикардия, гипертония, тошнота, анорексия, бессонница, болевой шок и т.д.), которые могут снизить качество жизни или нести летальный риск.

Основные понятия

Ноцицептор – сенсорный рецептор, ответственный за передачу и кодирование повреждающих стимулов.

Ноцицептивный нейрон - центральный или периферический нейрон, который отвечает за кодирование повреждающего стимула.

Ноцицепция - нейрональные процессы кодирования и передачи повреждающих стимулов.

Ноцицептивная боль - боль, возникающая при активации ноцицепторов, являющаяся адекватной физиологической реакцией на внешнее воздействие.

Нейропатическая боль - боль, вызванная структурным повреждением или дисфункцией нервных клеток периферической или центральной нервной системы. Нейропатическая боль может персистировать даже без продолжающейся стимуляции.

Психогенная боль - боль, возникающая на индивидуально значимое эмоциональное воздействие.

Прорывная боль– 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.

Хроническая боль - боль, которая формируется при длительном болевом воздействии - сверх нормального периода заживления (3 мес.). В формировании хронической боли доминируют церебральные системы, с вовлечением интегративных неспецифических (моноаминергических) систем ЦНС.

Классификация боли

Адекватная диагностика болевого синдрома определяет комплекс мер, направленных на лечение боли, включающих медикаментозные и немедикаментозные методы лечения (тактику терапии боли). Существует несколько классификаций боли,

которые имеют наибольшее практическое значение при дифференциации болевого синдрома:

1. Этиологическая
2. Патофизиологическая (ноцицептивная соматическая, ноцицептивная висцеральная, нейропатическая, дисфункциональная, психогенная, смешанная боль)
3. По локализации источника боли
4. По временным параметрам (острая, хроническая боль)
5. По степени выраженности (слабая, умеренная, сильная боль).

Хроническая боль – сохраняется продолжительное время (более трех месяцев). Не зависит от заживления поврежденных тканей, обусловлена различными патологическими процессами, как соматического, так и психологического характера (часто сочетает несколько патофизиологических компонентов). Не несет сигнальной функции, является патогенным фактором.

Оценка хронического болевого синдрома

Следует помнить, что боль субъективная реакция, поэтому при оценке боли важно то, что сам пациент говорит о ней.

Оценка боли проводится **ежедневно**. Характеристики боли могут быть детализированы только самим пациентом. Медицинский работник помогает пациенту описать боль, задавая соответствующие вопросы (таблица 1):

Таблица 1. Основные вопросы, которые нужно задать пациенту при оценке боли, в зависимости от характеристик боли

№	Основной вопрос	Необходимое оснащение, документация	Соответствующая характеристика
1	Какая боль по силе?	Визуально-аналоговая шкала (ВАШ), шкала вербальных оценок (ШВО), нумерологическая оценочная шкала (НОШ)	Интенсивность боли
2	Где болит? Куда боль отдает?	Карта «Схема тела»	Локализация боли Иррадиация боли
3	Когда боль началась?	Карта оценки боли, дневник самоконтроля боли, опросники	Продолжительность боли
4	Какая боль?	Карта оценки боли, дневник самоконтроля боли, опросники (описывается общепринятыми терминами: колющая, схваткообразная, жгучая и др.)	Характер боли (тип боли)
5	Сколько длится приступ боли?	Карта оценки боли, дневник самоконтроля боли, опросники (уточняется постоянная боль или приходит и уходит, в какое время)	Продолжительность боли

		суток)	
6	Что влияет на появление или угасание боли?	Карта оценки боли, дневник самоконтроля боли, опросники	Факторы, способствующие появлению или угасанию приступа боли

Объективными компонентами боли (маркеры боли) являются:

- учащение дыхания (тахипноэ);
- слезы, влажные глаза;
- учащение сердечных сокращений (ЧСС) - тахикардия и повышение артериального давления (АД) - гипертензия, а при увеличении интенсивности боли – снижение ЧСС (брадикардия) и АД (гипотония), в результате стимуляции парасимпатической нервной системы;
- бледность;
- увеличение напряжения мышц;
- расширение зрачка;
- тошнота или рвота;
- слабость;
- вынужденная поза;
- потеря аппетита;
- нарушение сна;
- гипергидроз (влажная кожа).

В амбулаторных условиях целесообразно предложить пациенту и/или его родственникам **ежедневно** вести Дневник самоконтроля боли пациента (таблица 2), который будет «незаменимым помощником» для специалиста при посещениях пациента на дому.

Таблица 2. Примерная форма Дневника самоконтроля боли пациента

ФИО:	Возраст:								
Дата:									
Наличие/отсутствие боли	☺ ☹ ☹			☺ ☹ ☹			☺ ☹ ☹		
Интенсивность боли	1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →			1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 →		
Сон	☺ ☹ ☹			☺ ☹ ☹			☺ ☹ ☹		
Стул	☺ ☹ ☹			☺ ☹ ☹			☺ ☹ ☹		
Настроение	☺ ☹ ☹			☺ ☹ ☹			☺ ☹ ☹		
Другие тягостные симптомы:	_____			_____			_____		

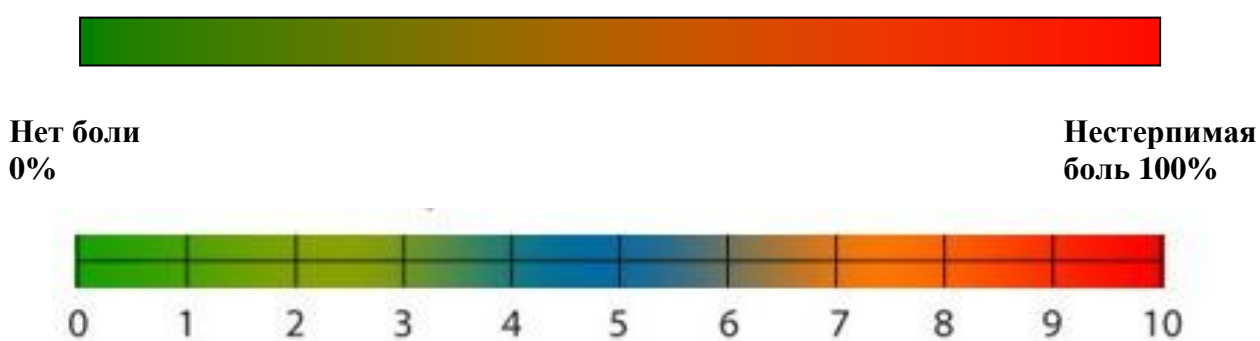
Диагностика интенсивности болевого синдрома

Для оценки интенсивности болевого синдрома используются общепринятые шкалы. Пациент сам определяет интенсивность своей боли. При использовании шкалы

вербальных оценок (ШВО) пациент оценивает боль по пяти предложенным позициям: нет боли, слабая боль, умеренная боль, сильная или нестерпимая боль.

При использовании нумерологических оценочных (цифровых рейтинговых шкал) (НОШ (ЦРШ)), визуально-аналоговой (ВАШ) шкалы пациент отмечает свою боль на предложенной шкале (рисунок 1).

Рисунок 1. Визуально-аналоговая шкала и нумерологическая оценочная (цифровая рейтинговая) шкала оценки интенсивности боли



Интенсивность боли оценивается ежедневно (рекомендуется проводить оценку в покое и при движении). Слабой боли соответствует оценка 1-40% (ВАШ) 1-4 (ЦРШ). Умеренная боль – 40-70% (ВАШ), 4-7 (ЦРШ). Сильная боль – 70-90% (ВАШ), 7-9 (ЦРШ). Нестерпимая боль – 90-100% (ВАШ), 9-10 (ЦРШ). У детей и лиц, не способных оценить интенсивность боли, можно использовать шкалу, основанную на выражении лица.

Определение локализации и иррадиации болевого синдрома

Для определения локализации и иррадиации боли используется карта «Схема тела» (рисунок 2). При заполнении можно использовать цветные карандаши, стрелочками или пунктирами отмечается зона иррадиации (рисунок 3).

Рисунок 2. Карта «Схема тела»

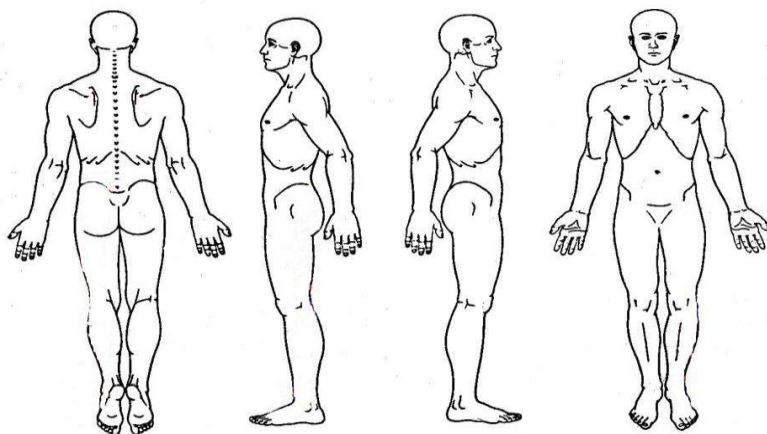
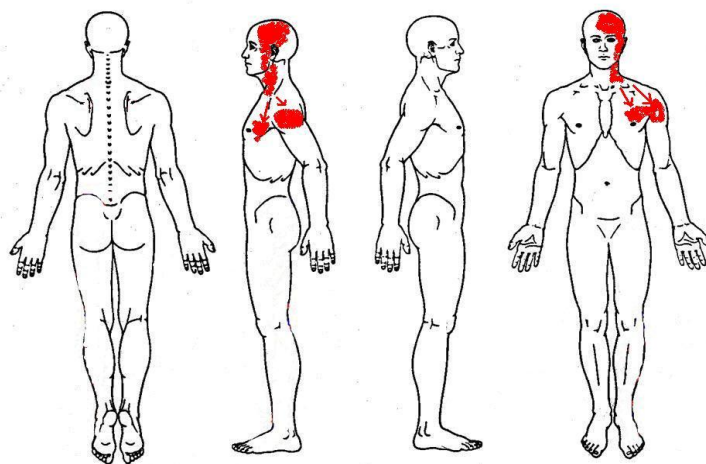


Рисунок 3. Пример заполнения карты «Схема тела»



Диагностика типа болевого синдрома (характера болевого синдрома)

Характер боли описывается пациентом общепринятыми терминами. Пациенту предлагается описать свою боль и/или выбрать наиболее подходящие определения из предложенных (МакГилловский болевой опросник). Например, определенные типы боли обычно имеют следующие характеристики:

1. Ноцицептивная соматическая боль – хорошо локализованная, ноющая, пульсирующая, грызущая, тупая, распирающая, усиливается при движении.
2. Ноцицептивная висцеральная боль – плохо локализованная, часто иррадиирующая, разлитая, давящая, сжимающая, схваткообразная, часто связана с тошнотой, рвотой, повышенным потоотделением.
3. Нейропатическая боль – простреливающая, пронзающая, жгучая, связанная с ощущениями жжения, онемения, «электрического разряда», «ползания мурашек», «чувства битого стекла», усиливается при прикосновении, воздействии холода, тепла.

Для выявления нейропатического компонента болевого синдрома используется опросник DN4.

Опросник для диагностики нейропатической боли (DN4)

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:

- | | | |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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:

- | | | |
|---------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Пощипыванием, ощущением ползания мурашек | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Покалыванием | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Онемением | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. 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

- | | | |
|------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Пониженная чувствительность к прикосновению | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Пониженная чувствительность к покалыванию | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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

- | | | |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. 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

Факторы, способствующие появлению и угасанию болевого синдрома

Для адекватной терапии хронического болевого синдрома большое значение имеют факторы, способствующие появлению болей. Для каждого пациента обстоятельства провоцирующие боль индивидуальны, но все их можно разделить на группы: физические, психогенные, обусловленные лечением.

К группе физических факторов, прежде всего, относятся повышение физической нагрузки, неудобная поза, нарушения сна, проблемы, связанные с желудочно-кишечными расстройствами (диарея, запор, тошнота, рвота и др.), прием пищи или голод, головокружения, наличие лимфостаза и другое. Боль может усиливаться при каком-то прикосновении, которое в обычное время не вызывало болевых ощущений, например, при соприкосновении с одеждой, бельем, капроновыми колготками и другое.

Основными психогенными факторами являются различные депрессивные состояния, проблемы, связанные со страхами, тревогой, чувством беспомощности.

Также болевой синдром может усиливаться во время химиотерапии, лучевой терапии, в послеоперационный период.

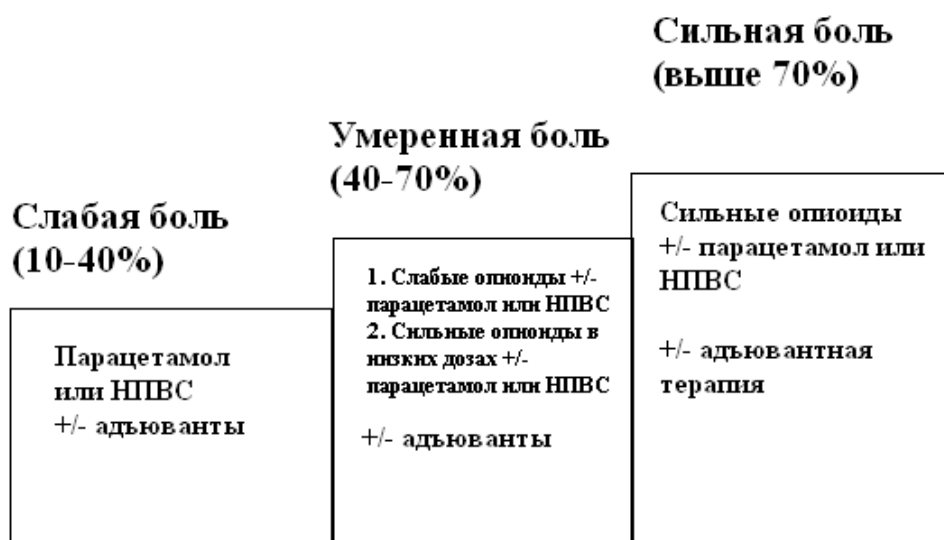
Медикаментозное лечение хронического болевого синдрома

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

Основные принципы терапии хронической боли:

- **«через рот»**, неинвазивная форма ЛС.
- **«по часам»**, через определенные промежутки времени.
- **«по восходящей»**, в соответствии с "анальгетической лестницей" ВОЗ.
- **«индивидуально»**, выбор препарата в зависимости от патофизиологии и интенсивности боли, с учетом физического состояния.
- **«с вниманием к деталям»**, наблюдение за пациентом, профилактика побочных эффектов.

Для лечения хронической боли нарастающей интенсивности, применяют анальгетики по трехступенчатой схеме - "анальгетическая лестница" ВОЗ (рисунок 4).



Метод трехступенчатой схемы обезболивания ВОЗ заключается в последовательном применении анальгетиков возрастающей силы действия в сочетании с адъювантными средствами по мере увеличения интенсивности боли.

При слабой боли (1 ступень) рекомендуется назначать неопиоидный анальгетик (парацетамол, кетопрофен, ибупрофен, диклофенак, лорноксикам, целекоксиб, нимесулид).

При нарастании боли до умеренной на 2-й ступени переходят к слабым опиоидным анальгетикам – трамадол, дигидрокодеин, трамадол+парацетамол, опиоидные анальгетики в низких дозах.

При сильной боли на 3-й ступени – к сильнодействующему опиоидному анальгетику (морфин, фентанил, бупренорфин, оксикодон+наллоксон и др.).

На всех ступенях обезболивания анальгетики могут сочетаться с другими лекарственными средствами, не связанными по прямому назначению с обезболиванием, но усиливающими обезболивающий эффект, - адьювантными препаратами:

1. Трициклические антидепрессанты (имипрамин, amitриптилин, кломипрапин, доксепин);
2. Антikonвульсанты (карбамазепин, фенитион, клоназепам, финлепсин, тебантин, прегабалин);
3. Бензодиазепины (диазепам, седуксен);
4. Нейролептические препараты (галоперидол, дроперидол, хлорпромазин);
5. Кортикостероиды (дексаметазон, преднизолон);
6. Местные анестетики (лидокаин) и др.

При появлении побочных эффектов анальгетиков схема лечения корректируется назначением симптоматических средств: противорвотных, слабительных, блокаторов ионной помпы и др.

Наименование и основные лекарственные формы опиоидных анальгетиков, используемых для лечения ХБС*

1. Морфин:

Морфина сульфат – таблетированный (капсулированный) морфин пролонгированного действия Tab. MCT Continues; Cap. Morphini Sulfatis 10, 30, 60, 100 mg, - действие каждой таблетки (капсулы) в течение 12 часов.

Морфин – раствор для инъекций (для подкожного введения) Sol.Morphini 10mg/ml-1ml, - продолжительность действия инъекции 4-6 часов.

2. **Фентанил** – трансдермальная терапевтическая система (пластырь) Durogesic matrix, Fendivia 12.5, 25,50,75,100 mkg/h, - продолжительность действия ТТС – 72 часа.

3. **Кодеин+Морфин+Носкапин+Папаверин+Тебаин (Омнопон)** – раствор для инъекций 2мг/мл – 1мл, Sol.Omnoponi 11,5+5,4+0,72+1,44+0,1 mg/ml – 1ml - продолжительность действия инъекции 4 часа

4. **Оксикодон+Налоксон** – таблетки пролонгированного действия Tab.Naloxoni + Oxycodoni (Targin) 5mg + 2,5 mg; 10mg +5 mg; 20mg+ 10 mg; 40 mg+20mg – длительность действия таблетки 12 часов.

5. **Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин** – раствор для инъекций Sol. Prosidoli 10mg/ml – 1ml – продолжительность действия инъекции от 1,5 до 6 часов; таблетки защечные 20мг – продолжительность действия 4-6 часов

6. **Трамадол** – раствор для инъекций 50мг/мл – 2мл; капсулы, таблетки 50, 100, 200 мг продолжительность действия 6 часов, таблетки ретард 100, 150, 200 мг – 12 часов.

Трамадол+парацетамол (37,5 мг+325мг) – Залдиар (Zaldiar) – интервал между приемами препарата не менее 6 часов.

7. Тапентадол – таблетки пролонгированного действия Tab.Tapentadoli (Palexia) 50, 100, 150, 200, 250 mg – продолжительность действия таблетки 12 часов
8. **Бупренорфин** – раствор для инъекций (Бупранал), трансдермальная терапевтическая система 35 мкг/ч, 52,5 мкг/ч, 70 мкг/ч – препарат временно не поставляется в Россию.
9. Дигидрокодеин – таблетки пролонгированного действия 60,90,120 мг – препарат временно не поставляется в Россию

* в перечне приведены кроме МНН лекарственного препарата некоторые торговые наименования на латинском языке, т.к. в требовании-накладной, Журналах учета указывается наименование ЛП по бухгалтерским документам прихода организации

Золотой стандарт лечения хронического болевого синдрома

– пероральный морфин –

опиоид первого выбора для умеренной и сильной боли.

Применение промедола для длительной терапии ХБС недопустимо ввиду нейротоксичности его метаболитов.

Продолжительность терапии промедолом не должна превышать 3-4 суток. Терапевтические возможности промедола ограничены.

При выявлении нейропатического компонента боли лечение должно включать:

Антиконвульсанты

и/или Антидепрессанты

и/или Лидокаин (крем/пластырь для местного применения).

Основные побочные эффекты опиоидной терапии

Основными побочными эффектами препаратов для лечения хронической боли являются седация, тошнота, рвота, запоры, усиленное потоотделение, сухость во рту, галлюцинации. Реже могут появляться задержка мочеиспускания, кожный зуд, судороги. Эти состояния необходимо активно выявлять для своевременной коррекции.

Тошнота и рвота часто являются преходящим побочным эффектом в начале терапии и не требуют профилактических мер. Профилактика запора должна начинаться одновременно с началом опиоидной терапии.

При проведении медикаментозной терапии боли, возможно такое состояние, как передозировка опиоидными препаратами. Это состояние сопровождается следующими клиническими признаками:

- брадипноэ, с последующей возможной остановкой дыхания;
- брадикардия;
- гипотония;

- спутанное сознание;
- мышечная слабость;
- ощущение, что пациент «засыпает».

Неотложная помощь при передозировке опиоидных препаратов, анальгетиков, проявляющейся угнетением дыхания и сознания

1. Немедленно активизировать пациента командами «дышите!», «смотрите на меня!» и т.д.
2. Провести действия раздражающего характера (трение рук, щек, разбудить пациента)
3. Вызвать лечащего (дежурного) врача через третье лицо.
4. Брызнуть на лицо холодной водой
5. Измерить АД, Рs, ЧДД, провести оксигенотерапию.
6. Обеспечить доступ свежего воздуха
7. Подготовить для внутривенного введения антагонист опиоидных препаратов (например, налоксон 0,4-0,8 мг).

Основные методы немедикаментозной терапии боли

В терапии хронической боли значительный эффект могут принести немедикаментозные методы лечения. Все методы лечения должны проводиться после консультации с лечащим врачом. Немедикаментозные методы лечения хронической боли можно разделить на следующие группы:

1. Физиотерапевтические методы: теплолечение, криотерапия, электротерапия, чрескожная электронейростимуляция, ароматерапия и др.
2. ЛФК, массаж, применение специальных средств для иммобилизации определенных частей тела.
3. Психотерапевтические методики и методы психологической коррекции.

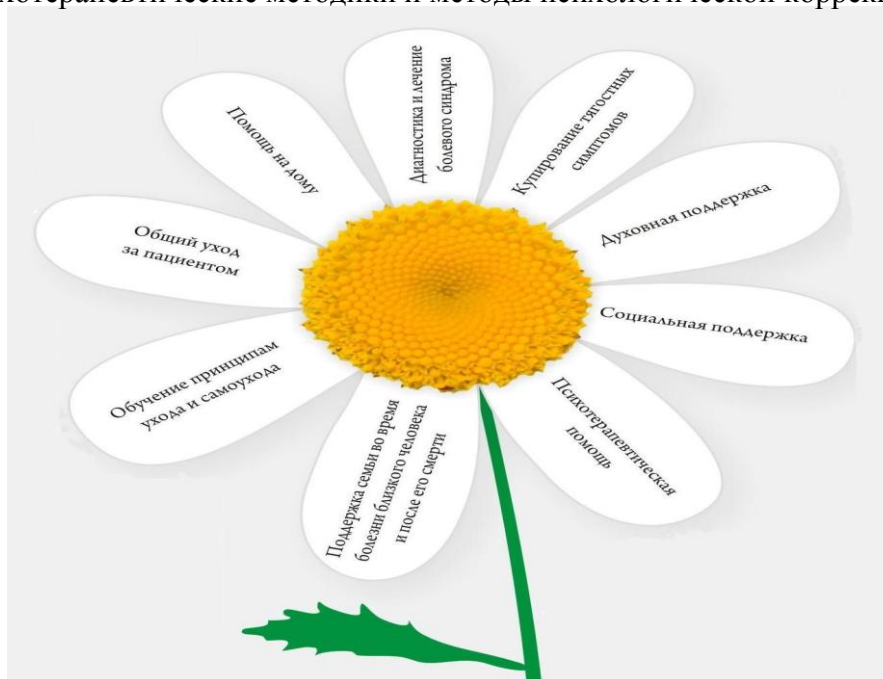


Рисунок 5. Основные аспекты паллиативной медицинской помощи

Рекомендации медицинской сестре при ведении пациента с хроническим болевым синдромом

1. Ежедневно проводить оценку интенсивности боли и оценку эффективности терапии боли.
2. Предложить пациенту ежедневно вести дневник самоконтроля боли.
3. Обучать пациента (родственников) всему, что связано с болью. Объяснить причину боли, определенное время приема медикаментозных препаратов и схему их назначения, побочные действия.
4. Знать возможные побочные эффекты лекарственных препаратов и активно отслеживать их проявления (запор, тошнота, рвота, спутанное сознание, угнетение дыхания и сознания и др.).
5. Ежедневно отслеживать в динамике АД, Р_с, ЧДД, физиологические отправления пациента.
6. Предпочтительнее применять пероральное (через рот) введение анальгетиков.
7. При лечении таблетированным морфином пролонгированного действия принимать их следует каждые 12 часов (например, 10.00 – 22.00), нельзя дробить таблетки.
8. При выявлении у пациента дисфагии (затруднения глотания), следует поставить в известность врача для назначения других лекарственных форм препаратов.
9. ТТС следует наносить на плоскую поверхность неповрежденной сухой кожи туловища или верхних отделов рук с наименьшим волосным покровом каждые 72 часа. При использовании ТТС у пациента есть возможность принимать душ.
10. Если ТТС назначена врачом впервые, при первой экспликация (наклеивании) в течение первых нескольких часов (12-18 часов) пациенту назначается опиоид короткого действия (например, инъекционный морфин), т.к. концентрация фентанила в плазме крови увеличивается постепенно.
11. Если перед аппликацией пластыря место аппликации необходимо вымыть, то это следует сделать с помощью чистой воды. Не следует использовать мыло, лосьоны, масла или другие средства, т. к. они могут вызвать раздражение кожи или изменить ее свойства.
12. Пластырь следует наклеить сразу после извлечения из запаянного пакета. Трансдермальную систему необходимо плотно прижать ладонью на месте аппликации на 30 сек. Следует убедиться, что пластырь плотно прилегает к коже, особенно по краям.
13. Соблюдать регулярность (интервал) введения анальгетиков. Анальгетики вводятся "по часам". Лечение «по требованию» («при болях») ведет к прорывным болям и не

обеспечивает должного купирования хронической боли. Медицинская сестра должна знать длительность максимального действия вводимых лекарственных средств. Пациенту и его родственникам следует оставить памятку, где вся схема лечения будет расписана по часам с указанием дозировок.

14. Если боль не беспокоит пациента, и он отказывается продолжать медикаментозную терапию – объяснить ему, что это означает лишь то, что терапия правильно подобрана и поэтому ее следует продолжать далее по назначенной врачом схеме. Возможно снижение дозы обезболивающих препаратов под наблюдением врача.
15. При появлении «прорывной» боли или эпизодической боли – не обязательно ждать времени следующего введения препарата. При необходимости лечащий врач должен назначить дополнительную дозу препаратов короткого действия и/или скорректировать схему лечения.
16. Использовать внешние отвлекающие факторы: поглаживания, беседа, интересные действия (чтение, рисование, пение и т.д.), стратегии избегания: принятие определенной позы, неподвижность.
17. При явлениях гиперестезии можно использовать охлаждающие фены, припудривание. Пациентам придется отказаться от нейлонового белья.
18. При явлениях лимфостаза в верхних и/или нижних конечностях применять возвышенное положение конечности, махи конечностями, массаж по току лимфы, бинтование эластичными бинтами.
19. Физиотерапия: массаж, вибрация, применение тепла и холода (после консультации с врачом).
20. Способствуйте физической активности пациентов, покажите методики проведения гимнастики с применением активных и пассивных упражнений на все группы суставов, элементы дыхательной гимнастики.
21. При необходимости обеспечить консультацию с врачом-психотерапевтом, психологом.
22. Соблюдать личную гигиену пациента, проводить профилактику пролежней.

«Доверие к медицине сохраняется до той поры, пока последняя способна справиться с болью»
(тезис онкологической этики)

Тестовые задания для самоконтроля

Пожалуйста, ответьте на предложенные вопросы. При выполнении заданий Вам необходимо выбрать один или несколько правильных ответов из предложенного набора.

1. Основной препарат лечения хронической боли («золотой стандарт»):
 - а) Трамадол
 - б) Морфин
 - в) Фентанил
 - г) Промедол

2. Нейропатическая боль возникает при:
 - а) первичном поражении или дисфункции нервной системы
 - б) прямом раздражении ноцицепторов
 - в) индивидуально значимом эмоциональном воздействии

3. Боль называется хронической, если общая ее продолжительность составляет:
 - а) 2-3 недели
 - б) 2-3 месяца
 - в) Более 6 месяцев

4. Кожа в месте выбора аппликации ТТС фентанила должна быть:
 - а) чистая, сухая с наименьшим волосяным покровом
 - б) обработана лосьоном, маслом или другим средством
 - в) не имеет значения

5. Длительность действия морфина при п/к введении:
 - а) 4-5 часов
 - б) 8 часов
 - в) 12 часов
 - г) 24 часа

6. Длительность действия морфина в таблетках (МСТ континус) пролонгированного действия:
 - а) 6 часов
 - б) 8 часов
 - в) 12 часов
 - г) 24 часа

7. Длительность действия ТТС фентанила:
 - а) 24 часа
 - б) 48 часов
 - в) 72 часа
 - г) 12 часов

8. Третья ступень «анальгетической лестницы ВОЗ» подразумевает введение следующего лекарственного препарата:
 - а) диклофенак
 - б) трамал
 - в) фентанил

9. Оценка хронической боли проводится:

- а) ежедневно
- б) два раза в неделю
- в) 1 раз в месяц

10. Характеристика боли, которая определяет место болевых ощущений, называется:

- а) интенсивность
- б) продолжительность
- в) локализация
- г) характер

11. Наиболее предпочтительными лекарственными формами медикаментозной терапии боли являются:

- а) инъекции
- б) таблетки, пластыри
- в) порошки

12. Выберите основные побочные эффекты опиоидных анальгетиков:

- а) запоры
- б) седация
- в) кожный зуд

13. Принцип терапии боли, который является профилактикой «прорывной» боли:

- а) введение анальгетика строго «по часам» через определенный интервал
- б) использование неинвазивных форм препарата
- в) соблюдение асептики и антисептики при введении препарата

14. Препарат – антагонист опиоидных препаратов, применяемый в неотложной терапии при передозировке:

- а) тизерцин
- б) налоксон
- в) amitriptilin

Список использованной литературы

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
2. Приказ Минздрава России от 14.04.2015 N 187Н "Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению"
3. Клинические рекомендации Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи МКБ 10: R52.1/R52.2 Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)
4. Методические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.02.2015 года №17-7/10/1-797 "Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях"
5. Бейер, П. Теория и практика сестринского дела в двух томах [Текст]: учебное пособие. Т. I. [Пер. с англ./ Под ред. С.В. Лапик, В.А. Ступина, В.А. Саркисовой.] / П. Бейер, Ю. Майерс, П. Сверинген, Д. Росс, С. Смелтцер и др. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. – 800 с.
6. Бейер, П. Теория и практика сестринского дела в двух томах [Текст]: учебное пособие. Т. II. [Пер. с англ./ Под ред. С.В. Лапик, В.А. Ступина, В.А. Саркисовой.] / П. Бейер, Ю. Майерс, П. Сверинген, Д. Росс, С. Смелтцер и др. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2008. – 889 с.
7. Контроль симптомов в паллиативной медицине/Под ред. Проф. Г.А.Новикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 248с.
8. Паллиативная помощь онкологическим больным [Текст] / Под ред. Проф. Г.А. Новикова, академика РАМН, проф. В.И. Чиссова. – М.: ООД «Медицина за качество жизни», 2006. – 192с.
9. Проблемы паллиативной помощи в России. Всемирный день хосписной и паллиативной помощи в России [электронный ресурс] // 2009-2011, www.hospiceday.ru
10. Рекомендации Res (2003) 24 Комитета Министров Совета Европы Государствам – участникам по организации паллиативной помощи [Текст]. – 2003. – 93с.
11. Сестринское дело [Текст]: учебник для студентов факультетов высшего сестринского образования мед.вузов: в 2т. Т. 2. / Под ред. Г.П. Котельникова. – Самара: Издательство ГУП «Перспектива», 2004. – 504с.
12. Совершенствование паллиативной помощи пожилым людям [Текст]: сопроводительный буклет / Под ред. Elizabeth Davies, Irene J. Higginson. – ВОЗ Европа, 2005. – 44с.
13. Цыплакова, Д. Основные сестринские вмешательства при проблемах пациента, нуждающегося в оказании паллиативной помощи [Текст]: учебно-методическое пособие / Д.С. Цыплакова. – Кемерово: ГОУ СПО «КОМК», 2008. – 75с.
14. Чарли, Б. Пособие по паллиативной медицине [Текст]: [пер. О.К. Очкур ред. Е.Ю. Петрова] / Чарли Бонд, Вики Лэви, Рут Вулдридж. – Help the Hospices, 2008. – 87с.