



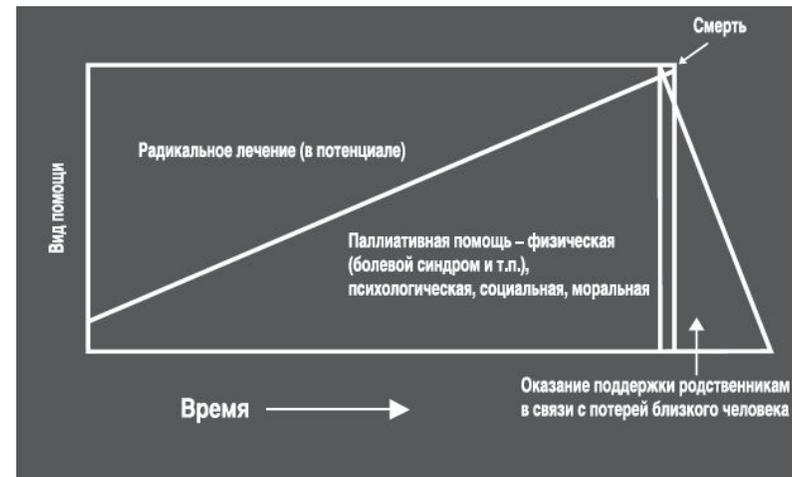
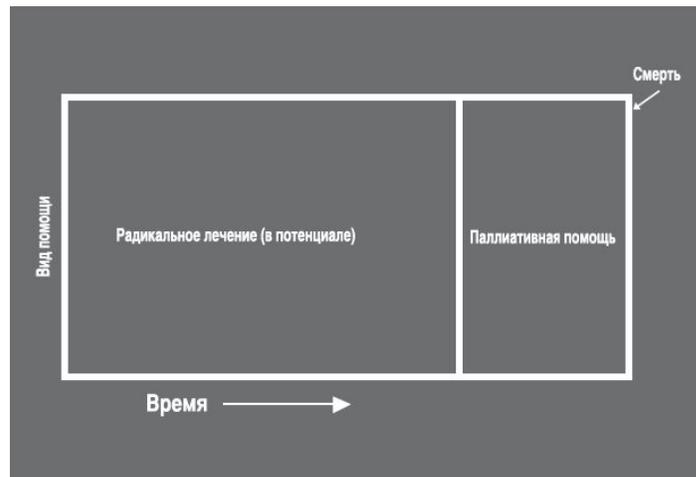
Обезболивание в паллиативной медицине

Доклад подготовила:
Самохлиб Стефания Олеговна 1.7.51а
группа

Паллиативная медицинская помощь

-комплекс мероприятий, включающих медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и уход, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания.

Статья 36. Федерального закона от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 06.03.2019) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"



Боль

МКБ 10: R52.1/ R52.2

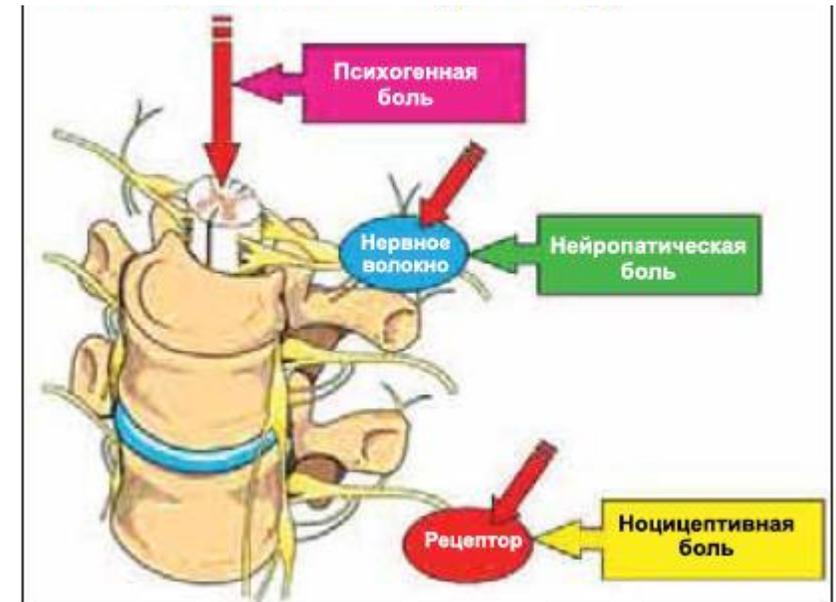
-неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения.

Международная ассоциация по изучению боли (IASP)



Классификация боли

| | Ноцицептивная (острая, действие на периферические рецепторы) | | | Нейропатическая |
|----------------------------|--|---------------------------------------|------------------------------------|--|
| | Соматическая | | Висцеральная | |
| | Поверхностная | Глубокая | | |
| Источник стимулов | Кожа, подкожная клетчатка, слизистая | Кожа, суставы, мышцы, плевра, брюшина | Паренхиматозные и полые органы | Повреждение нервных структур |
| Описание | Острая, жгучая | Тупая, ноющая | Тупая, глубокая | Покалывание, жжение, фантомные боли |
| Локализация источника боли | Очень хорошо определяется | Хорошо определяется | Плохо определяется | Зональное распределение дерматомов |
| Движения | Без эффекта | Усиливают боль | Могут уменьшить боль | Натяжение нерва провоцирует боль |
| Иррадиация | Нет | Да | Да | Да |
| Локальная болезненность | Да | Да | Может быть | Нет |
| Вегетативные реакции | Нет | Могут быть | Тошнота, рвота, изменения АД и ЧСС | Вегетативная нестабильность: жар, пот, озноб |





Периферическая нейропатическая боль

- ▶ Болезненная диабетическая полинейропатия
- ▶ Тригеминальная невралгия
- ▶ Постгерпетическая невралгия
- ▶ Фантомная боль
- ▶ ВИЧ-обусловленная сенсорная нейропатия
- ▶ Туннельные нейропатии
- ▶ Боль после мастэктомии
- ▶ Радикулопатии (шейные, поясничные)

Центральная нейропатическая боль

- ▶ Постинсультная боль
- ▶ Травма спинного мозга
- ▶ Боль при рассеянном склерозе
- ▶ Компрессионная миелопатия
- ▶ Сосудистая миелопатия
- ▶ ВИЧ-обусловленная миелопатия
- ▶ Боль при болезни Паркинсона
- ▶ Пострадиационная миелопатия

Диагностика боли

Ущипни себя и узнаешь, больно ли другому.
Японская пословица.

Любое восприятие боли субъективно, поэтому не существует метода для объективного ее измерения!



Многофакторная концептуальная модель боли (по Loeser J.D., 1982).

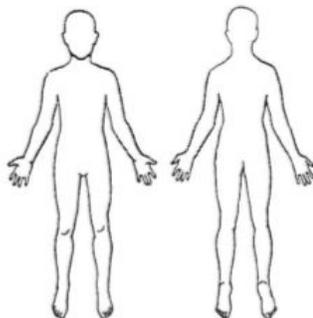
1. Ноцицепция (импульсация от рецептивного поля).
2. Боль (интеграция ноцицептивных сигналов на уровне спинного мозга).
3. Страдание (негативное ощущение, генерированное в ЦНС и модулированное эмоциональными ситуациями, такими как острый или хронический стресс).
4. Болевое поведение (моторно-мотивационный ответ организма, регулируемый всеми составляющими).

ОЦЕНКА БОЛИ (пожалуйста, отмечайте крестиком или подчеркиваете)

Ф.И.О. _____ Возраст _____ Дата _____

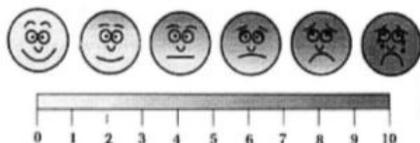
1. Локализация боли:

- лицо
- грудь
- живот
- промежность
- правая рука
- правое плечо
- правая нога
- правый тазобедренный сустав
- правое колено
- правая стопа



- затылок
- спина
- поясница
- крестцовая область
- левая рука
- левое плечо
- левая нога
- левый тазобедренный сустав
- левое колено
- левая стопа

2. Интенсивность боли:



- 0 -- нет боли
- 1-2 -- минимальная боль
- 3-4 -- умеренная боль
- 5-6 -- боль средней интенсивности
- 7-8 -- сильная боль
- 9-10 -- сильная нетерпимая боль

3. Характер боли:

- Острая
- Тупая
- Режущая
- Простреливающая
- Стреляющая
- Пульсирующая
- Жгучая
- При прикосновении
- Покалывающая
- Давящая
- Не могу охарактеризовать
- Другая _____

4. Длительность боли:

- Постоянная
- Периодическая (утром, вечером, днем, ночью)
- Прорывная (короткие периоды более сильной боли)

5. Факторы, усиливающие боль:

- Прием пищи
- Дефекация
- Мочиспускание
- Глубокое дыхание
- Положение (стоя, сидя, лёжа на боку, на спине, на животе)
- Физическая активность
- Другое _____

6. Факторы, облегчающие боль:

- Положение лежа
- Особое положение в постели (какое? _____)
- Прием пищи (какой? _____)
- Обезболивающие препараты (какие? _____)
- Ничего не помогает
- Другое _____

7. Влияние боли на качество жизни:

- Сопровождается дополнительными симптомами:
 - Тошнота, рвота, диарея, запоры
 - Недомогание, слабость
 - Аппетит снижен или отсутствует
 - Кашель
 - Одышка
 - Нарушен сон
 - Сухость кожи, зуд
- Ограничение физической активности:
 - Не ограничена
 - Ходьба только на короткие дистанции (до 100 метров)
 - Невозможность выполнять обычные домашние обязанности (уборка, стирка, приготовление пищи)
 - Невозможность самообслуживания
- Нарушены взаимоотношения с родственниками, друзьями, коллегами (например, из-за раздражительности)
- Нарушена концентрация внимания
- Негативные эмоции:
 - Злость
 - Плаксивость
 - Склонность к суицидальным мыслям
 - Другое _____

8. Беспокоит ли Вас то, что медицинские работники не смогут облегчить Вашу боль?

- Да
- Не уверен(а), что мне помогут
- Надеюсь, что сделают все возможное
- Меня это не интересует

9. Есть ли у Вас родные, которые о Вас заботятся?

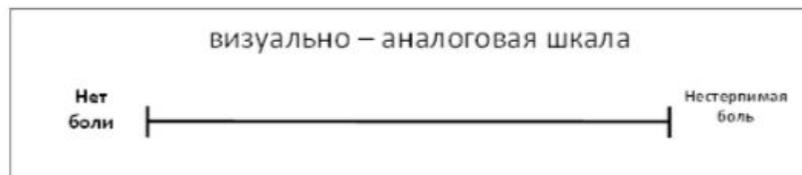
- Да
- Нет

10. Оцените отношение к Вам медицинского персонала по 5-балльной системе (1-2-3-4- 5)

11. Какая дополнительная помощь Вам необходима?

- Психолог
- Психотерапевт
- Священник
- Социальный работник
- Другое _____

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 | |
| Поза и жесты | Расслабленность | Напряженность. Страдальческий вид, беспокойность | Суровость. Сжатые кулаки. Подтягивает или вытягивает сжатые колени. Энергично двигает руками и ногами | |
| Возможность утешить | 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.

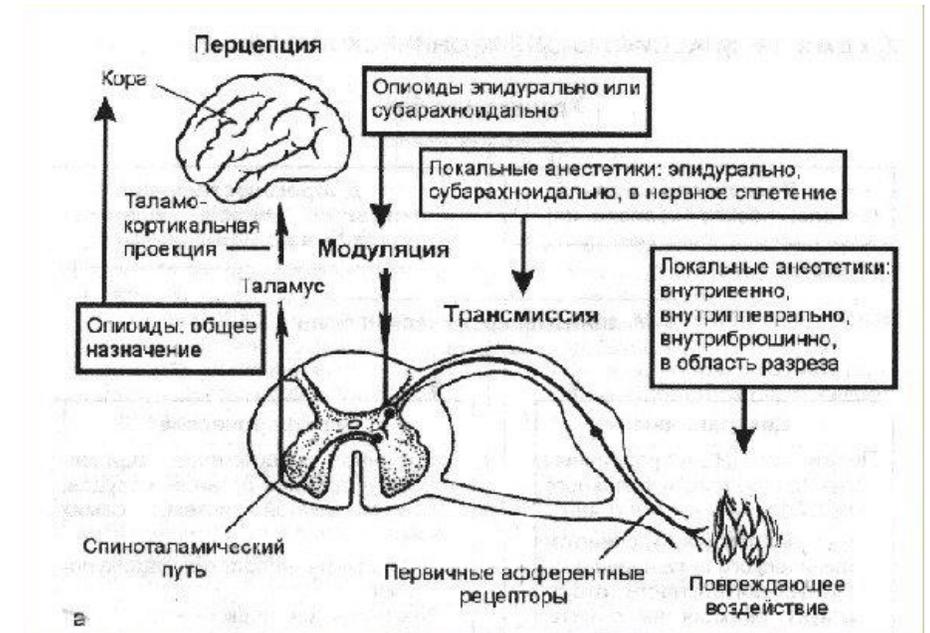
Лечение

□ Консервативное лечение:

- обезболивающие препараты
- адьювантная терапия

□ Немедикаментозное лечение:

- физическая активность
- расслабление
- психотерапия



Глюкокортикоиды. Применяются в следующих ситуациях: повышенное внутричерепное давление, компрессия спинного мозга, компрессия или инфильтрация нерва, метастазы в кости, перерастяжение капсул паренхиматозных органов, инфильтрация мягких тканей при опухолях головы, шеи и др. Дополнительные преимущества гормонов: повышают аппетит и снижают тошноту

Психоаналептики / Антидепрессанты. Анальгетический эффект антидепрессантов может проявляться при назначении низких доз и обычно развивается через 3–7 дней после начала лечения. Препаратами первого ряда среди антидепрессантов для терапии нейропатической боли являются амитриптилин, дулоксетин. Дополнительное преимущество: снижают уровень депрессии, тревожности и бессонницы больных

Препараты против тошноты и рвоты (препараты разных фармакологических групп) — антагонисты допамина, нейролептики)

Слабительные препараты — профилактика нарушения перистальтики кишечника при приеме опиоидов

Миорелаксанты и противосудорожные препараты назначают при болезненных судорогах (кramпи) и миофасциальных болях, оказывают воздействие на уровне спинного мозга, не на уровне мышц

Местные анестетики — для локальной анестезии в месте введения (аппликации), для проводниковой анестезии, расслабляют поперечно-полосатую мускулатуру, устраняют патологическое напряжение мышц, которое является дополнительным источником боли. В отдельных тяжелых случаях применяются внутривенно при рефрактерной нейропатической боли

Препараты, применяемые при состояниях, связанных с нарушениями кислотности — сопроводительная терапия при длительном назначении нивелирует побочные эффекты НПВС при обострении язвенной болезни

Антигистаминные препараты для системного применения усиливают обезболивающий эффект опиоидов

Бензодиазепины/ Анксиолитики применяют при миоклонусе, спазме гладкой и скелетной мускулатуры

Адьювантная терапия

Антагонисты NMDA-рецепторов, альфа 2- адреномиметики назначают при рефрактерной и нейропатической боли, когда стандартная обезболивающая терапия в сочетании с антидепрессантами и противосудорожными препаратами оказывается неэффективна. Кроме того, антагонисты NMDA-рецепторов используют при ишемической боли, боли в костях, тяжелом миозите. Их назначают специалисты, имеющие соответствующую квалификацию и в условиях стационара

Противоэпилептические препараты применяются для контроля симптомов нейропатической боли, возникающей в результате прямого повреждения центральных или периферических структур нервной системы или других патологических процессов в нервной системе, последствий повреждения нервных волокон в результате лучевой и химиотерапии, хирургического лечения. Препаратами первого ряда являются габапентин и прегабалин в связи с меньшим количеством побочных эффектов и межлекарственных взаимодействий

Нейролептики, альфа 2- адреномиметики — антипсихитическое действие. Применяются для седации, при галлюцинациях, для купирования тошноты и рвоты на фоне опиоидной терапии

Консервативное лечение



«Лестница обезболивания Всемирной организации здравоохранения»

| | | |
|----|--|--|
| 1 | | СЛАБАЯ БОЛЬ Боль почти не мешает заниматься обычными делами. Ночной сон не нарушен из-за боли, обычные анальгетики действуют не менее 4 часов. |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | УМЕРЕННАЯ БОЛЬ Боль мешает обычной жизни и не дает забыть о себе. Ночной сон нарушен из-за боли. Обычные анальгетики действуют менее 4 часов. |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | СИЛЬНАЯ БОЛЬ Боль затмевает все и делает человека зависимым от помощи других. Ночной сон нарушен из-за боли. Слабые опиоидные препараты (трамадол) действуют не более 3–4 часов. |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

1-я ступень : Неопиоидные анальгетики +/- вспомогательная терапия

| Наименование МНН | Торговое название | Разовая доза (мг) | Максимальная суточная доза (мг) | Интервал приема, часы | Селективность в отношении ингибиции ЦОГ-2 |
|-------------------|-------------------|-------------------|---------------------------------|-----------------------|---|
| Ибупрофен | Ибупрофен | 200, 400 | 1200 (до 2400) | 4–6 | Неселективный |
| Диклофенак | Диклофенак | 25, 50, 75, 100 | 150 | 6–8 | Неселективный |
| Кетопрофен | Кетопрофен | 50, 100, 150 | 300 | 6–8 | Неселективный |
| Напроксен | Налгезин | 250–500 | 1250 | 8–12 | Неселективный |
| Лорноксикам | Ксефокам | 4, 8 | 16 | 8–12 | Неселективный |
| Целекоксиб | Целекоксиб | 100, 200 | 200–400 | 12–24 | Высокоселективный |
| Эторикоксиб | Аркоксиа | 60, 90, 120 | 60–120 | 24 | Высокоселективный |
| Нимесулид | Нимесулид | 50, 100 | 200 | 12 | Умеренно селективный |
| Мелоксикам | Мелоксикам | 7, 5, 15 | 15 | 24 | Умеренно селективный |
| Метамизол натрия* | Анальгин | 250–500–1000 | 3000 | 6–8 | |

Интенсивность боли оценивается пациентом, как слабая, в пределах от 0 до 40% по НОШ, (ВАШ).

* Анальгин (метамизол натрия) — нет однозначных данных об отнесении данного препарата к НПВС, его назначают при непереносимости других НПВС и парацетамола, не следует сочетать с другими НПВС в течение длительного времени.

2-я ступень: Слабые опиоидные + неопиоидные анальгетики +/- вспомогательная терапия

| № | МНН | Торговое наименование | Лекарственная форма | Разовые дозы (мг) | Максимальная суточная доза (мг) |
|---|---------------------------------------|-----------------------|---|---------------------|--|
| 1 | Трамадол* | Трамадол | Капсулы; таблетки; таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой; раствор для инъекций 5% | 50, 100, 150*, 200* | 400** |
| 2 | Трамадол 37,5 мг + парацетамол 325 мг | Залдиар | Таблетки, покрытые оболочкой | 37,5 + 325 | 8 таблеток (300 мг трамадола и 2,6 г парацетамола) |
| 3 | Пропионил-фенилэтокси-этилпиперидин | Просидол | Таблетки защечные | 20 | 80**** |
| 4 | Тримеперидин | Промедол | Раствор для инъекций 20 мг/мл | 20, 40 | 160 |
| 5 | Тапентадол | Палексия | Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой | 50, 100 | 200*** |
| 6 | Морфин | Морфин | Таблетки и капсулы | 5, 10 | 40 |
| 7 | Оксикодон + налоксон | Таргин | Таблетки | 5 / 2,5, 10 / 5 | 20 |

Интенсивность боли оценивается пациентом, как умеренная, в пределах **от 40% до 70% по НОШ (ВАШ)**, а адекватный ее контроль не достигается **регулярным приемом парацетамола, НПВС и адьювантных анальгетиков.**

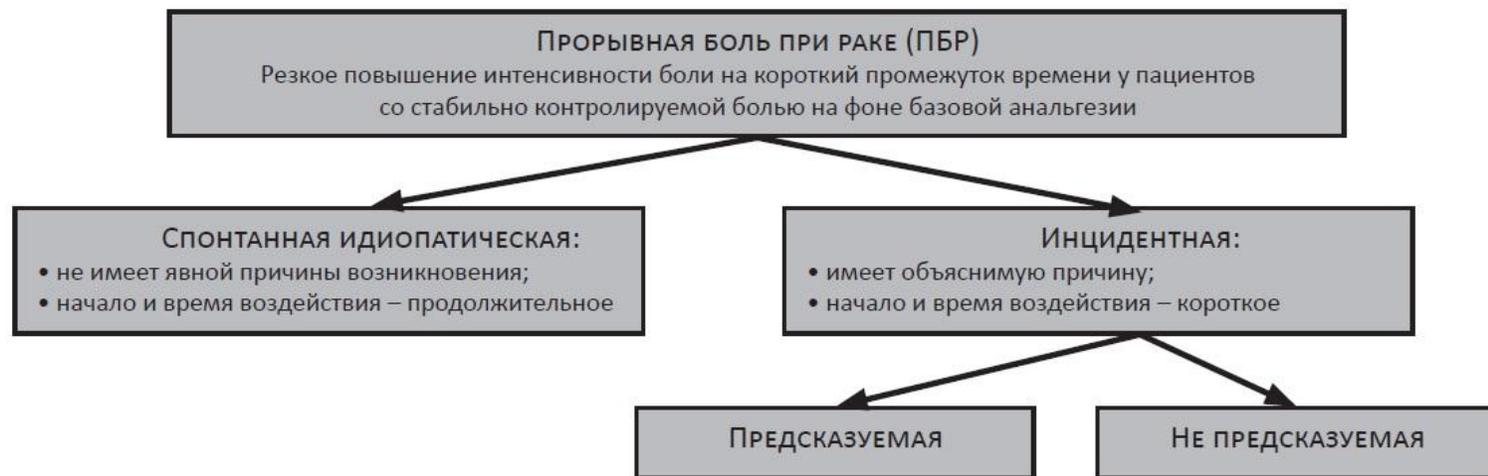
3-я ступень: Сильные опиоидные + неопиоидные анальгетики +/- вспомогательная терапия

| Наименование МНН | Торговое наименование | Лекарственная форма | Разовые дозы | Максимальная суточная доза |
|--|-----------------------|--|---|---|
| Морфин | Морфин | Таблетки, покрытые пленочной оболочкой (быстрого высвобождения) | 5 мг, 10 мг | Для паллиативных больных — нет максимальной дозы* |
| Морфин | МСТ-континус Морфин | Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, пролонгированного действия | 10 мг; 30 мг; 60 мг; 100 мг на 12 ч | |
| Морфин | Морфин сульфат | Капсулы пролонгированного действия | 10 мг, 30 мг, 60 мг, 100 мг на 12 ч | |
| Морфин | Морфин | Раствор для инъекций 10 мг/мл в ампулах по 1 мл | 10 мг | |
| Оксикодон + налоксон ** | Таргин | Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой (действие 12 ч) | 5 мг/2,5 мг; 10 мг/5 мг; 20 мг/10 мг; 40 мг/20 мг на 12 ч | 160 мг оксикодона и 80 мг налоксона |
| Фентанил | Дюрогезик Фендивия | Трансдермальная терапевтическая система | 12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч, 100 мкг/ч на 72 ч | Нет |
| Тапентадол | Палексия | Таблетки, покрытые пленочной оболочкой | 50 мг, 75 мг, 100 мг | До 600 мг |
| Тапентадол | Палексия | Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой | 50 мг, 100 мг, 150 мг, 200 мг, 250 мг на 12 ч | До 500 мг |
| Пропионил-фенилэтоксипиридин | Просидол | Таблетки защечные | 20 мг, 40 мг, 60 мг | 240 мг |
| Кодеин + морфин + носкапин + папаверина гидрохлорид + тебаин | Омнопон | Раствор для подкожного введения 0,72+5,75+2,7+0,36+0,05 мг/мл и 1,44+11,5+5,4+0,72+0,1 мг/мл | Высшая разовая доза 30 мг (3 мл 1% раствора или 1,5 мл 2% раствора) | 100 мг (10 мл 1% раствора или 5 мл 2% раствора) |



Интенсивность боли оценивается пациентом, как сильная, в пределах от **70% до 100% по НОШ (ВАШ)**, а адекватный ее контроль не достигается регулярным приемом препаратов 2-ой степени и адъювантных анальгетиков.

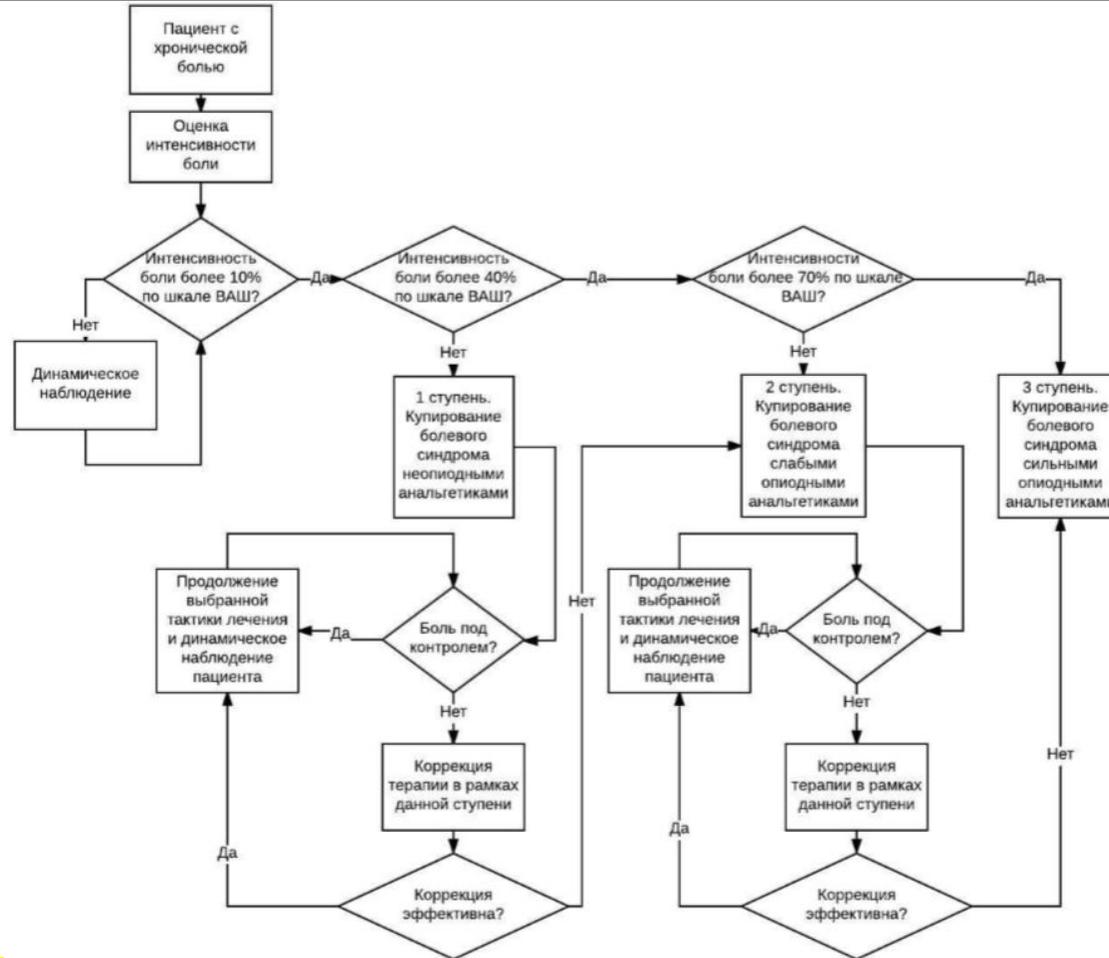
«Прорыв» боли



Обезболивание в последние часы ЖИЗНИ

- ✓ При пониженном уровне артериального давления, спутанности или отсутствии сознания следует сохранять прием опиоидных средств, применяя при необходимости титрование дозы до эффективной.
- ✓ Если принято решение отменить опиоидный анальгетик, то это следует делать путем постепенного снижения дозы препарата и не более чем на 50% в течение суток, чтобы избежать «прорыва» болевого синдрома и для профилактики синдрома отмены.
- ✓ При развитии рефрактерной боли, не поддающейся эффективному лечению- применение опиоидов в инвазивных формах; возможно применение продленной подкожной или внутривенной инфузии, а также кетамина и пропофола.
- ✓ Когда боль не удается купировать всеми имеющимися способами, необходимо решить вопрос о возможной медикаментозной седации как дополнительного назначения. С этой целью применяются галоперидол, мидазалам, диазепам. Вне зависимости от используемого препарата (или препаратов) его назначение в первую очередь требует определения дозы, обеспечивающей адекватное обезболивание, с последующим продолжением терапии для закрепления эффекта.

Общая схема диагностики и лечения пациента с хронической болью



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!

