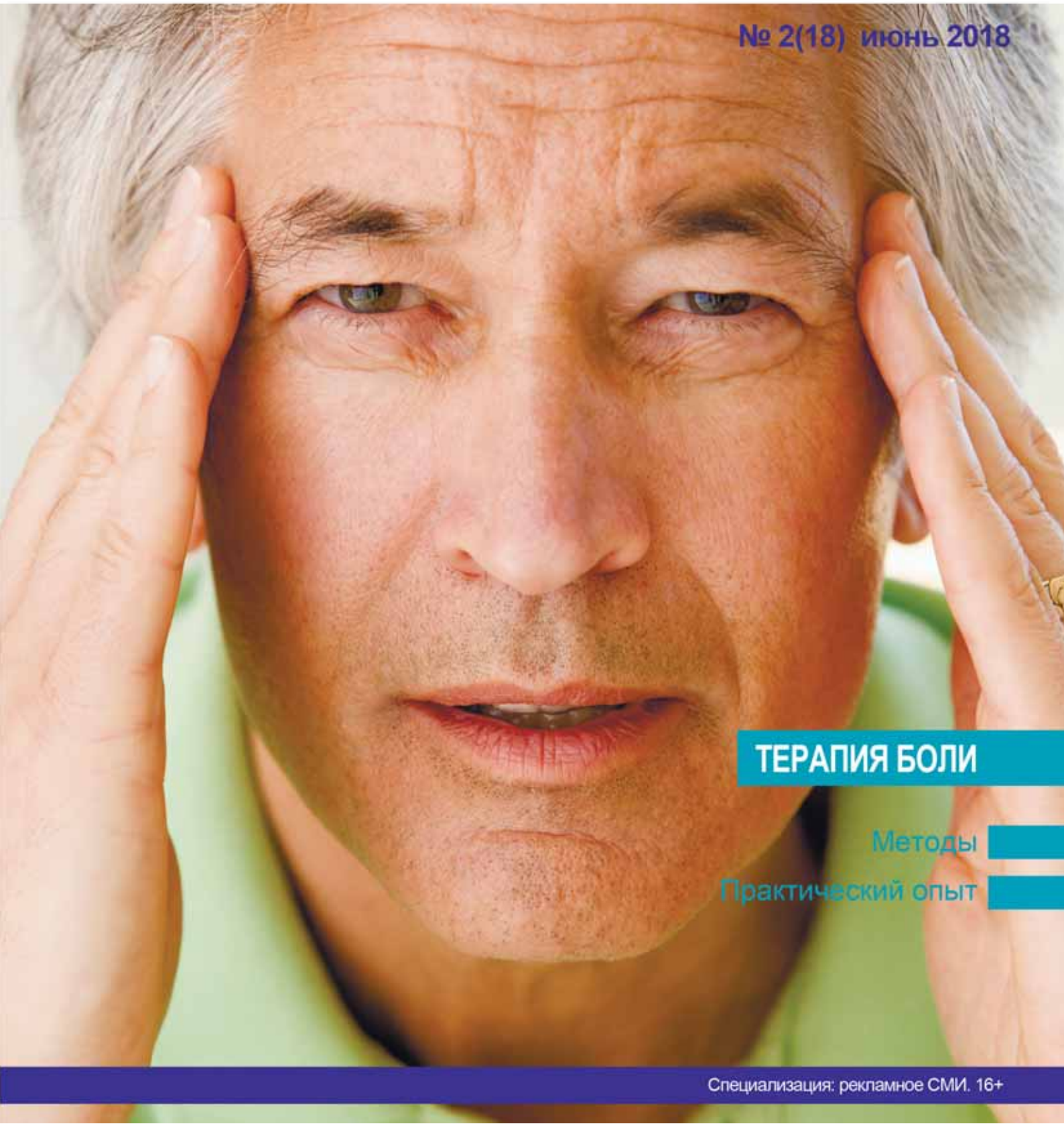
форум Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

№ 2(18) июнь 2018



ТЕРАПИЯ БОЛИ

Методы

Практический опыт

Специализация: рекламное СМИ. 16+

Реклама. ООО "БЕЛЛА Восток", 140300, Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9. ОГРН 1047796113485

seni

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА

И КОМФОРТ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ

AIR ДЫШАЩИЕ

Дышащий внешний слой

Паропроницаемый внешний слой позволяет коже «дышать», уменьшая тем самым риск возникновения раздражения кожи.

odour STOP
Одор Стоп

Нейтрализация неприятного запаха

Антибактериальный суперабсорбент не только превращает жидкость в гель, но и нейтрализует неприятный запах.

latex FREE
Латекс Фри

Эластомерная пряжа без латекса

Все эластичные элементы изготовлены из эластомерной пряжи без латекса, что снижает риск возникновения аллергических реакций у людей, склонных к аллергии на латекс.

EDS Extra Dry System
Екстра Драй Систем

Повышенное чувство сухости

Распределяющий слой EDS из нетканого материала обеспечивает более быстрое впитывание и равномерное распределение влаги внутри изделия, что значительно повышает чувство сухости.

DERMATOLOGICALLY TESTED

Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор в зависимости от индивидуальных потребностей.

Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии Seni:
8-800-200-800-3 (06:00-22:00, кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)
www.seni.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

форум

Дорогие друзья!

Боль — сторожевой пёс здоровья, — так говорили еще в Древней Греции.

Как правило, если в организме происходит нарушение, именно боль дает сигнал об этом. Как определить, насколько человеку больно? Данный вопрос часто возникает у врачей различных специальностей. Для оценки боли существуют специальные визуально-аналоговые шкалы, словесные шкалы, вопросники. Диагностика и качество лечения напрямую связаны с объективными критериями болевых ощущений.

В этом номере мы собрали статьи российских и польских специалистов о методах терапии боли.

Своим опытом делятся врачи-практики, предлагая современные методы и способы коррекции боли у пациентов, страдающих хроническим болевым синдромом.

Коллектив редакции выражает благодарность авторам, написавшим статьи для этого номера. Приглашаем авторов к сотрудничеству для размещения статей и новостей в журнале «Форум долгосрочной опеки».

Ждем ваших обращений: fdo@bella-tzmo.ru

Учредитель:
Общество с ограниченной ответственностью «БЕЛЛА Восток»
Генеральный директор – Е. Горковенко

Юридический адрес:
140300, Российская Федерация, Московская область, г. Егорьевск ул. Промышленная, дом 9

Редакция:
Главный редактор – К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:
142712, Московская область, Ленинский р-н, пос. Горки Ленинские, зона придорожного сервиса автодороги «МКАД-аэропорт Домодедово», владение 7, стр.1
Тел./факс: +7(495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:
115583, г. Москва, а/я 59
fdo@bella-tzmo.ru
Свидетельство о регистрации средства массовой информации № ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014 выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Тираж 2000 экз.
Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии:
ООО «Издательство «Перо»
109052, г. Москва, Нижегородская ул., дом 29-33, строение 27, офис 105

Верстка и редактура:
ООО «Издательство «Перо»
www.pero-print.ru
e-mail: info@pero-print.ru
Тел.: +7 (495) 973-72-28, 665-34-36

форум

Номер 2 (18) июнь 2018 г.
Подписано в печать 04.06.2018 г.
Выход в свет 18.06.2018 г.

Использованы статьи из журнала «MEDI Форум Долгосрочной Опеки»

Перепечатка, копирование или размножение в любой форме осуществляются только с разрешения ООО «БЕЛЛА Восток»

В журнале использованы фото авторов статей и Pressfoto.ru

содержание

НОВОСТИ

5 SENI CUP объединяет нас!

МЕТОДЫ

9 Пиейко А.
Терапия боли в долгосрочной опеке

13 Гремякова Т.А.
Боль у дементных больных

19 Тедерко П.
Нефармакологические методы обезболивания у людей с ограниченными умственными возможностями в учреждениях долгосрочной опеки

21 Введенская Е.С.
Нефармакологические методы лечения боли

24 Голинецкая В.
Психотерапия боли

ПРАКТИЧЕСКИЙ ОПЫТ

26 Комаров А.Н., Девяткина Ю.В.
Особенность болевого синдрома у пожилых пациентов

29 Введенская Е.С.
Современные подходы к лечению пациентов, страдающих ХБС

33 Лыскова С.Л., Салоутина А.Н.
Опыт внедрения шкалы оценки уровня боли в сестринскую практику

36 Кравченко Т.В.
Комментарии к шкале боли у пациентов

SENI CUP ОБЪЕДИНЯЕТ НАС!

С 24 по 25 мая 2018 г. *на базе Подмосковного Курорт-парка «Союз» МИД РФ в очередной 18 раз состоялся региональный турнир по мини-футболу среди воспитанников психоневрологических интернатов –* ***SENI CUP 2018****! В турнире приняли участие 12 команд из Москвы и Московской области.*

Организатором турнира SENI CUP на протяжении уже 18 лет является филиал № 1 ООО «БЕЛЛА Восток» – дочерняя компания Торуньского завода перевязочных материалов (TZMO S.A., Польша), одного из крупнейших производителей средств гигиены и медицинских изделий таких марок, как **bella**, **seni** и **matopat,** не только на территории России, но и в мире.

Турнир SENI CUP ежегодно проводится при поддержке департамента социальной защиты населения города Москвы и министерства социальной защиты населения Московской области.

Для участников турнира была организована праздничная программа, в том числе силами самих ребят из интернатов. Праздник открыл танцевальный коллектив из Колычевского ПНИ с зажигательными народными и испанскими танцами. Организатор турнира – компания «БЕЛЛА Восток» – наградила всех артистов за их яркие выступления памятными подарками.

На церемонии открытия турнира напутственные слова участникам сказал президент Федерации футбола инвалидов России Луначарский Георгий Сергеевич, он пожелал участникам яркой игры, силы духа и победы.

На церемонии открытия турнира теплые и напутственные слова произнесла директор филиала № 1 «БЕЛЛА Восток» Габриэла Казмиерчак, пожелав успеха, честной и справедливой борьбы. По уже сложившейся традиции, под торжественный гимн все участники и организаторы турнира компании «БЕЛЛА Восток» загадали желание и отпустили в небо воздушные шары как символ многолетней дружбы. Это стало кульминацией к торжественному открытию 18-го турнира SENI CUP,

Игра команд была организована согласно жеребьевке. Как и в прошлые годы, соревнования проходили с присущим им спортивным азартом и соперничеством. Было очевидно, что дух соревнования не даёт игрокам расслабиться. Ребята играли как истинные профессионалы, болели друг за друга и радовались спортивным победам своих коллег. Турнир проходил в соответствии с правилами ФИФА, а это означает строгое, но справедливое судейство, которое осуществляли главный тренер сборной команды России по футболу для тотально слепых спортсменов, член комиссии по социальной политике Российского футбольного союза Береговой Николай Николаевич и судья Ассоциации мини-футбола России республиканской категории Стариченко Валерий Иванович.

Второй год подряд за историю в рамках турнира Seni Cup проводился турнир по пенальти, который был организован ООО «Ассоциация Пенальти «ИНТЕРСЕРИЯ-1»». Призы и медали ребятам вручал лично президент ассоциации Лобачев Евгений Павлович.

Впервые в этом году открытие турнира началось с товарищеского матча между сборной команды «БЕЛЛА Восток» и тренерами команд интернатов. За игрой активно наблюдали и болели зрители фан-зоны «БЕЛЛА Восток»! По итогам игры команды сыграли вничью, победила ДРУЖБА!

В этот раз, также впервые, параллельно с отборочными играми рядом с полем для ребят и всех желающих были организованы площадки со спортивными и творческими конкурсами «Быстрее – выше – сильнее». По итогам самые активные участники, набравшие наибольшее количество баллов в конкурсах, были награждены специальными призами от организаторов.

В завершение отборочных игр для всех участников турнира и гостей был приготовлен сюрприз: шуточный футбольный турнир в надувных шарах.

Второй день турнира был ознаменован финальными играми. Наступил самый долгожданный и волнительный момент: награждение и вручение подарков участникам и победителям турнира по мини-футболу. Во время вручения наград звучала барабанная дробь в исполнении шоу-барабанщиц «Виват, Россия». Поддержать участников и поздравить победителей приехала шоу-группа чемпионов России по фристайлу с мячом Freestyle Sport.

В номинации «Воля к победе» кубок достался команде из Островского ПНИ Московской области Ленинского района. Эта женская команда второй раз приняла участие в соревнованиях.

Специальным призом от Луначарского Георгия Сергеевича, президента Федерации футбола инвалидов России, в номинации «Самый перспективный игрок 2018 года» была награждена Любошкина Елена, участник команды Островского ПНИ Московской области Ленинский район.

Победителем по итогам отборочных игр по мини-футболу Seni Cup 2018 в Центральном федеральном округе Российской Федерации стала объединенная команда Черкизовского ПНИ и Коломенского ДДИ.

Именно она стала обладателем главного приза – путевки в финал **Seni Cup в Польше, в городе Торунь, который состоится с 2 по 5 июля 2018 года.**

Все участники турнира получили на память медали и кубки за участие, а также памятные подарки от компании-организатора.

В финале торжественного закрытия турнира в исполнении сотрудника компании «БЕЛЛА Восток» Сотниковой Оксаны прозвучал гимн Seni Cup.

Компания-организатор турнира по мини-футболу Seni Cup 2018 филиал № 1 ООО «БЕЛЛА Восток» выражает благодарность нашим партнёрам – компаниям, без которых это мероприятие не было бы таким ярким!

ООО «КЦСР»

ООО «Краевой центр средств реабилитации» – наш надежный партнер, представляющий продукцию компании «БЕЛЛА Восток» в учреждениях Москвы и Московской области, осуществляет поставку технических средств реабилитации различной направленности (абсорбирующее бельё, продукция для стомированных больных, инвалидные кресла-качалки) с 2009 года. ООО «КЦСР» регулярно оказывает спонсорскую помощь инвалидам, общественным объединениям инвалидов.

«Coca-Cola HBC Россия» – крупнейший производитель напитков широкого ассортимента, благодарим компанию за предоставленные напитки.
««Coca-Cola HBC Россия» выступает партнером турнира по мини-футболу SENI CUP второй год подряд. Такие турниры показывают, что люди с ограниченными возможностями тоже могут быть частью игры. Мы рады тому, что благодаря совместным усилиям организаторов и партнеров турнира удалось создать настоящий праздник футбола для всех участников», – отметила Наталия Толоченко, руководитель направления корпоративной социальной ответственности в Московском и Северо-Западном регионах, «Coca-Cola HBC Россия».

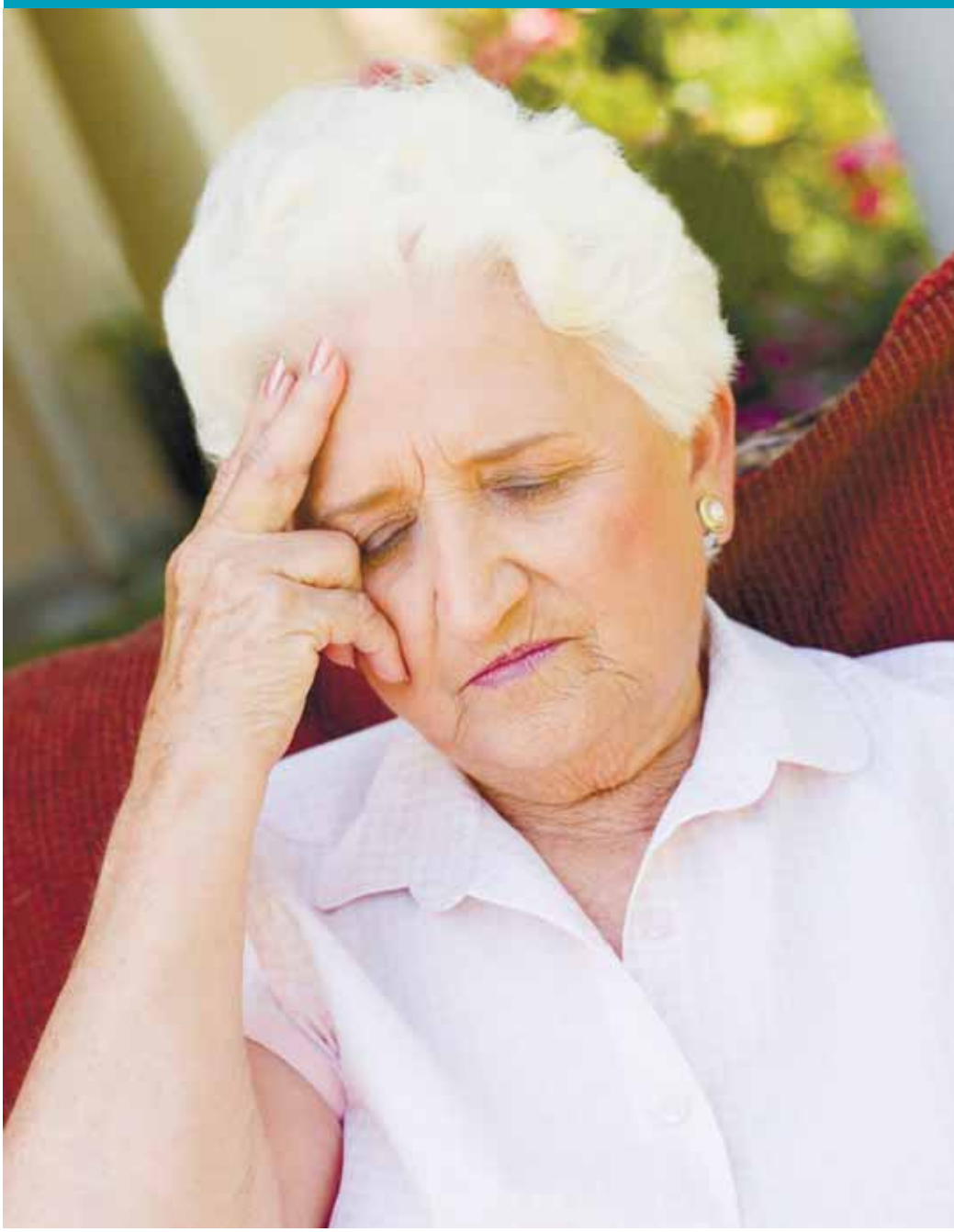
Компания «Декатлон» – магазин спортивных товаров. Под крышей магазина находится инвентарь для более чем 70-ти видов спорта.
Только качественные и инновационные товары, которых вы не встретите в других магазинах. Уже на протяжении 40 лет магазин помогает вести активный и здоровый образ жизни взрослым и детям.

«Айсберри» – № 1 на рынке мороженого Москвы и Московской области, входит в тройку лидеров российского рынка мороженого.

ТЕРАПИЯ БОЛИ В ДОЛГОСРОЧНОЙ ОПЕКЕ

Пиейко Агнешка,
доктор медицинских наук, Коллегия медицинских наук Ягеллонского университета в Кракове, Польша

Больные в долгосрочной опеке, особенно это касается пожилых людей, часто испытывают боль, связанную с различными заболеваниями системы опорно-двигательного аппарата, кровеносных сосудов, нервной системы и их последствиями (пролежни, контрактуры суставов).



Вместе с возрастом увеличивается число раковых заболеваний, боль может появиться на любой стадии такого заболевания. По этой причине кажется целесообразным внедрение принципов паллиативной медицины, всесторонне охватывающей действия междисциплинарной группы (врач, медсестра, психолог, реабилитолог), целью которых является удовлетворение всех потребностей больного с помощью раннего распознания рисков, профилактики и облегчения страданий. У всех больных, страдающих от хронических болей, действуют одинаковые механизмы, вызывающие ухудшение качества жизни, что влечет развитие эмоциональных расстройств, нарушения сна и аппетита.

Борьба с болью выходит далеко за рамки биомедицинского подхода к пациенту и должна быть направлена на поддержание высокого качества жизни пациента с хроническим заболеванием. Потребность в комплексном подходе к проблеме хронических болей у пациентов в долгосрочной опеке подтверждается тем фактом, что значительная часть людей пожилого возраста, имеющих хронические заболевания, особенно с когнитивными нарушениями, сопровождающимися болью, получает недостаточное и неподходящее лечение. По данным Американского гериатрического общества (American Geriatric Society), наибольший процент людей, испытывающих боль, – среди пациентов, пребывающих в центрах долгосрочного ухода (45–83 %); примерно у 45–85 % в этой группе лечение боли происходит неправильно. Недостаточным также является контроль боли в терминальной стадии.

Право на достойную жизнь без боли является одним из основных

прав человека. Облегчение страданий является одной из задач, которые следуют из Кодекса врачебной этики. Боль как «пятый признак жизни» должна подвергаться оценке в ходе каждого контакта с пациентом. Необходимо определить локализацию боли, интенсивность (слабая, средняя, сильная), динамику и характер, а далее безотлагательно начинать лечение. Работники сферы здравоохранения часто знают о состояниях, вызывающих боль у пациентов, за которыми ухаживают, и должны также ожидать боли в состояниях когнитивных нарушений и отмечать заболевания, связанные с болью. Подход к оценке боли является одинаковым как для людей с когнитивными нарушениями, так и для тех, у кого этих нарушений нет. В свою очередь это должны быть:

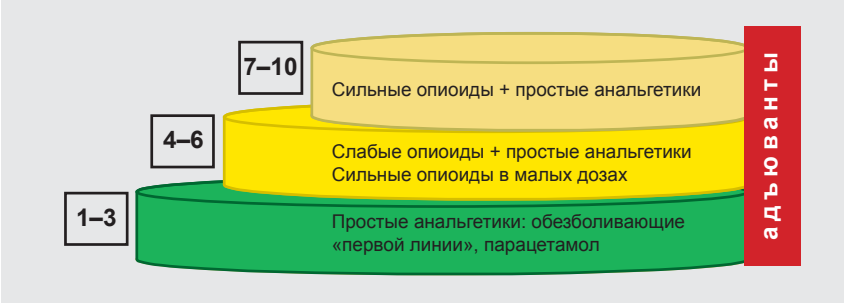
– вопросы, адресованные непосредственно пациенту;

– история болезни от опекуна или медсестры;

– использование шкал наблюдения, таких как:

• **шкала Лайкерта** – описательная («ничего не болит», «боль средней интенсивности»; «сильная боль'»; «очень сильная боль»);

• **шкала ВАШ (VAS) – (visual analogue scale), визуальная аналоговая**, заключается в использовании 100-миллимитровых линеек на белом или зеленом фоне со значениями от 0 до красного цвета со значением 100. Задачей пациента является отметить боль на этом масштабе;



• **шкала NRS (Numerical Rating Scale) – количественная шкала оценки**: больной отвечает на вопрос, как он оценивает степень интенсивности своей боли по шкале от 0 до 10. Это наиболее часто используемая шкала, она обеспечивает регулярность оценки боли и результатов лечения.

В случае больных с деменцией должна быть использована шкала **Долоплюс (Doloplus)**, оценивающая возникновение и интенсивность боли с помощью оценки изменения поведения. Симптомами испытываемой боли могу быть: ухудшение аппетита, повышенная раздражительность, проблемы со сном, возбужденность, гримасы, скрежетание зубами, вздыхание, стоны, оказание сопротивления во время проведения процедур по уходу.

При лечении боли на тяжелой стадии хронического заболевани, лекарства следует подбирать в соответствии с обезболивающей лестницей и подавать регулярно в одно и то же время. Лечение следует начинать с малых доз, необходимо учитывать действие неподходящих лекарств (изучение возможных побочных эффектов лекарства наравне с показаниями к применению и механизмами его действия).

Интенсивность боли и фармакологическое лечение – обезболивающая лестница

В случае боли средней степени интенсивности (1–3 по числовой оценочной шкале (NRS), когда пациент ранее не принимал обезболивающих, лечение следует начинать с парацетамола или нестероидных противовоспалительных препаратов. Они обозначаются как **неопиодные анальгетики или обезболивающие препараты «первой линии»**. В случае применения парацетамола доза лекарства не должна превышать 3 г в сутки. Это лекарство противопоказано пациентам с почечной недостаточностью. Особую осторожность следует проявлять у пациентов, характеризующихся недоеданием, использующих барбитураты, злоупотребляющих алкоголем. Нестероидные противовоспалительные препараты по желанию применяются при костных заболеваниях. Следует учитывать противопоказания к их хроническо-

Описание степени боли с помощью слов	0	1 2 3	4 5	6 7	8 9	10
	Боль отсутствует	Легкая боль	Умеренная боль	Умеренная боль	Сильная боль	Непереносимая боль
Шкала лиц Вонга-бэкера						
Шкала переносимости боли	Боль отсутствует	Боль можно игнорировать	Боль мешает деятельности	Боль мешает концентрироваться	Боль мешает основным потребностям	Необходим постельный режим

му использованию, а в ходе лечения обратить внимание на побочные эффекты. Следует проявлять особую осторожность у пациентов пожилого возраста из-за возможности усугубления сердечной недостаточности и почек. Целесообразно применять препараты короткого периода действия. Похоже, что в настоящее время самыми безопасными лекарствами из класса обезболивающих препаратов «первой линии» являются: мелоксикам, нимесулид, ибупрофен, напроксен. Обезболивающие препараты «первой линии» можно комбинировать с парацетамолом и препаратами «второй» и «третьей линии» обезболивающей лестницы.

Лекарственные препараты «второй линии» обезболивающей лестницы, называемые слабыми опиоидами, назначаются при боли средней степени интенсивности (4–6 по шкале NRS). Наиболее часто применяемым лекарством в этой группе является трамадол, доступный в любой форме, также в форме с контролируемым высвобождением. Может применяться в дозе 400 мг в сутки, разделенной на каждые 4–6 часов, или в форме с продолжительным высвобождением каждые 12 часов. Предпочтительными могут быть комбинации трамадола и парацетамола, парацетамола и кодеина. Комбинированная терапия является хорошим решением для пациентов, которым противопоказаны обезболивающие препараты «первой линии». Кодеин может применяться, когда боль слабой или средней степени интенсивности сопровождается кашлем. Не рекомендуется комбинировать препараты из группы слабых опиоидов с сильными опиоидами.

В случае боли средней и высокой степени интенсивности следует применять сильные опиоиды (6–10 по шкале NRS) – **лекарственные препараты «третьей линии» обезболивающей лестницы**. Эти препараты не применяются часто из-за риска возникновения зависимости, а также из-за возможных побочных эффектов (седация, запоры, тошнота). В соответствии с действующими нормами следует использовать пероральные формы морфина, оксикодона в форме таблеток с контролируем высвобождением каждые 12 часов. Из-за своей высокой эффективности и множества форм выпуска морфин применяется наиболее часто и длительно среди всех опиоидов. У пациентов на терминальной стадии болезни, имеющих проблемы с глотанием и с когнитивными нарушениями, морфин обычно вводят подкожно.

Пациенты пожилого возраста получают больше плюсов от лечения опиоидами по сравнению с младшим населением (улучшение самочувствия, восприятия имеющихся ограничений и в области общей оценки боли). Принимая решение использования опиоидов для этой категории больных, необходимо принимать во внимание сопутствующие заболевания, особенно ведущие к нарушению функций печени и почек.

Недостаточная работа этих органов может привести к появлению побочных эффектов (седация, нарушения дыхания, бред). В отношении пациентов старшего возраста предлагается использовать в начале лечения меньшие дозы (25–50 % по отношению к дозе, применяемой у младшего населения, например, сульфат морфина, вводимый подкожно в начальной дозе 2.5 мг каждые 4 часа. Предпочтительным препаратом ввиду его меньшего влияния на когнитивные функции у больных пожилого возраста является оксикодон. Интересным терапевтическим решением, следующим из стремления к устранению побочных эффектов опиоидов на пищеварительную систему (запоры, атония), является сочетание оксикодона с налоксоном в пероральной форме.

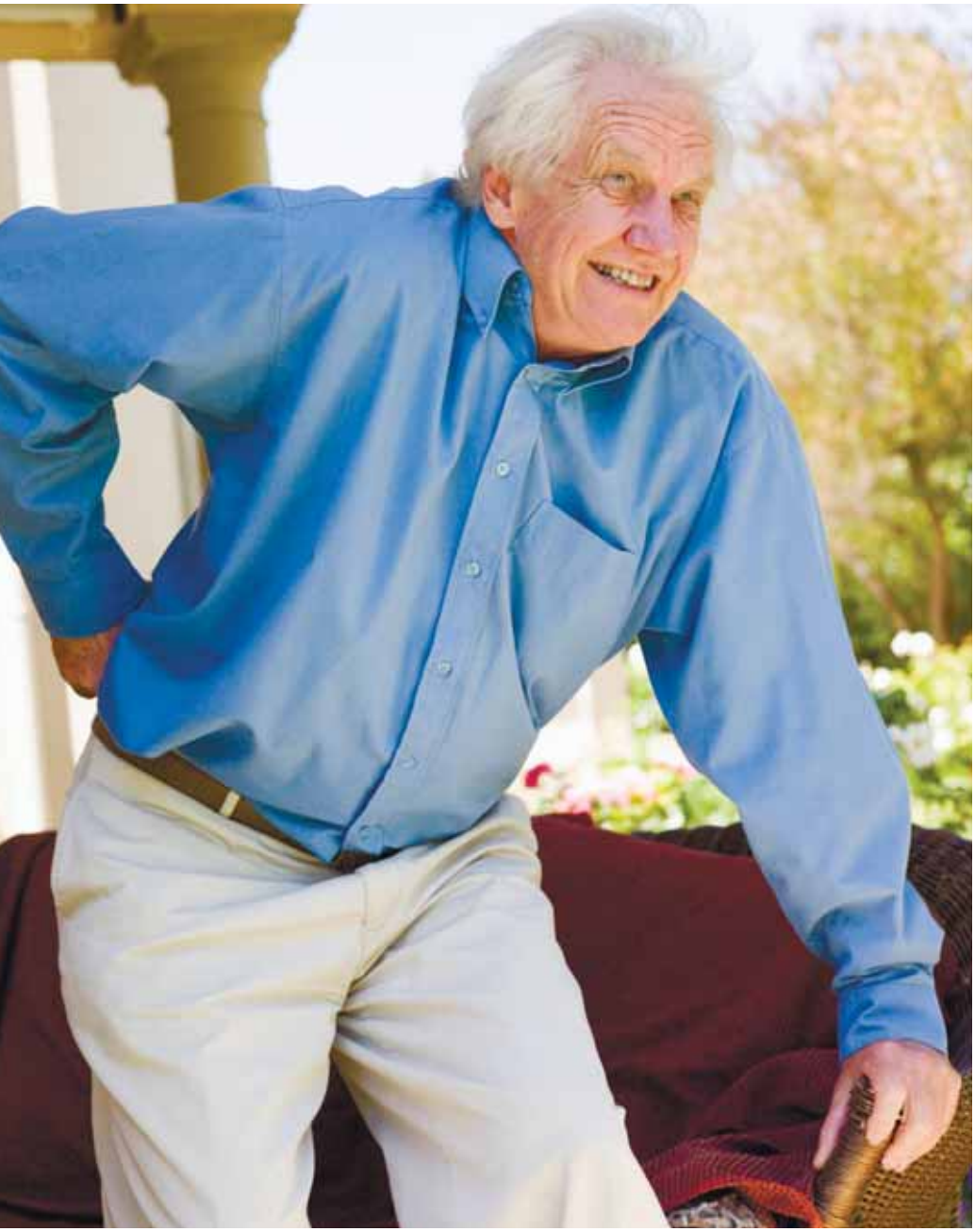
Необходимо рассмотреть подачу бупренорфина или фенталина в форме пластыря, особенно у больных с нарушениями глотания или с почечной недостаточностью. Трансдермальные препараты не подходят для лечения нерегулярной боли, поскольку их меняют каждые 72 часа (фенталин) или каждые 96 часов (бупренорфин). У пациентов с температурой, получающих лечение с применением пластырей, следует сохранять осторожность, поскольку лекарства высвобождаются быстро и в большей концентрации. Полный обезболивающий эффект достигается только после 2–5 замен пластыря (6–15 дней). На пластыре следует написать дату и время его наложения. Зачастую действие самих обезболивающих препаратов является недостаточным, а увеличение их дозы связано с неприемлемыми

побочными действиями. В такой ситуации необходимо использование лекарственных препаратов, не квалифицируемых как обезболивающие, но имеющих анальгетическое действие в отношении некоторых видов боли (например, невропатической – в невралгии после опоясывающего лишая). Среди препаратов такого типа преобладающее количество составляют противосудорожные препараты. Среди них наиболее эффективное действие в отношении безопасности имеют габапентин и прегабалин. Лечение следует начинать с малых доз (габапентина – 100 мг, прегабалина – 75 мг), и эти препараты не должны использоваться перед сном, постепенно увеличивая дозу.

Крайне важным является, чтобы записи рекомендаций и лечебных инструкций были понятны для больного и опекунов, а также важным является предупреждение о возможных побочных эффектах и регулярное их обсуждение, для того чтобы удостовериться, что они правильно поняты и применяемы. Фармакологические лечение является наиболее результативным в комбинации с другими нефармакологическими методами лечения боли, такими как реабилитация, психотерапия, инвазийные методы, альтернативные методы.

Выводы

Боль является фактором, существенно снижающим качество жизни больных, в том числе пациентов учреждений долгосрочной опеки, приводит к нарушениям физиологических, психических, социальных функций, затрудняет процесс лечения и многократно увеличивает его стоимость. Желаемыми клиническими результатами лечения боли должны быть: уменьшение ее интенсивности, увеличение активности, улучшение настроения и качества сна. Эффективность проводимого лечения с помощью обезболивающих препаратов требует знаний, разумных терапевтических решений (правильный подбор лекарств и доз), наблюдения лечения, работы междисциплинарной группы, а также реализации соответствующих процедур управления. Подчеркивается проблема недостаточного образования и квалификации медицинского персонала. Представляется важным повышение осведомленности работников сферы здравоохранения, пациентов и их семей о принципах внедрения методов паллиативной помощи при осуществлении ухода за больным на терминальной стадии болезни. Это касается не только фармакологического контроля симптомов (в том числе боли), но также удовлетворения потребностей больного во всех сферах его жизни.



Литература:

1. Pautex, S., Michon, A. [et al.]. Journal of American Geriatrics Society. – 2006. – 54(7). – P. 1040–1045.
2. Zwakhalen, S.M. Koopmans, R.T. [et. al.]. European Journal of Pain. – 2009. – 13(1). – P. 89–93.
3. Barry, H.E., Parsons, C. [et al.]. International Journal of Geriatric Psychiatry. – 2012. 27. – P. 1258–1266.
4. Caraceni, A., Hanks, G. [et al.]. for the European Palliative Care Resarch Collaborative (EPCRC) on behalf of the European Asasociation for Palliative Care (EAPC) // Use the opioid analgesics in the treatment of cancer pain. Lancet Oncol. – 2012. – 13. – P. 58–68.
5. http://wygrajmyzbolem.pl/.
6. Nikles, C.J., Yelland, M., Del Mar C., Wilkinson, D. The Role of Paracetamol in Chronic Pain: An.
7. Evidence-Based Approach // AJT. – 2005. – 12. – P. 80–91.
8. Peterson, G. Selecting Nonprescription Analgesics // ATJ. – 2005. – 12. – P. 67–79.
9. Wordliczek, J., Dobrogowski, J. leczenie bólu. – Warszawa : Wydawnictwo lekarskie PZWL, 2011. 458–475.
10. Gibson, S.J., Weiner, D.K. Pain in older person. – IASP Press, 2005. ■

БОЛЬ У ДЕМЕНТНЫХ БОЛЬНЫХ

Гремякова Татьяна Андреевна,
д.м.н., консультант Благотворительного фонда помощи хосписам «Вера», специалист ОМО по паллиативной медицине ГБУ «НИИ ОЗММ ДЗМ», Москва , Россия

Люди с неврологическими заболеваниями, в частности, с деменцией – это уязвимые группы пациентов, у которых боль часто недостаточно распознается, недооценивается и недостаточно лечится. Неспособность сообщить о своей боли при умеренной и тяжелой формах деменции – одно из основных препятствий на пути эффективного лечения. Боль при деменции связана с нейропсихическими симптомами, такими как возбуждение, агрессия, резкие смены настроения и нарушения сна. При должном лечении боли возможно разрешение или уменьшение этих симптомов.

Недавние рекомендации (документы Американского гериатрического общества, 2009 г.; Британского гериатрического общества, 2013 г.) предлагают комплексную, учитывающую конкретное заболевание оценку состояния, позволяющую выбрать в каждом индивидуальном случае соответствующее лечение.

В данном информационном обзоре сделана попытка обобщить имеющиеся сведения по оценке и лечению боли у людей с деменцией.

Введение

Население мира стареет. Улучшение медико-санитарной помощи в прошлом веке способствовало тому, что жизнь людей стала более продолжительной. Однако это также привело к увеличению числа людей с неинфекционными заболеваниями, в том числе с деменцией. Хотя деменция поражает главным образом пожилых людей, она не является нормальным состоянием старения. Деменция – это синдром, обычно хронический или прогрессирующий, вызываемый различными заболеваниями головного мозга, которые оказывают воздействие на память, мышление, поведение и способность выполнять повседневные действия. Деменция оказывает глубокое воздействие не только на страдающих ею людей, но и на тех, кто осуществляет уход за ними, и на членов их семей. Она является одной из основных причин инвалидности и зависимости среди пожилых людей во всем мире. В большинстве стран ощущается недостаточная осведомленность и понимание этого состояния, что приводит к связанной с нею стигматизации, возникновению препятствий для диагностики и оказания медицинской помощи, а также к физическому, психологическому и экономическому воздействию на лиц, осуществляющих уход за больными, на членов их семей и на общество.

Оценка боли у дементных больных

В клинической практике боль у пожилых пациентов, способных к речевому общению, в том числе у людей с небольшими когнитивными нарушениями, обычно оценивается посредством самостоятельной оценки пациентами, что считается «золотым стандартом» при оценке боли. В настоящее время существует большое количество шкал самооценки для оценки боли пожилых. Подавляющее их большинство разрабатывалось и опробовалось в различных ситуациях, прежде чем они начали применяться у пожилых людей с деменцией. Наиболее часто оцениваемым показателем является интенсивность боли.

Среди распространенных методов оценки интенсивности боли

Таблица 1. Распространенные источники боли у пожилых людей

Сосудистые заболевания	Ревматоидный артрит
Диабет	Переломы
Таламический синдром (Дежерина-Русси)	Остеопороз
Пролежни	Дегенеративные заболевания суставов
Проблемы полости рта, стоматология	Контрактуры
Хроническая онкологическая боль или болевые синдромы, связанные с лечением, такие как периферическая нейропатия, вызванная химиотерапией	

– визуальные аналоговые шкалы, словесные оценочные шкалы, нумерологические оценочные шкалы и шкалы, использующиеся для оценки рисунков лиц с разными выражениями – от улыбки до страдания. В целом стоит отметить, что пожилым людям трудно правильно применять шкалы самооценки и не существует шкалы самооценки, которая подходила бы для всех пожилых, особенно для дементных. Так, например, эти шкалы обычно оценивают только способность ощущать и различать болевые стимулы, но не эмоциональные и аффективные компоненты боли.

Нарастание тяжести деменции резко ограничивает способности к коммуникации с окружающими, и словесные оценки боли становятся менее надежными. У пациентов с умеренной и тяжелой деменцией необходимы иные подходы, такие как обсервационные и суррогатные методы оценки. Разработан ряд обсервационных методов оценки боли для применения у пожилых дементных пациентов, неспособных к словесному выражению своих мыслей. Они сосредоточены на оценке невербального поведения (выражение лица, паралингвистические звуки, настороженность, напряженность, изменения в социальном поведении, изменения характера сна, агрессивное поведение, изменения психомоторной активности и др.). Была продемонстрирована корректность ряда этих методов, но многие из типов поведения, оцениваемых методами оценки боли, часто присутствуют и при психических нарушениях у пожилых людей (делирий, депрессия, болезнь Паркинсона).

Недостатком этого подхода является значительная вариабельность между дементными пациентами в том, как они выражают своим поведением ощущаемую ими боль. Этот момент играет крайне важную роль, учитывая атипичное поведение пациентов при разных типах деменции и часто связанные с ней сопутствующие нейропсихиатрические нарушения.

Невербальные признаки наличия боли

За последние 30 лет разработаны, испытаны и рассмотрены в литературе десятки методов оценки боли для пожилых дементных больных. Из них далее будут рассмотрены только наиболее употребимые, доказавшие свою клиническую пользу.

Таблица 2. Общие проявления болевого поведения у пожилых больных с деменцией, согласно данным экспертной группы AGS (Американского гериатрического общества) по постоянной боли у пожилых людей

Выражение лица	• слегка хмурится; печальное, испуганное лицо; • гримасы, сморщенный лоб; • закрытые или зажмуренные глаза; • любая искаженная гримаса; • быстрое моргание
Словесные и голосовые сигналы	• вздыхает, стонет; • кряхтит, монотонно тянет что-то, зовет; • шумно дышит; • зовет на помощь; • словесная агрессия
Движения тела	• застывшая, напряженная поза, настороженность; • беспокоен; • ходит или раскачивается взад-вперед; • ограниченность движений; • изменения походки или подвижности
Изменения в межличностных взаимодействиях	• агрессивен, воинственно настроен, сопротивляется попыткам помочь; • сниженные социальные взаимодействия; • социально неадекватен, деструктивное поведение; • замкнулся в себе
Изменения в характере повседневной активности	• отказывается от еды, изменения аппетита; • больше времени проводит неподвижно; • изменения характера сна или отдыха; • внезапное изменение повседневных привычек; • бесцельно блуждает
Изменения психического состояния	• плачет; • усиление спутанности сознания; • раздражительность или страдание

Обсервационные методы оценки боли

Обычно оцениваются поведенческие характеристики больного, которые могут быть проявлениями боли, но не всегда есть возможность отличить их от аналогичных моделей поведения, которые не имеют отношения к боли (например, напряжение), приводя к высоким ложноположительным результатам – 25–30 %.

Наиболее часто применяются такие методы, как ABBEY, PAINAD, DOLOPLUS-2, NOPPAIN и PACSLAC. Эти инструменты отличаются по параметрам, которые описывают боль, простоте использования и времени использования. Недавно было показано, что данные методы являются также чувствительными инструментами определения степени интенсивности боли.

При многообразии имеющихся шкал наблюдений, общими для всех являются ключевые параметры поведения, свидетельствующие о боли. Тройка лидеров черт поведения (таблица 2): ***выражение лица*** (например, недовольство, печаль, гримасы), ***язык тела*** (настороженность, ригидность, суетливые, движения, изменения походки и ***паралингвистические звуки*** (плач, звуки, словесная агрессия, стоны). Эти три элемента присутствуют и валидированы во всех оценочных шкалах боли для больных с когнитивными нарушениями.

Другие дополнительные поведенческие показатели отражают нюансы различных шкал и могут включать такие элементы, как изменение поведения (например, агрессия), физиологические изменения (например, учащенный пульс), физические изменения (например, синяки, рваные раны), внезапные изменения повседневных привычек (например, еда, сон) и изменение дыхания. Недавно было показано, что блуждание является ненадежным показателем боли и, напротив, прогнозирует ее уменьшение.

Приложение 1

PAINAD (Pain Assessment in Advanced Dementia – шкала оценки боли при тяжелой деменции)

Признаки	0	1	2	Баллы (0-2)
Дыхание Безотносительно к издаваемым звукам	В норме	Временами затруднено	Шумной затрудненное дыхание. Длительные периоды гипервентиляции. Дыхание Чейна-Стокса	
Издаваемые звуки	Нет	Иногда жалобные стоны. Негромкие 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. Стиснутые 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).

Валидированные методы оценки боли у невербальных дементных больных:

- **PAINAD** (**P**ain **A**ssessment **in** **A**dvanced **D**ementia) – метод оценки боли у дементных больных (приложение 1);
- **ABBEY** – шкала оценка боли (приложение 2).

В дополнительном исследовании, сравнивающем надежность 12 методов оценки боли, включая и все вышеперечисленные, делается вывод о том, что наиболее надежны два метода: **PACSLAC** и **DOLOPLUS-2**.

Сенсорные методы тестирования боли

Выявление нейропатической боли часто требует использования средств сенсорного тестирования. Эти тесты являются неинвазивными процедурами, которые могут оценивать функцию периферических нервов. Всестороннее тестирование является длительной процедурой, но для врача, посещающего учреждение по уходу за престарелыми, более практичными являются тесты с использованием простой кисточки и булавки (иглы). Тесты кисточкой подходят для выявления аллодинии, состояния, связанного с нейропатической болью, где обычно неболевые раздражители воспринимаются как болезненные. Тесты укола булавкой (иглой) подходят для диагностики гипералгезии, вызванной нейропатической болью. Гипералгезия связана с повышенной чувствительностью к болезненному раздражителю. Общие причины (такие как диабет, рак или инсульт) или сообщения пациентов о покалывании, онемении, стрельбе или жгучей боли являются красным флагом для диагностики нейропатической боли, и в этом случае данные тесты могут быть достаточно информативными.

Лечение боли при деменции. Практические и клинические вопросы

Имеющиеся данные клинических исследований обеспечивают согласованную поддержку конкретных подходов по борьбе с болью. Рандомизированные клинические исследования (РКИ) и систематические обзоры демонстрируют высокий уровень согласия относительно значимости ***ацетаминофена (парацетамола)*** как препарата первой линии лечения боли и согласуются с недавними и текущими рекомендациями Американского гериатрического общества (AGS), а также Британского гериатрического общества (BGS).

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) широко назначаются при болях у пожилых, хотя именно у них НПВС следует применять с осторожностью. Это связано с высоким риском потенциально серьезных, вплоть до угрозы жизни, побочных эффектов, затрагивающих нормальных физиологических функций ЖКТ, почек и сердечно-сосудистой системы. Данные по госпитализациям, обусловленным нежелательными лекарственными реакциями, поражают своей величиной – 23,5 % среди пожилых.

Применение опиоидов у пожилых может быть связано с меньшим риском по сравнению с НПВС, особенно у пожилых пациентов в группе риска нежелательных явлений, связанных с применением НПВС. Поскольку существует выраженная вариабельность между пациентами в эффективности и переносимости отдельных опиоидов, то если один опиоид не обеспечивает обезболивания или дает значительные побочные эффекты, возможен переход на другой препарат. Опиоидные анальгетики следует рассматривать как эффективную альтернативу НПВС у пожилых пациентов с умеренной и тяжелой болью или при боли, которая нарушает функциональную активность и снижает качество жизни. Кроме того, их следует назначать в рамках комплексной стратегии по борьбе с болью в качестве одной из ее частей. Пожилым людям обычно требуются более низкие дозы опиоидов, чем людям более молодого возраста, однако эффекты опиоидов не зависят от возраста, и необходим тщательный подбор дозы в зависимо-

Приложение 2

ШКАЛА ОЦЕНКИ БОЛИ АВВЕУ (ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ ОБСЛЕДОВАНИЯ)										
ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ	ДАТА И ВРЕМЯ
ИЗДАВАЕМЫЕ ЗВУКИ Напр., хныканые, стон, плач. Степень: *нет – 0,* легкая – *1, умер*енная – *2,* сильная – *3*										
ВЫРАЖЕНИЕ ЛИЦА Напр., напряженное, нахмуренное, гримасы, испуганное. Степень: нет – *0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3*										
НЕВЕРБАЛЬНЫЕ ЗНАКИ Напр., ерзание, раскачивание, попытка защитить часть тела, отстраненность. Степень: нет – *0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3*										
ПОВЕДЕНИЕ Напр., повышенная стеснительность, отказ от еды, изменение обычных привычек. Степень: нет – *0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3*										
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ Напр., отклонение от нормы температуры, пульса или давления, потливость, покраснение или бледность. Степень: нет – *0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3*										
ФИЗИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ Напр., разрывы кожи, пролежни, артрит, контрактуры, предыдущие травмы. Степень: нет – *0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3*										
ИТОГО =										
Подпись лица, заполнившего форму										
0–2 НЕТ БОЛИ	**3–7** ЛЕГКАЯ БОЛЬ			**8–13** УМЕРЕННАЯ БОЛЬ			**14 +** СИЛЬНАЯ БОЛЬ			

Шкала боли – это методика, разработанная, чтобы помочь оценить уровень боли пациентов, которые не в состоянии ясно обозначить свои потребности.

Шкала боли Эбби не проводит различий между страданиями и болью, поэтому важно измерять эффективность применяемых способов обезболивания.

Оценивать боль с помощью данной шкалы необходимо **в процессе движения**, поэтому наблюдайте пациента во время перемещения, обработки пролежней, принятия душа и т.д.

Повторную оценку следует провести через один час после процедуры обезболивания. Если при повторной оценке уровень боли остается прежним или боль усиливается, назначьте дальнейшее обезболивание и действуйте по обстоятельствам.

Заполняйте шкалу каждый час, пока боль у пациента не снизится до уровня легкой боли, а затем – каждые четыре часа в течение суток, устраняя боль, если она возобновляется.

Если боль / страдание не проходит, проведите полную оценку всех аспектов ухода за пациентом и внимательно отслеживайте его состояние в течение суток, в том числе продолжая лечение боли.

При отсутствии улучшения в течение этого времени сообщите лечащему врачу или команде специалистов по обезболиванию об уровне боли и предпринятых вами мерах.

Шкала оценки боли ABBEY для измерения уровня боли у пациентов, которые не могут говорить

Адресограф:

Ф.И.О. и должность заполняющего шкалу: ……

Дата: ……..... Время: ……..……

Как использовать шкалу: обследуя пациента, оцените параметры 1—6

П. 1. Издаваемые звуки
Напр., хныканье, стон, плач.
Нет – 0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3 П. 1 ☐

П. 2. Выражение лица
Напр., напряженное, нахмуренное, гримасы, испуганное.
Нет – 0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3 П. 2 ☐

П. 3. Невербальные знаки
Напр., ерзание, раскачивание, попытка защитить часть тела, отстраненность.
Нет – 0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3 П. 3 ☐

П. 4. Поведение
Напр., повышенная стеснительность, отказ от еды, изменение обычных привычек.
Нет – 0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3 П. 4 ☐

П. 5. Физиологические изменения
Напр., отклонение от нормы температуры, пульса или давления, потливость, покраснение или бледность.
Нет – 0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3 П. 5 ☐

П. 6. Физические изменения
Напр., разрывы кожи, пролежни, артрит, контрактуры, предыдущие травмы.
Нет – 0, легкая – 1, умеренная – 2, сильная – 3 П. 6 ☐

Оцените параметры 1—6 → **Общий балл** ☐

Поставьте галочку в соответствии с показателем уровня боли.

0–2 Нет боли	**3–7** Легкая боль	**8–13** Умеренная боль	**14 +** Сильная боль

Затем отметьте тип боли

Хроническая боль	Острая боль	Обострение хронической боли

Эбби, Д. (Abbey, D.), Де Беллис, А. (De Bellis, A.), Пиллер, Н. (Piller, N.), Эстерман, А. (Esterman, A.), Гайлс, Л. (Giles, L.), Паркер, Д. (Parker, D.) и Лоукей, Б (Lowcay, B.).
При поддержке фонда JH & JD Gunn Medical Research Foundation, 1998–2002.
(Документ можно воспроизводить при условии сохранения данного упоминания.)

сти от индивидуального ответа на препараты.

Многие побочные эффекты, такие как сонливость, тошнота и рвота, могут быть выражены сильнее в начале терапии опиоидами или при наращивании дозы и могут пройти самостоятельно через 2–3 суток. С другой стороны, запор так легко не проходит, и могут понадобиться слабительные или периферический антагонист опиоидов (например, налоксон с замедленным высвобождением для приема внутрь). В этом отношении недавно проведенное открытое проспективное клиническое исследование продемонстрировало, что низкая доза оксикодона / налоксона эффективна и хорошо переносится при лечении умеренной и сильной хронической боли у гериатрических пациентов. Комбинация агонист – антагонист опиоидов снижала влияние боли на повседневную деятельность со значительным улучшением показателей функциональной активности; при этом не наблюдалось изменений в когнитивном состоянии и работе кишечника. Помимо эффективности, эти данные говорят также о том, что опиоиды в низкой дозе вполне допустимо рассматривать как безопасные обезболивающие у физически ослабленных больных.

Некоторые вспомогательные препараты, применяемые при лечении сопутствующих состояний (например, трициклические антидепрессанты и противоэпилептические средства), продемонстрировали значительное благоприятное действие в отношении подавления нейропатической боли.

Недавнее исследование показало, что у людей, наиболее интенсивно принимающих опиоиды или НПВС, риск деменции слегка выше, чем у тех, кто принимает их в малых количествах или не принимает вовсе. Эти результаты могут отражать влияние хронической боли на когнитивную функцию. Хотя опиоиды связаны с другими рисками, существует очень мало данных об их возможном долговременном негативном влиянии на когнитивную функцию

Последние достижения в лечении боли эффективны как в отношении подавления боли, так и в отношении уменьшения поведенческих симптомов при деменции. Изучили влияние опиоидных анальгетиков на интенсивность боли и нарушения поведения в этой специфической подгруппе больных. Оценивали 25 пациентов с возбуждением. Из 25 пациентов у 13 наблюдали значительное снижение возбуждения через 4 недели обезболивания.

Недавнее исследование, включавшее 352 пациента с деменцией, показало, что пошаговый / ступенчатый протокол вмешательств в зависимости от интенсивности боли в домах для инвалидов значительно уменьшал интенсивность боли по оценке с помощью обсервационных шкал (MOBID-2). По данным исследования, применение ацетаминофена улучшало также показатели основных действий по самообслуживанию.

В проспективном обсервационном исследовании «Petrò et al» у 53 пожилых пациентов с когнитивными нарушениями показали эффективность оксикодона / налоксона в улучшении контроля боли и поведенческих симптомов, связанных с деменцией, при благоприятном профиле безопасности и переносимости и отсутствии побочных эффектов со стороны ЖКТ.

В другом исследовании была подтверждена эффективность лечения боли в отношении уменьшения симптомов, связанных с настроением. В рамках исследования пациен-

там проводилось индивидуальное ежедневное лечение боли, для чего применялись ацетаминофен, морфин замедленного высвобождения, кожные пластыри с бупренорфином или прегабалин в течение 8 недель. При этом изменения настроения, в том числе депрессия, значительно уменьшались, что подчеркивает важность более энергичной борьбы с болью у людей с деменцией и возбуждением.

Влияние боли на поведенческие и психологические симптомы деменции BPSD особенно важно, поскольку эти симптомы обычно лечат посредством антипсихотических средств. Антипсихотические препараты обладают выраженными тяжелыми побочными эффектами, включая усиление когнитивных нарушений, паркинсонизм, инсульт и смерть. Несмотря на недавнее сокращение в применении этих препаратов, уровни их назначения остаются высокими, и часто они назначаются вне их одобренных показаний. В проведенных клинических исследованиях приводятся данные о том, что ацетоминофен является более безопасной альтернативой атипичным антипсихотическим средствам.

Сходные опасения высказываются относительно лечения нарушений сна. В нескольких исследованиях было выдвинуто предположение, что применение снотворных препаратов маскирует боль, которая является причиной нарушений сна. Это подчеркивает возможное наличие проблемы с неправильным назначением пожилым лекарственных средств с результирующим риском назначения избыточного количества препаратов, чего можно избежать при тщательной оценке и лечении боли у пациента.

Пациентам с деменцией, если неясно, присутствует ли боль, может быть показано тестовое назначение анальгетиков, чтобы оценить наличие или отсутствие боли. Если вмешательство, судя по всему, приводит к уменьшению боли, можно предположить, что боль является вероятной причиной симптомов, и продолжить назначение обезболивающих с пошаговым подбором дозы.

Выводы

Дементным больным в тяжелой стадии развития заболевания более показана паллиативная, чем интервенционная агрессивная медицинская помощь. Адекватный контроль боли у пациентов с выраженной деменцией зависит от надлежащей оценки боли и может выражаться в улучшении поведения и повседневной деятельности. Купирование боли в условиях паллиативного ухода у пожилых людей с когнитивными нарушениями должно учитывать ряд особых обстоятельств, таких как отношение к боли, недостатки в коммуникации и гетерогенность ответов на фармакотерапию. Имеющиеся валидированные инструменты оценки боли у невербальных дементных больных и апробированные методы обезболивания способны существенно снизить боль, поведенческую симптоматику заболевания и улучшить качество жизни таких пациентов, их близких и персонала, обеспечивающего уход.

Литература:

1. Деменция : приоритет общественного здравоохранения / ВОЗ. – 2013.
2. Guerriero, F. [et al.] Pain management in dementia: so far, not so good // JGG. – 2016. – V. 64. – P. 31–39.
3. Glen-Mary, C. Оценка боли у пожилых людей и пациентов с деменцией. – 2015.
4. Corbett, A. [et al.] Assessment and treatment of pain in people with dementia // Nat. Rev. Neurol. – 2012. – V. 8. – P. 264–274.
5. Zwakhalen, S.M.G., Hamers, J.P.H., Abu-Saad, H.H. and Berger, M.P.F. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools // BMC Geriatrics. – 2006. – V. 6. – P. 3.
6. Shega, J.W., Levin, A., Hougham, G.W., Cox-Hayley, D, Luchins, D., Hanrahan, P [et al.] Palliative Excellence in Alzheimer Care Efforts (PEACE): a program description // Journal of Palliative Medicine. – 2003. – V. 6(2). – P. 315–320.
7. Abbey, J., Piller, N., De Bellis, A. [et al.] The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia // Int J. Palliat Nurs. – 2004. – V. 10. – P. 6–13.
8. Husebo, B. Assessment of pain in patients with dementia. Development of a Staff-Administrated Behavioural Pain Assessment Tool: dissertation for the degree of Doctor of Philosophy (PhD). – University of Bergen, 2008.
9. Lefebvre-Chapiro, S. The Doloplus-2 scale–evaluating pain in the elderly // Eur J. Palliat Care. – 2001. – V. 8. – P. 191–194.
10. Snow, A.L., Weber, J.B., O'Malley, Cody, M., Beck, C., Bruera, E., Ashton, C., Kunik, M.E. Nursing Assistant-Administered Instrument to Assess Pain in Demented Individuals (NOPPAIN). – USA. – 06/08.
11. Fuchs-Lacelle, S., Hadjistavropoulos, T. Development and Preliminary Validation of the Pain Assessment Checklist for Seniors With Limited Ability to Communicate (PACSLAC) // Pain Management Nursing. – 2004. – V. 5. – No 1 (March). – P. 37–49.
12. Savvas, S., Gibson, S. Pain management in residential aged care facilities Nursing home patients // Nursing home patients. – 2015. – V. 44. – No 4. – P. 198–203.
13. American Geriatric Society. Pharmacological management of persistent pain in older persons // J. Am Geriatr Soc. – 2009. – V. 57. – P. 1331–1346.
14. British Geriatric Society. Guidance on the management of pain in older people // Age Ageing. – 2013. – V. 42(suppl 1). – i1–i57.
15. Podichetty, V.K., Mazanec, D.J., Biscup, R.S. Chronic non-malignant musculoskeletal pain in older adults: clinical issues and opioid intervention // Postgrad Med J. – 2003. – V. 79. – P. 627–633.
16. Guerriero, F., Sgarlata, C., Marcassa, C. [et al.] Efficacy and tolerability of low-dose oral prolonged-release oxycodone / naloxone for chronic non-oncological pain in older patients // Clin Interv Aging. – 2014. – V. 10. – P. 1–11.
17. Guerriero, F., Maurizi, N., Francis, M. [et al.] Is oxycodone/naloxone effective and safe in managing chronic pain of a fragile elderly patient with multiple skin ulcers of the lower limbs? A case report // Clin Interv Aging. – 2015. – V. 10. – P. 1283–1287.
18. Husebo, B.S., Ballard, C., Fritze, F. [et al.] Efficacy of pain treatment on mood syndrome in patients with dementia: a randomized clinical trial // Int J. Geriatr Psychiatry. – 2014. – V. 29. – P. 828–836.
19. Gallini, A., Andrieu, S., Donohue, J.M. [et al.] Trends in use of antipsychotics in elderly patients with dementia: impact of national safety warnings // Eur Neuropsychopharmacol. – 2014. – V. 24. – P. 95–104.
20. Giron, M.S., Forsell, Y., Bernsten, C. [et al.] Sleep problems in a very old population: drug use and clinical correlates // J. Gerontol A Biol Sci Med Sci. – 2002. – V. 57. – P. 236–240. ■

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ОБЕЗБОЛИВАНИЯ У ЛЮДЕЙ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ОГРАНИЧЕННЫМИ УМСТВЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ В УЧРЕЖДЕНИЯХ ДОЛГОСРОЧНОЙ ОПЕКИ

Тедерко Пётр,
Клиника реабилитации Варшавского медицинского университета, Варшава, Польша

Боль как субъективно неприятное и негативное чувственное и эмоциональное ощущение, возникающее в результате реального или угрожающего повреждения, касается 5–83 % жителей учреждений долгосрочного опеки.

Несмотря на то, что боль иногда принимается пожилыми людьми и становится частью их жизни, она является причиной ухудшения настроения, сна, производительности труда и качества жизни, а также причиной социальной изоляции, депрессии, ухудшения коммуникационных навыков. Хотя боль и является распространенным явлением среди жителей учреждений долгосрочной опеки, она является одним из важнейших симптомов болезни и никогда не должна восприниматься только симптоматически, поскольку в каждом отдельном случае необходимо проводить анализ причины боли. Среди факторов, влияющих на неправильность диагностики и лечения боли у получателей долгосрочной опеки, выделяют: трудности дифференциации и оценки степени тяжести боли (особенно у людей с ограниченными умственными возможностями), чередование врачей и опекунского персонала, а также страх перед побочными эффектами лечения. Хотя подбор обезболивающих препаратов, применяемых у жителей долгосрочных учреждений, обычно соответствует рекомендациям, основанным на фактических данных, недостаточная эффективность лечения боли следует из слишком частого принятия лекарств «по желанию», несоблюдения доз, необходимых для облегчения боли (или применение доз, не соответствующих возрасту и массе тела пациента), а также слишком редкого использования нефармакологических методов обезболивания (НМО).

Нефармакологические методы обезболивания играют важную роль в терапии жителей учреждений долгосрочной опеки. Побочные эффекты являются практически незаметными. К таким методам относятся: обучение пациентов, когнитивно-поведенческая терапия, методы стимуляции, кинезитерапия, физиотерапия, гидротерапия, массаж, периодическое обездвиживание, мануальные процедуры, адаптированная физическая активность, акупунктура, иглоукалывание, бальнеотерапия, йога, диетологическая терапия, музыкотерапия, трудотерапия, применение технологий способствующих улучшению физического состояния, а также хирургические методы, которые в данной статье рассматриваться не будут.

Использование в лечении боли таких физических стимулов, как термические (тепло, холод, криотерапия), электротерапия, лазерная биостимуляция, ультразвук, электромагнитное поле, магнитное поле низкой частоты, приводит к активности в локализации рецепторов боли рефлекторной дуги: рецептор – центральная нервная система – эффектор. В тканях появляются молекулярные и гормональные изменения. В тканевых жидкостях происходит рост гистамина, серотонина и эндорфина, изменение содержимого цитоклининов, некоторых белков и пептидов, а также изменение микроциркуляции в тканях. Такая процедура, как электростимуляция, кроме обезболивающего действия, может предотвратить мышечную атрофию, улучшает трофику тканей, подвергаемых процедуре, и нормализует мышечный тонус. Применяя физиотерапевтические процедуры, можно снизить частоту и интенсивность боли, уменьшить потребность в болеутоляющих средствах, а косвенно улучшить двигательную активность и улучшить локомоцию. Терапии, активизирующие пациента, оказывают болеутоляющий эффект благодаря:

– отвлечению внимания,

– сокращению явлений сопровождающих или способствующих хроничности боли (депрессия, страх, негативные взгляды и позиции),

– демонстрации положительных эмоций и позиций,

– повышению эффективности в ситуациях предыдущего дня,

– улучшению качества сна и отдыха,

– приобретению навыков или профилактике их потери,

– нормализации веса,

– улучшению диапазона движений, силы мышц, выносливости, самостоятельности, уменьшения усталости,

– повышению уровня социальной активности, а также благодаря созданию благоприятных условий для жизни.

Целью данной работы является анализ литературы в области исследования эффективности нефармакологических методов обезболивания у жителей учреждений долгосрочной опеки. Были просмотрены базы EMBASE и PUBMED при использовании следующих слов: «боль», «нефармакологический», «нелекарственный», «лечение», «реабилитация», «физиотерапия», «дом престарелых», «долгосрочный уход», «средства по уходу за пожилыми людьми». Найдены 9 авторских работ, в которых анализируется эффективность обезболивания у жителей учреждений долгосрочной опеки таких методов, как:

– комплексная трудотерапия,

– кинезитерапия и обучение,

– использование корректирующего ортоза,

– массаж,

– пассивные упражнения и

– процедуры из области рефлексологии в сфере эффективности лечения боли.

Качественные ограничения анализированных отчетов заключаются в рассмотрении боли вне клинического контекста, часто без достаточного анализа причины, при отсутствии длительного наблюдения и в большинстве случаев – низкой статистической мощности.

В проанализированных работах были использованы неоднородные инструменты оценки боли, что затрудняет синтез полученных результатов. Сильные стороны работы включают в себя замеченные многими исследователями значения психосоциальных условий и последствий боли, а также потребность оценки эффективности терапевтических программ (комплексного воздействия).

Выводы:

– Боль у людей, пребывающих в учреждениях долгосрочной опеки, неправильно оценивается и лечится.

– Пациент с болью должен быть объектом комплексного междисциплинарного диагностического и терапевтического подхода, включающего в себя эффективную причинную терапию боли в контексте его биопсихосоциальных обусловленностей.

– Исследования эффективности нефармакологических методов обезболивания учитывающие специфику жителей учреждений долгосрочной опеки с ограниченными умственными возможностями, являются немногочисленными.

– К причинам недостаточно частого применения НМО у жителей учреждений долгосрочной опеки относятся:

• недостаточное распространение знаний на тему полезности этих методов,

• ограниченное число доказательств эффективности,

• трудоёмкость их использования,

• необходимость взаимодействия и участия со стороны пациента,

• неправильная оценка потребностей пациента.

– Исследования на тему воздействия НМО у людей с ограниченными умственными возможностями являются сложными, поскольку требуют объективной оценки боли и эффективности воздействия (анализ поведенческих симптомов боли), а также имеются трудности при устранении эффекта плацебо. Активные, активизирующие техники кажутся более эффективными в достижении обезболивающего эффекта по сравнению с пассивными техниками. Следует, однако, помнить о том, что двигательная активизация пациента может усилить боль, несмотря на достижение улучшения работы функций. ■

НЕФАРМАКОЛОГИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ КУПИРОВАНИЯ БОЛИ

Введенская Елена Станиславовна,
к.м.н., заведующая отделением амбулаторной паллиативной медицинской помощи ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30», г.Нижний Новгород, Россия

Несмотря на то, что фармакологические методы являются основными в купировании боли, при составлении индивидуального плана лечения должны рассматриваться все возможные методы.

Многие пациенты испытывают значительное облегчение при использовании нейростимулирующих методов: чрезкожной нейроэлектро-стимуляции (ЧНЭС) и акупунктуры; физических упражнений; применения метода тепловых аппликаций, музыкотерапии, массажа и т.д. Часто хороший эффект наблюдается при использовании психологических методик, включая познавательные техники (релаксацию, образность, медитацию, гипноз), поведенческую терапию, психотерапию.

Инвазивные методы купирования боли

В случаях когда исчерпана возможность лекарственной терапии, следует использовать специальные инвазивные методы лечения боли. К таким методам относятся ***антиноцицептивные процедуры***: нейроаблация, нейростимуляция, эпидуральная или субарахноидальная анестезия (1–4).

Нейроаблация (невролиз; нейролизис) предусматривает разрушение (от латинского ablation – удаление, разрушение действием) ноцицептивного нервного пути. Как правило, это достигается в результате хирургического вмешательства, путем химической деструкции нерва, достижением постоянной блокады нервной передачи. В качестве химических агентов применяются инъекции этанола, фенола в глицерине, хлоркрезола, др. Возможно применение физических факторов воздействия – холода (криохирургия) или тепла (радиочастотная термоабляция). Успех нейроабляции (блокады нерва) зависит от концентрации применяемого препарата, степени поражения проводящих боль нервных волокон. Важное значение для эффекта химического невролиза имеет состояние больного, его способность перенести процедуру, требующую 30–40 минут пребывания в определенном, фиксированном положении на операционном столе.

Нейростимуляция – это регуляция болевой чувствительности немедикаментозными методами обезболивания. К таким методам относятся различные варианты электростимуляционной терапии болевых синдромов. В зависимости от уровня воздействия на анатомические структуры периферической или центральной нервной системы выделяют чрескожную, эпидуральную, транскраниальную, радиочастотную электронейростимуляцию.

Наибольшее распространение получила чрескожная электростимуляционная анальгезия низкочастотным током с применением аппарата подавления боли (ЭПБ) «Дельта». Клиническая эффективность метода оценивается по субъективным ощущениям, снижению расхода ненаркотических анальгетиков, параметрам дыхания и кровообращения. Метод наиболее эффективен для устранения боли, обусловленной повреждением нервов, сплетений, стволов, при лечении заболеваний опорно-двигательного аппарата.

Нейрофармакология предусматривает воздействие фармакопрепаратов непосредственно на нервные (ноцицептивные) структуры. Примерами такого противоболевого воздействия являются эпидуральная или субарахноидальная анестезия – наиболее распространенные методы регионарной анестезии. Представляется, что

введенные в эпидуральный канал наркотические анальгетики благодаря диффузии через оболочки и абсорбции сосудами, питающими спинной мозг, проникают в спинномозговой канал и связываются с опиат-рецепторами.

В последнее время используется ***эпидуральный метод введения морфина (или другого опиоида) с целью купирования болевого синдрома*** (эпидуральная опиат-анальгезия, ЭОА). При проведении обезболивания инкурабельным больным интермитирующему введению наркотических препаратов через катетер, постоянно находящийся в эпидуральном канале, следует предпочесть постоянную (непрерывную) инфузию наркотических анальгетиков, поскольку одномоментное введение в терапевтических доз может привести к депрессии дыхания спустя несколько часов (4). Важным преимуществом этого метода перед всеми существующими является избирательная блокада ноцицептивных путей без нарушения симпатической и проприоцептивной иннервации, двигательной активности, существенных изменений как автономных функций (АД, ЧСС, ФРД), так и сохранения сознания. Высокая эффективность метода, значительно большая продолжительность анальгезии по сравнению с обычными методами введения наркотических средств, возможность использования на дому, использование значительно меньших доз анальгетиков, высвобождение медперсонала позволяют рекомендовать метод постоянной эпидуральной опиат-анальгезии для использования у инкурабельных больных с выраженным болевым синдромом (4).

Применение медитации в борьбе с болью

Для борьбы с хронической изнуряющей болью можно использовать медитацию. Для ознакомления с этим методом рекомендуем читателям ознакомиться с практикой работы с болью Стивена Левина, описанной в его книге «Кто умирает?» (1996 г.). В середине 70 х, преподавая технику медитации в Калифорнии, Стивен Левин познакомился с Элизабет Кублер Росс. В течение нескольких последующих лет они проводили вместе семинары. Работая с инкурабельными больными, он осознал потребность в более глубоком исцелении и великую радость служения им (Постепенное пробуждение, 1979). Левины (Стивен и его жена) приобрели бесценный опыт, общаясь с теми, кто находился на грани жизни и смерти, но все же смог излечиться от безнадежной болезни. Сфера их исследований расширялась, и они разработали специальные медитативные техники, которые были призваны помочь людям «впустить в себя исцеление». Их направляемые медитации (guided meditations) для излечения от болезней, избавления от горя, выхода из тяжелых эмоциональных состояний и для подготовки к ситуациям с повышенным риском для жизни (Исцеление в жизни и смерти, 1987) принесли им международное признание и помогли тысячам людей во всем мире (5–7).

ПЕРВАЯ МЕДИТАЦИЯ НА БОЛИ
(из книги Стивена Левина «Кто умирает?»)
(Открытие боли)

Расположитесь сидя или лежа, так чтобы вам было удобно. Позвольте себе занять это положение, так чтобы все тело чувствовало себя полностью присутствующим там, где оно сидит или лежит.

Направьте внимание в ту область, где вы чувствуете неприятные ощущения.

Пусть ваше внимание полностью сосредоточится на этой области. Позвольте осознанию постоянно присутствовать и переживать все ощущения, которые возникают там.

Позвольте себе почувствовать неудобство вашего положения. Сжимается ли ваше тело от боли? Почувствуйте, как оно желает зажать ее в кулак, изгнать ее из себя.

Позвольте телу открыться этому ощущению.

Почувствуйте напряжение и сопротивление, которое накатывается, чтобы исключить это ощущение.

Не выталкивайте из себя боль. Позвольте ей просто быть. Чувствуйте, как тело пытается отмежеваться от нее, как оно закрывается от нее. Вообразите себе этот кулак. Чувствуйте, как тело сжимается от сопротивления.

Почувствуйте, как тело держится за каждое новое ощущение.

Начните постепенно открываться замкнутости вокруг ощущения. Боль может причинять самое не-

значительное сопротивление. Откройтесь. Расслабьтесь. Будьте вместе с ощущением. Позвольте кулаку медленно разжаться, открыться. Дайте ощущению пространство.

Отпустите боль. Зачем держаться за нее в это мгновение?

Чем сильнее рука сжимает раскаленный уголек, тем больше он жжет ее. Откройтесь. Расслабьтесь в области ощущения. Пусть кулак сопротивления постепенно разжимается, открывается.

Ладонь сжатой руки расслабляется. Пальцы начинают ослаблять свою хватку, открываться в области ощущения.

Кулак расслабляется, постепенно открывается. Мгновение за мгновением отпускайте боль. Освободите страх, который окружает ее.

Заметьте страх, который сосредоточился вокруг боли. Позвольте страху растаять. Пусть напряжение растворится – и тогда ощущения смогут легко возникать, как они пожелают. Не пытайтесь охватить боль, позвольте ей свободно парить. Больше не держите ее в захвате сопротивления. Расслабьтесь. Откройтесь этому ощущению.

Кулак разжимается. Пальцы один за другим ослабляют свою хватку.

Ощущения больше не охвачены сопротивлением. Раскрытие. Пусть боль смягчится. Пусть боль просто будет. Позвольте уйти сопротивлению, которое пытается подавить это переживание. Позвольте каждому ощущению стать полностью осознанным. Никакой привязанности. Никакого отталкивания. Боль начинает свободно парить в теле.

Все привязанности отступают. Остается только осознание и ощущение открытости от мгновения к мгновению. Расслабленное тело легко принимает его.

Кулак разжимается и становится мягкой, широкой ладонью. Никакого напряжения. Никакой привязанности.

Пусть тело будет мягким и открытым. Пусть ощущения плывут свободно, легко, мягко.

Смягчение, полное открытие боли.

Просто ощущение, свободно парящее в мягком, открытом теле.

Литература:

1. Лечение хронической боли онкологического генеза / под редакцией профессора Г.А. Новикова и профессора Н.А. Осиповой. – М., 2005. – 82 с.

2. Принципы клинического применения наркотических и ненаркотических анальгетических средств при острой и хронической боли : методические указания Министерства здравоохранения и социального развития РФ / проф. Н.А.Осипова, к.м.н. Г.Р. Абузарова, к.м.н. В.В.Петрова. – М., 2004.

3. Штрибель, Х.В. Терапия хронической боли. – М., 2005. – 303 с.

4. Исакова, И. Е. Амбулаторная инфузионная система: современный подход в лечении... больных / И. Е. Исакова, В. В. Брюзгин, З. В. Павлова // Русский медицинский журнал. – 2009. – № 13. – С. 867–869.

5. Левин, С. Кто умирает?. – Киев : София, 1996. – 169 с.

6. Левин, С. Исцеление в жизни и смерти [Электронный ресурс] // Режим доступа : https://mybook.ru/author/stiven-levin/iscelenie-v-zhizni-i-smerti/. 2017.

7. Левин, С. Постепенное пробуждение / пер. Николай фон Бок. – СПб., 1979. – 148 с. [Электронный ресурс] // Режим доступа : https://coollib.com/b/33425/read. ■

ПСИХОТЕРАПИЯ БОЛИ

Голинецкая Вера,
онкопсихолог, Служба помощи онкологическим больным и их близким «Ясное утро», Москва, Россия

Опираясь на опыт работы нашей горячей линии для онкологических больных 800 100 0191, можем предположить, что для многих пациентов интересна тема психотерапии боли.

Ясное утро
Круглосуточная поддержка в борьбе с раком

Горячая линия помощи онкобольным и их близким
8-800-100-0191. *Круглосуточно. Бесплатно. Анонимно*

К сожалению, онкологическое заболевание на поздних стадиях достаточно часто предполагает болевые ощущения: как хронический болевой синдром, так и кратковременные приступы боли различной интенсивности. Если Вы испытываете боль и хотите попробовать применить какие-то психологические методы для облегчения своего состояния, мы готовы предложить Вам несколько методов.

Прежде чем Вы попробуете применить эти методы, следует сказать несколько важных вступительных слов.

Во-первых, боль – это предупреждающий сигнал организма о нарушениях его работы. Поэтому если Вы почувствовали боль впервые и не знаете о её причинах, если она вдруг началась в нетипичном месте, то это и прочие необычные явления требуют немедленного вмешательства врача. *Во-вторых*, техники снятия боли не являются панацеей и ни в коем случае не заменяют фармакологические методы снятия боли, они могут использоваться во взаимодействии с ними. Также методы психотерапии боли требуют наличия хорошо развитого воображения, умения владеть собой и расслабляться.

Как правило, объективно присутствующая боль может усиливаться в связи с несколькими факторами, которые зависят от её восприятия и психического фона, в котором пребывает человек в момент боли. Проще говоря, есть такие факторы, которые зависят только от нас, и мы можем влиять на них самостоятельно.

К факторам, влияющим на уровень боли, относятся:

– когнитивные оценки боли, то есть как Вы её воспринимаете, как относитесь к происходящему. Если Вы воспринимаете боль как ужасное, непредвиденное, безнадежное чувство, при котором Вы находитесь в состоянии одиночества, беспомощности и изоляции, то боль может субъективно ощущаться как более сильная. С другой стороны, если человек воспринимает ее как один из симптомов болезни, знает ее причины, способы совладания с болью, верит в то, что наступит облегчение и что он найдет поддержку у родных и близких, то боль будет восприниматься, как менее сильная;

– уровень тревожности личности. Если он высокий, то есть если Вы часто тревожитесь, паникуете, нервничаете сверх меры, чувствуете беспомощность – это может вызывать страх, что с болью невозможно справиться, излишнее напряжение мышц, ряд физиологических реакций, которые могут провоцировать субъективное усиление боли.

Психотерапия боли прежде всего включает дыхательные техники, упражнения на снятие тревоги, релаксацию (устранение мышечного напряжения), методы визуализации, медитативные техники. Все эти техники можно использовать для самопомощи не только при работе с болью, но и для снятия тревоги и нормализации своего эмоционального состояния.

Предлагаем Вашему вниманию несколько из них.

Абдоминальное дыхание

Очень простой и эффективный метод. Сядьте удобно и сложите руки на коленях. Сделайте 10 дыхательных циклов (а лучше – 2 подхода по 10 циклов с перерывом) следующим образом:

Медленно вдыхайте через нос до тех пор, пока живот не «раздуется» максимально.

Задержите дыхание на несколько секунд.

Медленно выдыхайте через рот или нос, пока не выдохнете из лёгких весь воздух.

Повторите цикл несколько раз.

Визуализация

Можно применить технику визуализации. Она заключается в том, что Вы подробно представляете себе место, в котором хотели бы находиться (например, на пляже или в лесу), и на некоторое время мысленно переноситесь туда. Попробуйте дать свободу своему воображению, постараться расслабиться и сосредоточиться на своих

ощущениях, возникающих образах. Большое значение имеют также звуки, запахи, тактильные ощущения. Если Вы на пляже, надо почувствовать под собой землю или песок. Какой он: сухой или мокрый, золотистый или белый, теплый или горячий? Почувствуйте теплый или прохладный бриз, его силу, запах морской соли, водорослей, цветов, шум моря и т. д. Ваше дыхание подстраивается под него. Обратите внимание, во что Вы одеты, какое время суток сейчас, что вы видите, какого цвета вода и пена от волн, какова температура воды и воздуха, какого цвета и формы окружающая растительность, какова он на ощупь и т. д.

Во время этого упражнения нужно лечь или сесть поудобнее, можно включить музыку или запись звуков природы (шум волн, дождь, пение птиц, ночь в джунглях), а также воспользоваться ароматической лампой с маслом или понюхать любимый аромат. Эти мероприятия должны содействовать расслаблению мышц и отвлечению от болевых ощущений. Можно вспомнить что-то приятное, что происходило с Вами раньше, и предельно четко вспомнить детали и ощущение этого момента.

Визуализация боли

Этот способ заключается в визуализации переживания боли, болезни.

1. Обратите свой внутренний взгляд на место, в котором сосредоточены неприятные ощущения или на Ваши негативные эмоциональные реакции.

2. Теперь представьте себе: если бы это выглядело как образ, то каков этот образ?

3. Когда Вы видите образ боли, просто оставайтесь с ним и с ощущением некоторое время. Не нужно ничего делать специально, просто смотрите, просто осознавайте. Возможно, Вы сможете это назвать для себя, например: «Сейчас я чувствую боль, и моя боль выглядит как яркое огненное пламя».

4. Позвольте проявиться этим ощущениям или переживаниям явно. Наблюдайте. Вам ничего не нужно делать специально, не нужно производить особых действий. Смысл в том, чтобы расслабиться и наблюдать.

5. Теперь задайтесь вопросом: «Какое средство поможет мне с этим справиться?» Представьте себе этот образ. Например, если симптом выглядит как огонь, Вы используете образ воды и потушите огонь.

6. Делайте это не торопясь и наблюдая за тем, как меняется Ваша внутренняя картинка.

7. Постепенно возвращайтесь к себе, обратите внимание на то, что изменилось в Вас. Дайте себе еще некоторое время для релаксации и размышления.

Метод визуализации Саймонтонов

(Карл и Стефани Саймонтон, «Психотерапия рака»)

Создайте образ целительных сил организма (так же четко и подробно, как в первом упражнении на визуализацию).

Представьте себе, что Ваши лейкоциты (или какой-то иной символ целительных сил Вашего организма) отправляются на разведку, чтобы выяснить, в чем причина испытываемой боли. Постарайтесь увидеть этих «разведчиков» как можно отчетливее. Пошлите их к тому месту, где Вы ощущаете боль.

Если лейкоциты (или какой-то другой выбранный Вами образ) обнаруживают раковые клетки, представьте себе, как лейкоциты нападают на них и уничтожают, оставляя после себя чистую и здоровую ткань, совершенно свободную от боли.

Если эти лейкоциты (или Ваш собственный мысленный образ) находят не рак, а напряженные болезненные мышцы или связки, то представьте себе, что эти мышцы или связки расслабляются. Постарайтесь почувствовать расслабление в этой области, мысленно вообразите, как они расслабляются подобно натянутой и отпущенной резинке.

Обратите внимание, что по мере того как Вы удерживаете в воображении образ расслабляющихся мышц и связок, боль постепенно уменьшается и может даже полностью отступить.

Отвлечение внимания

Иногда, когда Вы испытываете боль, следует попробовать сосредотачивать внимание на чем-то другом, кроме боли и вызванных ею отрицательных эмоций. Можно использовать аутотренинг, произносить фразы наподобие следующих: «Я могу справиться с этой болью». Можно отвлекаться и на внешние факторы: слушать музыку, смотреть телевизор, разговаривать, слушать, как кто-то читает, смотреть на что-то увлекательное. Также Вы можете пытаться отслеживать свои отрицательные мысли и стараться заменять их положительными мыслями и образами.

Возможно, что все вышеперечисленное получится не сразу, но нужно тренироваться, и, надеюсь, это принесет Вам облегчение.

Здоровья Вам! ■

ОСОБЕННОСТЬ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ, ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТА И СОВРЕМЕННЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ БОЛИ

Комаров Александр Николаевич,
начальник центра физической реабилитационной медицины
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» Управления делами Президента РФ, Россия;
Девяткина Юлия Владимировна,
клинический ординатор кафедры неврологии Центральной государственной медицинской академии Управления делами Президента РФ, Россия

Боль – это физическое или душевное страдание, ощущение, мучение, расстройство.
В данной статье рассмотрен подход к лечению болевого синдрома, учитывая особенности развития и лечения боли у группы пожилых пациентов. Клиника болевого синдрома может несколько отличаться от симптомов и механизма развития болевого синдрома в молодом возрасте. В данной статье рассмотрены некоторые особенности способов лечения и адаптации пожилых пациентов с болевым синдромом.

В настоящее время более половины пациентов, которые обращаются за помощью в поликлинику, являются лицами пожилого и старческого возраста. Данная категория населения составляет особенную группу пациентов, к которым необходим иной подход для оценки состояния здоровья. Старение ассоциировано не только с увеличением количества заболеваний, полипрагмазией, но и развитием ряда гериатрических синдромов, которые отражают морфофункциональную возрастную эволюцию в разных органах и системах стареющего организма. Несмотря на успехи ведения гериатрических пациентов, а также значительный скачок в изучении патофизиологии и морфологии боли, гериатрическая боль остается вне поля зрения специалистов и исследователей.

Эффект старения в перцепции и в характере ответов на болевые стимулы переданы термином «presbyalgos» (от словосочетания «presby» – старый и «algos» – боль).

На развитие болевых ощущений с точки зрения физиологии старения влияют структурные, нейрохимические и функциональные изменения периферической и центральной нервной системы, которые участвуют в передаче ноцицептивной афферентации. Эти изменения включают в себя дегенерацию сенсорных нейронов, нарушение аксонального транспорта, замедление скорости проводимости по нерву, снижение плотности миелиновых и немиелиновых периферических волокон, снижение уровня субстанции Р как в кожной поверхности, так и в клетках узла заднего корешка спинного мозга, нарушение в функции серотонинергической, норадреноергической и эндорфинной системы, что в итоге приводит к пролонгированной сенситизации болевого синдрома, и впоследствии – к хронизации процесса.

Совокупность особенностей клинических проявлений у пациентов пожилого возраста:

1.С возрастом снижается общая чувствительность, а также чувствительность к боли.

Это происходит в результате закономерных изменений в соматосенсорной системе, что приводит к снижению степени избирательности переработки болевого импульса.

2. Психогенная боль у пожилых пациентов встречается реже, однако имеет место развитие маскированной депрессии, которая включается в себя двигательные, чувствительные и вегетативные нарушения и в совокупности с болевым синдромом встречается часто.

3.В популяции пожилых пациентов имеет место значительная распространенность самых частых болевых синдромов (головная боль напряжения; боль в спине; фибро-

миалгия; суставные боли; боль, связанная с метаболическими нарушениями; а также постинсультная боль)

4.Снижение обращаемости пожилых пациентов с болью к специалистам, что связано не с разрешением болевого синдрома, а с убеждением данной группы пациентов, что боль является естественным спутником старения и, как следствие, приводит к повышению коморбидности пациентов и снижению комплаентности.

5.Хронизация болевого синдрома приводит к значительному снижению качества жизни, дезадаптации и нарушению или отказу к повседневной активности, что формирует целый блок гериатрических синдромов соматического характера (синдром мальнутриции, саркопению, пролежни, риск падений и нарушения ходьбы, головокружение и атаксию), что является дополнительным стрессовым фактором.

6.Высокий уровень тревоги и депрессии у пожилых пациентов также влияет на особенность течения болевого синдрома. Выявлена четкая корреляция между интенсивностью боли и уровнем депрессии, в отличие от группы молодых пациентов. Данная особенность формирует психическую группу гериатрических синдромов.

7.Также большую роль в диагностике, лечении болевого синдрома и хронизации процесса играет и когнитивная составляющая. Имеются клинические исследования, что распространенность, интенсивность болевых расстройств и потребление анальгетических препаратов снижаются по мере прогрессирования деменции.

Основные принципы лечения болевого синдрома у пожилых пациентов

Любая боль, которая ограничивает повседневную активность или иным образом ухудшает качество жизни, независимо от ее природы должна рассматриваться врачом как серьезная медицинская проблема, требующая системного решения, что подразумевает под собой междисциплинарный подход к ведению данной группы пациентов. Это не только подключение специалистов разных специальностей, но и медикаментозные и немедикоментозные методы лечения (биопсихосоциальная поддержка, физическая реабилитация, интервенционные процедуры, модификация средовых факторов).

Клинические проявления хронической боли у пациентов пожилого возраста часто являются многоликими и полифакториальными. Даже восприятие боли может различаться в зависимости от возраста пациента. Пожилые пациенты более склонны терпеть боль, чем молодые, из-за коммуникативных трудностей они могут давать недостаточную информацию о болевом синдроме. Также из-за когнитивных нарушений они иногда затрудняются в оценке своего состояния, поэтому необходимо учитывать нейропсихологический статус пациента.

В задачи междисциплинарного подхода в качестве одного из важных компонентов лечения болевого синдрома входят развитие стратегий управления болью, улучшение физического состояния пациентов, психологическая и социальная реабилитация. Многомерная биопсихосоциальная составляющая хронической боли требует обязательной интеграции эффективной психотерапии в комплексных программах лечения. Предпринимаемые методы диагностики и лечения, а также полученные результаты должны обсуждаться с пациентами не только для более правильного понимания ими заболевания, но и как компонент биопсихотерапии.

Психологические компоненты боли могут объяснить, почему отдельные пациенты с незначительными нарушениями могут испытывать мучительную боль, тогда как другие с тяжелыми заболеваниями предъявляют минимальные жалобы. Терапевтические вмешательства при болевом синдроме включают релаксацию, отвлекающие техники. При наличии депрессии и беспокойства у пациента пожилого возраста нужно обратиться к психотерапии, медитации и лекарственным средствам. Кроме того, возможно, пациенту потребуется помощь в направлении социальной адаптации.

Оценка характеристик боли помогает выбрать программу обследования, позволяющую в первую очередь исключить курабельные заболевания, требующие специфической этиопатогенетической терапии. Оптимальный выбор фармакотерапии должен быть основан на анализе риска и пользы того или другого препарата, так как главной особенностью пожилого возраста является повышенная частота побочных эффектов, чему способствуют частые сопутствующие заболевания, нарушение метаболизма в печени, замедление почечной экскреции, риск лекарственного взаимодействия, а также изменение фармакокинетики лекарственных средств.

Независимо от этиологических факторов, вызывающих боль, в первую очередь пациенты нуждаются в адекватном обезболивании. Единый спектр лекарственных средств, которые применяются для лечения и купирования болевого синдрома, независимо от ее этиологии: парацетамол, НПВП и средства, снижающие проявления центральной сенситизации (миорелаксанты, антидепрессанты, каналомодуляторы, опиоиды). Ключевым направлением в анальгетической терапии является применение современных НПВП, блокирующих выработку медиаторов воспаления – простагландинов за счет ингибирования фермента циклооксигеназы. Следует помнить, что НПВП особенно эффективны на ранних стадиях развития болевого синдрома. Именно на этом раннем этапе острой и подострой боли с помощью тра-

диционных НПВП возможно воздействовать на выработку периферических медиаторов воспаления. В дальнейшем, когда включаются центральные патофизиологические механизмы боли, монотерапия обычными НПВП, не обладающими центральным действием, перестает быть эффективной. Однако, несмотря на несомненную клиническую эффективность, применение НПВП имеет свои ограничения. Это связано с тем, что даже кратковременный прием этих препаратов в небольших дозах может приводить к развитию побочных эффектов, которые в целом встречаются примерно в 25 % случаев, а у 5 % больных могут представлять серьезную угрозу для жизни. Особенно высок риск побочных эффектов у лиц пожилого и старческого возраста, которые составляют более 60 % потребителей НПВС. Показано, что около 25 % случаев экстренной госпитализации пожилых связаны с побочными эффектами НПВС. Необходимо также отметить, что при многих заболеваниях существует необходимость длительного приема препаратов. В настоящее время выделен специфический синдром – НПВС-гастродуоденопатия. Появление этого синдрома, с одной стороны, связано с локальным повреждающим влиянием НПВС (большинство из них является органическими кислотами) на слизистую оболочку желудка и кишечника, с другой стороны – обусловлено ингибированием изофермента ЦОГ-1 в результате системного действия препаратов. Клинические симптомы при НПВС-гастродуоденопатии почти у 60 % больных отсутствуют, что, по-видимому, связано с анальгезирующим действием препаратов. также к серьезным побочным эффектам НПВП относятся гематотоксичность, коагулопатия, гепатотоксичность, аллергические реакции, бронхоспазм, «аспириновая» астма, пролонгация беременности и замедление родов, связанные с влиянием на миометрий простагландинов, тератогенность, мутагенность и канцерогенность, ретинопатии и кератопатии.

Имеются клинические исследования об эффективном применении в комплексом лечении болевого синдрома препаратов группы хондропротекторов первого поколения («Румалон»), особенно если учитывать, что наиболее частыми причинами боли у пожилых являются дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, заболевания суставов (остеоартроз, ревматоидный артрит, другие артропатии, стеноз позвоночного канала, ревматическая полиамиалгия), переломы позвонков или костей конечностей, связанные с остеопорозом. Анализ эффективности и безопасности применения «Румалона» позволяет рекомендовать его при лечении болевого синдрома у пожилых пациентов, основываясь на его эффективности, безопасности, современности, а также с точки зрения экономической выгоды, что особенно важно для данной группы пациентов.

Методы физической реабилитации обязательно должны включаться в процесс лечения пожилых пациентов. Реабилитация направлена на адаптацию к потере физических, психологических или социальных навыков, призвана помочь пациенту быть более независимым и выполнять определенные нагрузки в повседневной жизни. Оценка нарушений повседневной активности помогает определить степень дисфункции и разработать направления мероприятий по реабилитации. Задачами реабилитации являются стабилизация основных нарушений и последующих травм, снижение восприятия боли через мультидисциплинарный подход, лечение функциональной недостаточности и стимуляция адаптации к имеющейся потере трудоспособности.

Заключение

Наличие боли у пожилых пациентов не является непременным процессом старения, однако часто встречается в гериатрии. При постановке диагноза и выбора методов лечения необходимо учитывать особенность клинических проявлений боли пожилого пациента, необходимость включения в процесс лечения работы междисциплинарной бригады и более внимательного подхода при медикаментозной терапии.

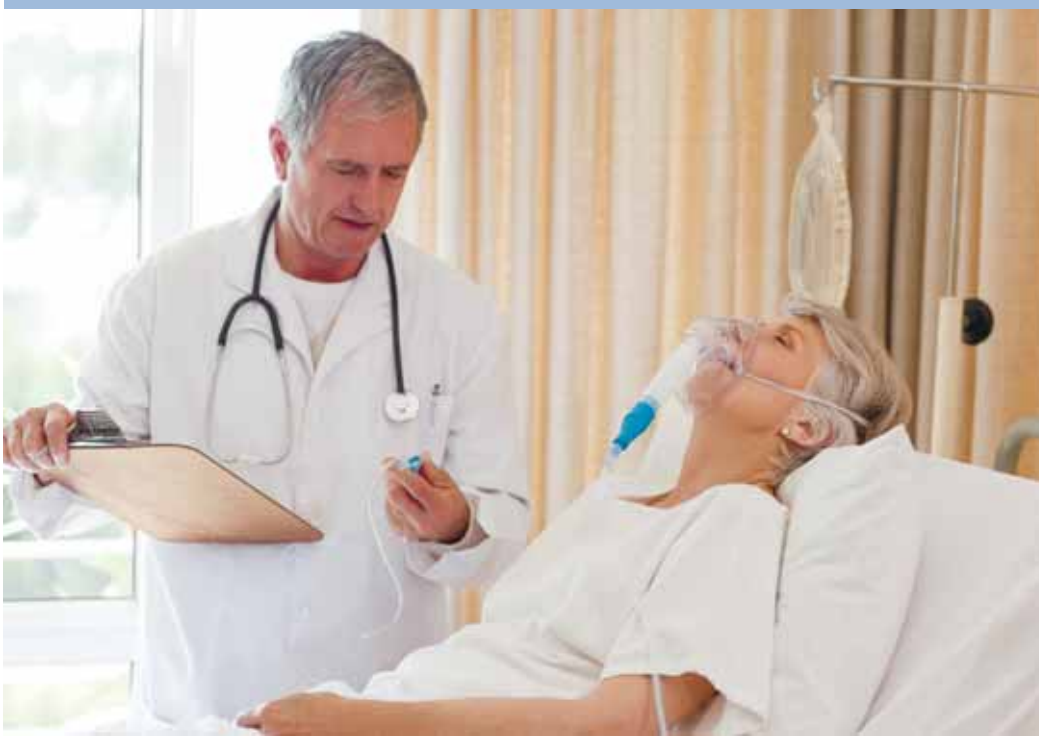
Литература:

1. Левин, О.С. Проблемы лечения хронической боли у пожилых / О.С. Левин проф. РМАПО // Manage pain. – 2008. – Апрель.
2. Беловол, Н. Хроническая боль в гериатрии // МЛ. – 2011. – № 8. – С. 25–30.
3. Buffum, M.D., Hutt, E., Chang, V.T. [et al.] Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges // J. Rehabil. Res. Dev. – 2007. – V. 44. – P. 315–330.
4. American Geriatrics Society Panel. Pharmacological management of persistent pain in older persons // JAGS. – 2009. – V. 57. – P. 1331–1346.
5. Donald, I.P., Foy, C. A longitudinal study of joint pain in older people // Rheumatology. – 2004. – V. 43. – P. 1256–1260.
6. Хроническая боль: междисциплинарный подход к лечению и его экономическая целесообразность // Журн. им. акад. Б.В. Петровского. – 2016. – № 3. – С. 13–19.
7. Данилов, А.Б., Данилов, Ал.Б. Междисциплинарный подход в лечении хронической боли: настоящее и будущее / Кафедра нервных болезней ИПО. Первый МГМУ им. И.М. Сеченова // Manage pain. – 2016. – № 4. – Октябрь.

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ, СТРАДАЮЩИХ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

Введенская Елена Станиславовна,
к.м.н., Член профильной комиссии Минздрава России по паллиативной помощи, заведующая отделением амбулаторной паллиативной медицинской помощи ГБУЗ НО «Городская клиническая больница № 30», г.Нижний Новгород, Россия

В России ежегодно умирают около 300 тыс. больных от злокачественных новообразований (ЗНО), и самым тяжелым проявлением распространенного онкологического процесса является боль.



Результаты проведенного систематического обзора иностранной литературы и метаанализа свидетельствуют о том, что распространенность боли у пациентов, страдающих ЗНО, после радикального лечения составляет 39,3 %, во время проведения противоопухолевого лечения – 55,0 % и при распространенном процессе с метастазированием, или в терминальной стадии, – 66,4 %, причем сильная или средней интенсивности боль беспокоит более трети (38,0 %) пациентов[1].

Однако не только онкологические пациенты страдают от хронических болевых синдромов (ХБС). Как показали результаты широкомасштабного исследования «Pain in Europe», в котором участвовали более 46000 человек из 16 стран, каждый пятый (19 %) из числа опрошенных взрослых европейцев в среднем в течение 7 лет страдает от хронической боли неонкологического генеза, а 21 % опрошенных хроническая боль беспокоила в течение 20 лет и более. Из числа всех респондентов 2/3 отмечали наличие умеренной боли и 1/3 – сильной боли (требующей назначения опиоидных анальгетиков (ОА))[2].

Боль – это один из древнейших физиологических механизмов, позволяющий человеку быстро реагировать на нарушение целостности тканей или гомеостаза и принимать меры по защите от дальнейшего повреждения, то есть острая боль является предупреждающим (защитным) сигналом. Однако, превышая определённые уровни интенсивности и продолжительности, боль может перейти в хроническую и стать патологической, приобрести статус самостоятельной болезни, которая требует специальной диагностики и комплексного лечения, что зачастую является непростой задачей даже для опытного врача.

Хроническая боль не несет защитных функций и может приводить к тяжелым последствиям, нарушая деятельность различных органов и систем организма. В ответ на постоянную боль, наш организм отвечает следующими реакциями: выбросом гормонов стресса (в первую очередь – кортизола); прессорными сердечно-сосудистыми реакциями (повышением артериального давления (АД), тахикардией); периферическим вазоспазмом; нарушением реологических свойств (повышением вязкости) крови; снижением тканевого и органного кровотока; метаболическим ацидозом, тканевой гипоксией; психоэмоцио-

---

[1] van den Beuken-van Everdingen, M.H., Hochstenbach, L.M., Joosten, E.A., Tjan-Heijnen, V.C., Janssen, D.J. Update on Prevalence of Pain in Patients With Cancer: Systematic Review and Meta-Analysis // J. Pain Symptom Manage. – 2016. – Jun; 51(6). – P. 1070–1090.

[2] Fricker, J. Pain in Europe report. Research project by NFO Worldgroup. Mundipharma International Limited, – Cambridge: UK, 2003. – http://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Pain-in-Europe-survey-report.pdf.

нальными нарушениями.

Анализируя ответ организма на неконтролируемую боль, следует обратить внимание на то, что указанные реакции способствуют снижению эффективности терапии пациентов практически с любым заболеванием. Так, например, на фоне повышения АД и тахикардии снижается эффективность антигипертензивной терапии, требующей повышения дозировок препаратов, что в свою очередь ухудшает переносимость лечения. Периферический вазоспазм, нарушение реологических свойств крови и снижение кровотока препятствуют купированию воспалительных реакций, а повышение уровня кортизола способствует гипергликемии и, соответственно, нарастанию глюкозотоксичности – ключевых факторов прогрессирования сахарного диабета. Таким образом, приведенные примеры свидетельствуют о необходимости постоянного и тщательного контроля боли. **Обезболивающие средства следует применять уже на этапе проведения обследования и назначения терапии основного заболевания.**

Для эффективного лечения болевого синдрома требуется ясное понимание этиологии и нейропатофизиологии каждого вида боли и знание фармакологических свойств анальгетиков. Ноцицептивная боль обычно хорошо купируется с помощью опиоидов и (или) коанальгетиков (адъювантов). Для терапии нейропатической боли в онкологической практике применяется системная фармакотерапия, включающая трициклические антидепрессанты, современные антиконвульсанты (габапентин, прегабалин), опиоиды (оксикодон, трамадол, бупренорфин, фентанил и др.), а также местные анестетики.

В 1986 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разработала трехступенчатую схему (образно её называют «лестницей» ВОЗ) купирования болевого синдрома при онкологических заболеваниях. Эта простая испытанная схема служит руководством при первоначальном выборе, применении и титровании доз анальгетиков для устранения боли **при любом тяжелом заболевании**. В настоящее время эта схема модифицирована и выглядит следующим образом:

Трехступенчатая лестница обезболивания ВОЗ

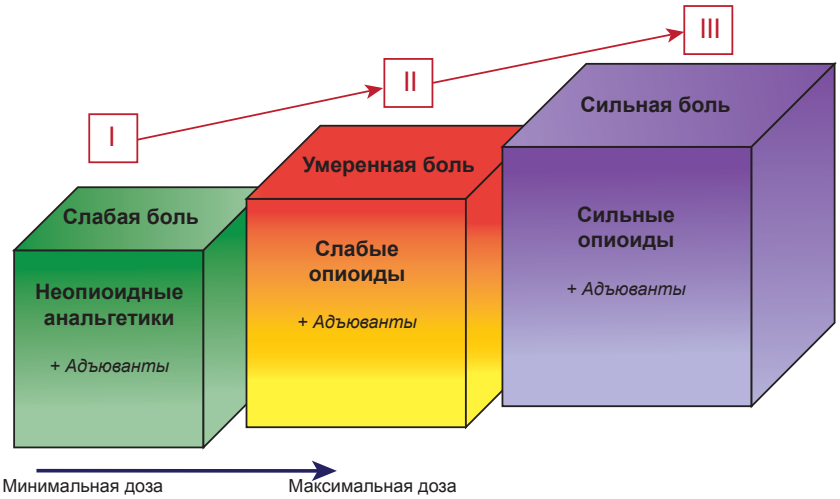


Схема применения анальгетических средств в соответствии с интенсивностью боли

Все возможности обезболивания могут быть реализованы только при соблюдении целого ряда условий, отраженных экспертами ВОЗ в виде пяти основополагающих принципов адекватной терапии хронической боли: перорально, по часам, по восходящей, индивидуально, с вниманием к деталям[3].

Практическая реализация каждого из этих принципов требует соответствующих уточнений. С точки зрения практика, эти принципы следует рассматривать следующим образом:

1. ПЕРОРАЛЬНО – использование любых **неинвазивных** способов применения анальгетических средств, так как применение инъекционных лекарственных форм при длительной терапии в амбулаторных условиях формирует следующие проблемы:

– малая продолжительность анальгетического эффекта не обеспечивает адекватного контроля боли в течение суток, так как на практике необходимая кратность инъекций не реализуется;

– в случае применения ОА формируется быстрый рост опиоидной толерантности[4] и, как следствие, снижение их анальгетического эффекта и быстрое возрастание суточной потребности. Кроме того, препараты этой группы представляют социальную опасность в связи с высоким наркогенным потенциалом, а инъекционные формы всегда являются привлекательным объектом хищения в связи с простотой использования готового раствора, порождая уже не медицинскую, а социальную проблему.

2. ПО ЧАСАМ – через определённые промежутки времени в соответствии с фармакокинетикой лекарственных средств, в режиме постоянного **опережения боли**, обеспечивая адекватную анальгезию за счет создания равномерной круглосуточной концентрации препарата в крови, для достижения чего **приоритет следует отдавать пролонгированным лекарственным формам**.

3. ПО ВОСХОДЯЩЕЙ – в соответствии со ступенями «анальгетической лестницы» ВОЗ, учитывая, что на её ступенях (слабая, умеренная, сильная боль) требуется назначение соответствующих анальгетиков (от неопиоидных, до слабых, а затем сильных опиоидов). Однако оценка интенсивности боли во многом субъективна, и в практическом здравоохранении

[3] Обезболивание при раке / ВОЗ. – Женева, 1996.

[4] Fricker, J. Pain in Europe report. Research project by NFO Worldgroup. Mundipharma International Limited, – Cambridge: UK, 2003. – http://www.pae-eu.eu/wp-content/uploads/2013/12/Pain-in-Europe-survey-report.pdf.

практикуется недооценка интенсивности боли, влекущая за собой позднее назначение опиоидных анальгетиков (ОА).

4. ИНДИВИДУАЛЬНО – с практической точки зрения этот принцип должен в первую очередь учитывать патогенез развития болевого синдрома и выбор патогенетически обоснованной адъювантной терапии. Например, при нейропатической боли назначение антиконвульсантов нередко даёт лучший анальгетический эффект, чем усиление опиоидной терапии.

5. С ВНИМАНИЕМ К ДЕТАЛЯМ – данный принцип должен предусматривать тщательное наблюдение за пациентом, своевременную коррекцию доз анальгетических препаратов, профилактику прогнозируемых нежелательных побочных эффектов анальгетической терапии, контроль совместимости лекарственных средств.

При слабой боли препаратами выбора могут быть нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), а также комплексные лекарственные средства на основе парацетамола и метамизола натрия (анальгина). При усилении боли к ним подключаются слабые опиоиды (трамадол, просидол, кодеин), а при их неэффективности слабый опиоид заменяется на сильный наркотический анальгетик (бупренорфин, морфин, оксикодон или фентанил).

Следуя первому принципу ВОЗ, на втором (умеренная боль) и третьем (сильная боль) этапах обезболивания должны применяться неинвазивные формы ОА и – оптимально – их пролонгированные лекарственные формы.

Прежде чем характеризовать отдельные ОА или их группы, необходимо дать чёткое определение некоторых понятий, важных для описания их характеристик. В первую очередь следует детализировать такое понятие, как «анальгетический потолок», что важно при делении ОА на слабые и сильные, назначаемые соответственно при умеренной и сильной / интенсивной боли.

Основным отличием между слабыми и сильными опиоидами является наличие потолка анальгезии для первой и его практическое отсутствие (исключение – бупренорфин) для второй группы опиоидов. Таким образом, при умеренной боли могут применяться как слабые опиоиды, так и сильные в низких дозах. При сильной боли слабые опиоиды неэффективны[5].

В настоящее время в нашей стране используются следующие слабые ОА: пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин (просидол), тримеперидин (промедол) и анальгетик со смешанным механизмом действия – трамадол.

Основными достоинствами просидола являются: неинвазивная лекарственная форма (защечные таблетки), быстрое наступление анальгезии (через 15–25 мин.), наличие противокашлевого и спазмолитического эффектов. В то же время его применение ограничивается непродолжительной (3–4 час.) анальгезией и быстрым ростом опиоидной толерантности, свойственным всем **короткодействующим** ОА. Однако при использовании просидола как вспомогательного препарата при прорывах боли на фоне сильных пролонгированных опиоидов эти недостатки нивелируются.

Анальгетические свойства промедола и просидола близки[6], однако нейротоксичность метаболитов промедола ограничивает продолжительность его применения до 3–4 суток. Если длительное применение промедола следует расценивать как дефект оказания медицинской помощи, то его кратковременное использование как вспомогательного препарата (недостаток – инъекции) на фоне терапии сильными опиоидами зачастую позволяет провести необходимую коррекцию терапии[7].

Терапевтические границы применения трамадола связаны со смешанным механизмом его действия. Слабо выраженные опиоидные побочные эффекты, наличие неинвазивных и пролонгированных лекарственных форм ставят трамадол в ряд самых безопасных ОА. Однако при длительном применении высоких доз нарастают побочные эффекты как опиоидного, как и смешанного (серотонинергического) механизма действия трамадола. Всегда необходимо учитывать, что недостатки трамадола дозозависимы и чаще проявляются при применении высоких доз.

Таким образом, клиническое значение слабых опиоидов ограничено их фармакологическими характеристиками. Терапевтические границы использования сильных опиоидов гораздо шире, и в практической деятельности в нашей стране применяются следующие сильные опиоиды: морфин, фентанил, оксикодон, бупренорфин. Свойства каждого из препаратов, разработанных на

основе указанных лекарственных средств, в первую очередь зависят от лекарственной формы.

Действительно, фентанил в инъекциях даже не следует рассматривать для лечения хронической боли. Это препарат, в основном предназначенный для интраоперационного применения. Для купирования ХБС предназначена другая лекарственная форма фентанила – трансдермальная терапевтическая система (ТТС).

Морфин применяется в двух лекарственных формах: раствор для инъекций и таблетки (капсулы) продлённого действия, но показания к применению у них различны. Если таблетки (капсулы) морфина продлённого действия показаны для длительной (зачастую многомесячной) терапии, то оптимальной терапевтической нишей для использования инъекционной формы морфина является терминальная стадия заболевания.

Оксикодон используется в виде комбинированного препарата, содержащего, кроме оксикодона гидрохлорида[8], и **антагонист** опиоидных рецепторов – налоксон. Благодаря локальному конкурентному воздействию на опиоидные рецепторы кишечника, налоксон уменьшает выраженность типичных при лечении опиоидами запоров, но, инактивируясь в печени, в терапевтических дозах не влияет на центральный анальгетический эффект оксикодона[9].

Препараты на основе бупренорфина (сублингвальные таблетки, ТТС, инъекции) в России применяются эпизодически – по мере их появления на фармацевтическом рынке. Кроме того, как уже указывалось, применение любого из препаратов бупренорфина ограничено его «анальгетическим потолком». В то же время, имея минимальный наркогенный потенциал, бупренорфин является препаратом выбора для кратковременного применения у пациентов с благоприятным жизненным прогнозом.

Необходимо обратить внимание на факторы, определяющие выбор этих препаратов в каждой конкретной ситуации. Так, применение таблетированных лекарственных форм может ограничиваться локализацией опухоли, дисфагией любого генеза, тошнотой и рвотой. Противопоказаниями для применения ТТС могут быть аллергические кожные проявления, гипертермия, нарушения микроциркуляции.

Таким образом, необходимыми условиями для эффективного проведения системной анальгетической фармакотерапии ХБС являются:

- правильная диагностика характера и интенсивности боли;
- правильный выбор лекарственных средств, их лекарственных форм, оптимальных доз и режима приема;
- профилактика и своевременное купирование побочных реакций;
- постоянный контроль за состоянием больного и уровнем эффективности используемых препаратов.

При применении ОА необходимо руководствоваться следующими правилами:

- все ОА назначаются на фоне продолжающейся патогенетически обоснованной анальгетической терапии неопиоидными анальгетиками (с учётом их совместимости);
- оптимально назначение неинвазивных лекарственных форм препаратов;
- в терапии хронической боли лекарственными формами выбора являются пролонгированные лекарственные формы. Короткодействующие ОА должны назначаться только коротким курсом с учётом ограничений, имеющихся у каждого конкретного препарата (или разово, например, при прорыве боли);
- в основе выбора ОА для лечения ХБС лежит в первую очередь их соответствие интенсивности боли, но немаловажным фактором выбора является и прогноз в отношении жизни пациента. При благоприятном жизненном прогнозе особенно важен выбор лекарственных средств с минимальным наркогенным потенциалом[10].

В заключение следует отметить, что фармакотерапия ХБС, целью которой является максимально облегчить, а не усугубить состояние пациента, практически всегда бывает комплексной и требует от врача хорошего знания свойств назначаемых препаратов и их возможного неблагоприятного взаимодействия друг с другом. Для улучшения качества анальгетической терапии в нашей стране повышение уровня применения ОА крайне необходимо, но это повышение должно происходить за счёт препаратов, обладающих относительно невысоким наркогенным потенциалом и относительно низким риском их немедицинского использования.

Для того чтобы успешно справиться с болью, нередко требуется комбинированное медикаментозное и немедикаментозное лечение и привлечение других специалистов (специалистов по социальной работе, физиотерапевтов, специалистов по психологической адаптации, фармацевтов, священнослужителей и др.). При выборе тактики необходимо учитывать ожидания и потребности конкретного пациента и его семьи. Обязательными компонентами являются гибкость, постоянное информирование больного, членов его семьи и всех, кто за ним ухаживает, **постоянная оценка результатов и регулярное внесение изменений в план лечения.** ■

[9] Осипова, Н.А., Абузарова, Г.Р., Петрова, В.В. Принципы применения анальгетических средств при острой и хронической боли. –М.: ФГБУ «МНИОИ им. П.А. Герцена Минздравсоцразвития России», 2010.

[10] Являются наркотическими анальгетиками

ОПЫТ ВНЕДРЕНИЯ ШКАЛЫ ОЦЕНКИ УРОВНЯ БОЛИ В СЕСТРИНСКУЮ ПРАКТИКУ

Лыскова Светлана Леонидовна,
старшая медицинская сестра отделения паллиативной медицинской помощи ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», г. Екатеринбург, Россия;

Салоутина Анна Николаевна,
главная медицинская сестра ГБУЗ СО «Свердловский областной онкологический диспансер», г. Екатеринбург, Россия

Областной онкологический диспансер Екатеринбурга был основан в 1951 году и сегодня является крупным специализированным учреждением области, обеспечивающим население онкологической помощью. В составе диспансера функционируют стационар, поликлиника, диагностическая служба.

Но помощь паллиативным пациентам стала оказываться только с ноября 2012 года, поскольку открытие столь необходимого первого в Свердловской области отделения паллиативной медицинской помощи мощностью 25 коек состоялось 2 ноября 2012 года.

За последние три года в отделении получили квалифицированную паллиативную медицинскую помощь 1182 пациента.

Оснащение отделения современным медико-техническим оборудованием дает возможность проведения как различных лечебных манипуляций, так и профессионального сестринского ухода, что способствует выполнению одной из основных задач паллиативной помощи – улучшению качества жизни пациентов. Предусмотрено все необходимое для реализации проекта «Доступная среда» для лиц с ограниченными физическими возможностями.

Одним из основных симптомов, причиняющих страдание при злокачественных новообразованиях (ЗНО), является боль. У 90 % онкологических пациентов болевой синдром связан с опухолевым процессом и его лечением.

Боль и желание ее уменьшить – основные причины обращения людей за медицинской помощью. На сегодняшний день существует нормативная база, регламентирующая качественное обезболивание граждан. Одним из основных является: Федеральный Закон № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

В статье 19 регламентируется право пациента на облегчение боли доступными методами и лекарственными препаратами.

Человек, страдающий от боли, должен получить обезболивание независимо от диагноза, гражданства, пола, возраста, финансового положения, времени суток на всей территории РФ.

Боль – субъективное ощущение, поэтому при любом заболевании для повышения эффективности лечения необходимо проводить диагностику интенсивности боли.

Оценку интенсивности боли может проводить как врач, так и медицинская сестра. С марта 2016 года оценка интенсивности боли является простой медицинской услугой и внесена в Национальный стандарт Российской Федерации.

При наличии боли у пациента главной целью сестринского ухода являются устранение причин её возникновения и облегчение страданий. Для её достижения и оценки эффективности обезболивания сестра должна точно представлять себе весь цикл явлений, связанных с болью.

Да, вы правы, если будете говорить, что медицинские сёстры не назначают медикаментозного лечения, но вы согласитесь с тем что роль сестринского персонала в проведении лекарственной терапии огромна. Врач назначает, а медицинская сестра контролирует правильность приема, введения, применения препарата, понимает, как работает то или иное болеутоляющее средство. В этом случае она совместно с пациентом проводит текущую оценку адекватности обезболивания.

Проблему мы ощущали, работая с нашими пациентами и понимание что необходимо её решать присутствовало. Администрация учреждения была заинтересована в решении проблемы и полностью поддержала наши предложения.

В начале мы изучили нормативную документацию Национальный Стандарт Российской Федерации ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг» № 31 «Оценка интенсивности боли» и другую дополнительную литературу по данной проблеме. Огромный вклад в нашу деятельность внесли материалы конференций и форумов, опыт коллег.

По согласованию с руководством в 1 квартале 2017 года, с сотрудниками отделения была проведена апробация мониторинга определения интенсивности боли у пациентов с болевым синдромом. В результате апробации средним медицинским персоналом нового вида стандартизированной деятельности были внесены незначительные коррективы в документацию и сформирована новая редакция документа.

Нам было важно получение обратной связи от коллег, поэтому мы провели анкетирование по результатам пилотного внедрения сестринской документации по оценке уровня боли.

В результате анкетирования были получены следующие данные:

Все медицинские сестры отделения отметили, что в их повседневную практическую деятельность, связанную с уходом за тяжелобольными пациентами, часто испытывающим боль, необходимо внедрение соответствующей документации.

Также все медицинские сестры, а после опроса – и врачи отделения, отметили улучшение качества проводимой обезболивающей (анальгезирующей) терапии.

ЛИСТ ОЦЕНКИ УРОВНЯ БОЛИ **Отделение паллиативной медицинской помощи**

Ф.И.О. пациента:																													
Дата поступления: Номер истории болезни: № палаты:																													
Оценка уровня боли при поступлении:																													
Уровни оценки боли			Дата проведения																										
			у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в	у	в
1. Отсутствие боли.																													
2. Боль (пациент в сознании). Цифровая рейтинговая шкала (пиктографическая шкала) 0-10 баллов																													
3. Боль (сознание нарушено): Шкала CPOT- 0-8 баллов																													
1). Выражение лица:	- мышечное напряжение отсутствует;	0																											
	- хмурится;	1																											
	- гримаса боли на лице;	2																											
2). Движения тела:	- нет движений совсем;	0																											
	- медленные, осторожные движения	1																											
	- пытаются удалить дренажи, агрессивны;	2																											
3). Мышечное напряжение, пассивные движения: напряженный;	- нет сопротивления пассивным движениям;	0																											
	- сопротивление – напряженный, ригидный;	1																											
	- сильное сопротивление	2																											
4). Вокализация:	- разговор в нормальном тоне, беззвучный;	0																											
	- вздыхают, стонут;	1																											
	- кричат, рыдают	2																											

Рис. 1. Листа оценки уровня боли

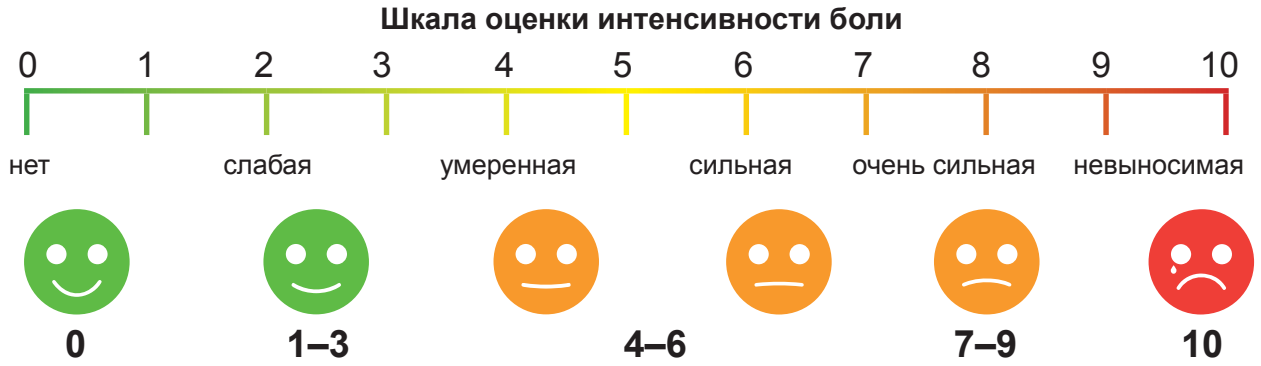


Рис. 2. Ежедневный мониторинг определения интенсивности боли у пациентов

На вопрос «считаете ли Вы, что внедрение нового вида сестринской документации отнимает время от выполнения основных должностных обязанностей?» все медицинские сестры не сочли дополнительную нагрузку обременительной.

В мае этого же года на очередном совещании среднего и врачебного медперсонала отделения паллиативной помощи были подведены итоги внедрения методики по определению и контролю уровня боли у пациентов.

Результат проделанной работы – утверждение «Листа оценки уровня боли» (рис. 1) и ежедневный (2 раза в день) мониторинг определения интенсивности боли у пациентов.

В июне 2017 года главным врачом ГБУЗ СО «СООД» было подписано распоряжение «Об утверждении «Листа оценки уровня боли» и внедрении данной документации в сестринскую практику отделения паллиативной медицинской помощи».

В этом листе медицинская сестра палатная 2 раза в день фиксирует результаты (баллы), полученные путем общения с пациентом, если он в сознании, или при невозможности речевого контакта с пациентом, диагностирует невербальные признаки болевого синдрома (маркеры боли).

По нашему мнению, оптимальными для нашего отделения являются цифровая визуально-аналоговая шкала (ЦВАШ), для пациентов в сознании – пиктографическая шкала, схематично изображающая выражения лица человека, актуальна для пожилых пациентов и в случаях, когда проведение оценки уровня боли затруднено языковым барьером, и шкала СРОТ (КПОТ) – для пациентов с нарушенным сознанием.

При определении инструментальной базы взяли за основу модель, предложенную Ассоциацией профессиональных участников хосписной помощи, так как посчитали, что размещение двух шкал – ЦВАШ и пиктографической шкалы – на одном шаблоне и предложение их пациентам одновременно значительно облегчит субъективную оценку интенсивности боли больным в силу их индивидуальных когнитивных возможностей (рис. 2).

Для оценки болевых ощущений пациенту предлагается шкала с градуировкой от 0 до 10 ЦВАШ. Пациент отмечает цифру, которая, по его мнению, наиболее соответствует силе испытываемого им болевого ощущения. При анализе выраженности боли была принята следующая градация степеней тяжести боли: слабая боль – 1–4 балла, умеренная боль (5–6 баллов), сильная боль (7–10 баллов). В основе градации лежит наличие границ категорий тяжести боли, при которых происходят качественные и количественные изменения характера влияния боли на основные параметры качества жизни. Преимуществом данного варианта является его доступность для статистической обработки. Этим способом пациенты легко овладевают, его использование не вызывает трудностей.

Систематическое измерение боли с помощью этой шкалы дает картину динамики боли и эффективности лечения.

Для оценки боли у взрослых, которые не способны к вербальному общению, была взята за основу шкала, оценивающая невербальные эквиваленты боли у пациентов, находящиеся в отделении интенсивной терапии (шкала Critical-Care Pain Observation Tool (КПОТ)). Тяжесть состояния пациентов отделения паллиативной медицинской помощи с нарушенным сознанием, не способных общаться, схожа с критическим состоянием пациентов, находящиеся в отделении интенсивной терапии. Шкала КПОТ (CPOT) оценивает четыре невербальных показателя: выражение лица; движения; мышечное напряжение; речевые реакции (вокализация). Каждый из перечисленных показателей оценивается в зависимости от степени выраженности от 0 до 2. Итого минимальное значение интенсивности боли – 0, максимальное – 8. Пациенты в критическом состоянии вне зависимости от уровня сознания реагируют на повреждающий стимул определенной поведенческой реакцией. Поэтому поведенческая шкала оценки интенсивности боли КПОТ (CPOT) может быть использована у этой категории пациентов как для оценки степени интенсивности боли, так и для оценки эффективности аналгезии.

Средний медицинский персонал имеет нацеленность на своевременную диагностику уровня боли, понимая, что это непрерывный процесс, поскольку использовать оценку боли до назначения лечения и регулярно во время проведения обезболивающей терапии – ключ к адекватному эффективному обезболиванию и улучшению качества жизни наших пациентов! Важно не ставить себя на место пациента, а делать всё, чтобы на его лице отсутствовала гримаса боли. ■

КОММЕНТАРИИ К ШКАЛЕ БОЛИ ПАЦИЕНТА

Кравченко Татьяна Владимировна,
Главный врач ГБУЗ "Центр паллиативной помощи ДЗМ", главный внештатный специалист по паллиативной помощи Департамента здравоохранения города Москвы, Россия

Согласно определению экспертов Международной ассоциации по изучению боли, «боль – неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальном повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения» (IASP, 1992 г.).

Боль может быть симптомом различных заболеваний. По данным разных исследований, боль испытывают 41–77 % пациентов, имеющих сердечно-сосудистые заболевания, 47–50 % пациентов, имеющих почечную недостаточность, 67 % пациентов с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), 63–80 % пациентов с ВИЧ, 67 % пациентов с циррозом печени, 43 % – с рассеянным склерозом, 82 % – с болезнью Паркинсона, 47 % – с болезнью Альцгеймера и другими деменциями, 89 % – с ревматоидным артритом, 64 % – с сахарным диабетом, 90 % пациентов с мультирезистентным туберкулезом, 84 % онкологических пациентов (1).

Изначально, как ни парадоксально, боль рассматривается как важнейшее биологическое приобретение; она служит сигналом, предупреждающим организм об опасности. В этом ее огромное приспособительное значение. Сигнальное значение боли особенно характерно для острой боли. Хроническая боль – совсем другая категория. Она не выполняет защитной функции и не несет никакого положительного значения. Основной причиной возникновения хронического болевого синдрома является постоянная боль, которая не устраняется длительное время. Проводящие боль волокна в этом случае постоянно активны, что приводит к непрерывной стимуляции центральной нервной системы (спинного и головного мозга) болевыми раздражителями. Проблема усугубляется тем, что волокна периферической нервной системы становятся более чувствительными из-за повреждения и раздражения, и, как следствие, появляется гораздо более сильная боль. Эта стимуляция приводит к функциональным, структуральным и адаптивным изменениям в центральной нервной системе, в результате чего боль ощущается даже когда ее причина устранена или она появляется в ответ на неболевой раздражитель из-за остаточного (автономно существующего) возбуждения структур спинного мозга. При хроническом болевом синдроме отмечается расширение зоны болевых ощущений, выходящей за пределы зоны непосредственного повреждения, боль может возникать далеко от места фактического повреждения. Помимо этого, отмечается уменьшение выработки эндорфина и/или норадреналина – субстанций, позволяющих сдерживать боль в спинном мозге, что приводит к беспрепятственной передаче болевых импульсов в головной мозг. В результате всех процессов боль становится все менее зависящей от ее источника (изначального повреждения), и развивается новая болезнь – хронический болевой синдром (ХБС). Понимая сложные механизмы развития ХБС, становится очевидным, что максимально ранее выявление и лечение ХБС позволит избежать или минимизировать негативные последствия боли для пациента.

Для оценки болезненных переживаний используются самые разнообразные методики, приборы и технологии. Объем диагностических процедур определяется врачом, исходя из состояния пациента, причины болей и может включать:

1) общее физическое обследование;
2) специфическую оценку боли (диагностические шкалы);
3) неврологическое обследование;
4) обследование скелетно-мышечной системы;
5) оценку психологического статуса.

НО САМОЕ ГЛАВНОЕ: НЕОБХОДИМО ПОМНИТЬ, ЛЮБОЕ ВОСПРИЯТИЕ БОЛИ СУБЪЕКТИВНО, ПОЭТОМУ ТОЧНЕЕ ВСЕГО БОЛЬ МОЖЕТ ОПИСАТЬ И ОЦЕНИТЬ ТОЛЬКО САМ ПАЦИЕНТ

Каждый раз, когда пациент жалуется на боль, для наиболее полной диагностики боли врач выясняет у пациента:

1) локализацию боли (место появления, и возможно, область распространения боли);
2) насколько боль интенсивна;
3) характеристику боли (например, жгучая, острая, режущая, стреляющая, пульсирующая, ноющая и т.д.);
4) как появилась боль;
5) как изменяется боль в течение времени (когда пациент испытывает боль – утром, днем, вечером, ночью?);
6) что облегчает боль;
7) что усиливает боль:
8) как боль влияет на:
   - сон;
   - физическую активность;
   - способность работать;
   - настроение;
   - семейную жизнь;
   - социальную активность;
   - сексуальную активность;
9) какое лечение пациент получал, эффект этого лечения, побочные эффекты лечения;
10) психологическое состояние (находится ли пациент в подавленном состоянии, обеспокоен ли он исходом своего заболевания?).

Только получив исчерпывающие ответы на эти вопросы, врач определяет особенности болевого синдрома у данного пациента и подбирает соответствующее лечение. В большинстве случаев пациенту, испыты-

вающему боль, сложно ответить на все эти вопросы, так как боль истощает физические и психологические ресурсы организма. Поэтому так важно, чтобы пациент всегда имел возможность оценить свои болевые ощущения и своевременно обратиться к врачу для изменения схемы лечения, а не дожидаться развития интенсивных болей, которые всегда сложнее лечить.

Для решения этой задачи предлагается памятка – шкала боли, которая имеет несколько разделов:

– шкалу боли;

– меры предосторожности, которые должен соблюдать пациент, получающий обезболивающую терапию;

– описание самых распространенных побочных эффектов и разъяснения действий, которые необходимо предпринять пациенту при развитии данных побочных эффектов;

– поле для записи номера телефона лечащего врача;

– поле для заметок врача.

Раздел «шкала боли» включает:

– цифровое обозначение боли от 1 до 10 баллов (по интенсивности);

– соответствующее цифровому визуальное обозначение степени выраженности болей (смайлики);

– описание боли (от «едва ощутимая» до «невыносимая»);

– влияние на сон и эффект от использования различных групп анальгетиков;

– раздел, позволяющий определить уровень болей.

Расположение всех этих подразделов в памятке позволяет пациенту или ухаживающему родственнику определить уровень боли.

Как же пользоваться данной памяткой?

При первичном посещении врача на руки пациенту (или ухаживающему родственнику) выдается данная памятка, которая хранится у пациента дома. При возникновении болей или изменении ее интенсивности пациенту необходимо показать данную шкалу и задать вопрос: «Как Вы оцениваете боль от 1 до 10, где 1 – едва ощутимая, а 10 – невыносимая?» Если пациенту тяжело говорить, он может показать на картинке, соответствующий его боли, смайлик. Также необходимо уточнить характер сна и эффект от используемых анальгетиков. Сопоставив все эти значения, пациент или ухаживающий родственник определит уровень болей, степень выраженности болевого синдрома по 10-балльной шкале и сообщить эту информацию лечащему врачу, который сможет быстро изменить схему лечения.

Например, пациент Л. пожаловался на эпизодическое появление тянущих болей в руке. Сон не нарушен, пациент спокойно засыпает, ночью спит спокойно, не просыпается. Ухаживающий родственник показывает пациенту памятку со шкалой и просит его оценить степень выраженности боли по 10-балльной шкале от 1 до 10, а также описать боль. Пациент Л. говорит, что боль он оценивает на 1–2 балла, описывает ее «как едва ощутимую боль, которая периодически доставляет легкий дискомфорт». Боль почти не мешает обычной жизни. Если бы пациент был не в состоянии рассказать о своей боли, то его можно попросить показать смайлик, характеризующий степень выраженности боли. Вывод: у пациента Л. низкий уровень боли «желтая зона», необходимо обратиться к врачу для назначения обезболивающей терапии, чтобы пациент не испытывал боль в течение дня и вел активный образ жизни.

МЕРЫ ПРЕДОСТОРОЖНОСТИ
при приеме обезболивающих

НИКОГДА НЕ ПРИНИМАЙТЕ ОБЕЗБОЛИВАЮЩИЕ ПРЕПАРАТЫ БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА. Сообщайте врачу о **ЛЮБЫХ** изменениях в интенсивности боли.

НЕ ПОВЫШАЙТЕ САМОСТОЯТЕЛЬНО дозу обезболивающего препарата, назначенную врачом. Приём большей дозировки без назначения врача может вызвать нарушение дыхания.

НЕЛЬЗЯ РЕЗКО ПРЕКРАЩАТЬ прием опиоидных анальгетиков, это может привести к ухудшению общего самочувствия. Врач поможет вам постепенно снизить дозу препарата, чтобы избежать неприятных симптомов.

УПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЯ на фоне приема обезболивающих препаратов может вызвать осложнения.

ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ С ВРАЧОМ, прежде чем принимать вместе с опиоидными анальгетиками транквилизаторы, антигистаминные и другие препараты, обладающие снотворным действием.

Обезболивающие препараты **НЕОБХОДИМО ХРАНИТЬ В МЕСТАХ, НЕДОСТУПНЫХ ДЛЯ ДЕТЕЙ.** Нельзя передавать лекарство другим людям.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ АНАЛЬГЕТИКОВ

При приеме опиоидных анальгетиков возможны побочные эффекты. Обязательно сообщайте о них врачу и не стесняйтесь задавать ему вопросы. Все побочные эффекты можно и нужно лечить!

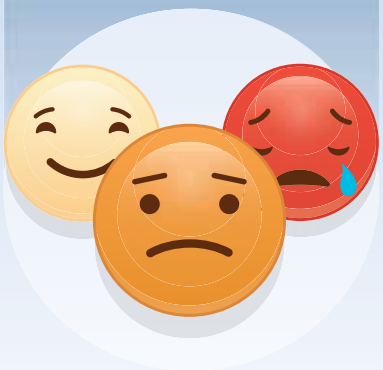
СОНЛИВОСТЬ, СЛАБОСТЬ, ГОЛОВОКРУЖЕНИЕ
Обычно проходят через несколько дней после начала приема обезболивающих.

ЗАПОРЫ
Опиоидные анальгетики подавляют работу кишечника, поэтому при их приеме необходимо назначение слабительных препаратов. Обязательно обратитесь за рекомендациями к врачу.

ТОШНОТА И РВОТА
Обычно исчезают через несколько дней после начала приема опиоидных обезболивающих. Врач также может назначить вам противорвотные препараты.

ТОЛЕРАНТНОСТЬ (снижение эффекта прежних доз)
Если назначенная врачом доза анальгетика перестала помогать, значит, боль усилилась или у вас развилась толерантность к препарату. Развитие толерантности не означает, что у вас появилась зависимость. Обязательно проинформируйте о своем состоянии врача, чтобы он скорректировал схему лечения.

ШКАЛА БОЛИ
ДЛЯ ПАЦИЕНТА



Не терпите боль!

Даже при тяжелом заболевании можно жить без боли

Для заметок врача:

Телефон вашего врача:

Другой пример: пациент М. пожаловался на появление ноющих, иногда простреливающих болей в пояснице, которые мешают ему заснуть и/или заставляют пациента просыпаться ночью от болей примерно через 2,5–3 часа после препаратов из группы нестероидных противовоспалительных, например, диклофенака). Ухаживающий родственник показывает пациенту памятку со шкалой и просит его оценить степень выраженности боли по 10-балльной шкале от 1 до 10, а также описать боль. Пациент М. говорит, что боль он оценивает на 4–5 баллов, описывает ее «как боль, которая периодически беспокоит, а иногда очень беспокоит». Боль мешает обычной жизни и не дает о себе забыть. Если бы пациент был не в состоянии рассказать о своей боли, то его можно попросить показать смайлик, характеризующий степень выраженности боли. Вывод: у пациента средний уровень боли («оранжевая зона»), необходимо незамедлительно обратиться к врачу, для изменения схемы обезболивающей терапии, чтобы пациент не испытывал боль в течение дня и спал спокойно ночью.

Пример: пациент Р. пожаловался на очень сильную, ужасную простреливающую боль в пояснице с иррадиацией в правую ногу, практически не спит. На фоне приема трамадола (слабого опиоидного анальгетика) боль уменьшается, но потом возобновляется, усиливается и через 3–4 часа становится очень сильной. Ухаживающий родственник показывает пациенту памятку со шкалой и просит его оценить степень выраженности боли по 10-балльной шкале от 1 до 10, а также описать боль. Пациент Р. говорит, что боль он оценивает на 7–8 баллов, описывает ее «как очень сильную боль», а иногда как «ужасную». Боль затмевает все, полностью нарушает жизнь пациента, делает его зависимым от посторонней помощи. Чаще всего в таких ситуациях у пациента не будет сил описывать боль, и он сможет только показать соответствующий смайлик. Вывод: у пациента высокий уровень боли («красная зона»), необходимо незамедлительно обратиться к врачу для изменения схемы обезболивающей терапии, чтобы пациент не испытывал боль и мог спокойно спать.

ВАЖНО ПОМНИТЬ!!! БОЛЬ НУЖНО ЛЕЧИТЬ, НЕ ДОЖИДАЯСЬ, ПОКА ОНА ПЕРЕЙДЕТ ИЗ «ЖЕЛТОЙ ЗОНЫ» (НИЗКИЙ УРОВЕНЬ) В «ОРАНЖЕВУЮ» (СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ) И ТЕМ БОЛЕЕ В «КРАСНУЮ» (ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ)

Таким образом, активное использование памятки позволит улучшить качество жизни пациентов с болевым синдромом за счет:

– самостоятельного выявления ранних признаков появления или усиления болевого синдрома;

– сокращения время коррекции обезболивающей терапии в связи с ранним обращением к врачу;

– применения мер предосторожности при приеме обезболивающих препаратов;

– предупреждения и/или сокращения побочных эффектов (ПЭ);

– сокращения числа пациентов, отказывающихся от приема анальгетиков, в связи с понимаем обратимости ПЭ.

Литература:

1. Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи : методические рекомендации / Абузарова Г.Р., Невзорова Д.В., Кумирова Э.В., Савва Н.Н., Арутюнов Г.П., Багненко С.Ф., Данилов Ал.Б., Данилов А.Б., Куняева Т.А., Молчанов И.В., Падалкин В.П., Поляков В.Г., Пчелинцев М.В., Степаненко С.М.; ФГБОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России. – М., 2016. – 94 с. ■

Помните! Только пациент может оценить уровень боли, которую он испытывает. Максимально подробно опишите свои ощущения врачу, чтобы получить наиболее точные рекомендации по обезболиванию.

1	Едва ощутимая	**Низкий уровень** боль почти не мешает заниматься обычными делами	Ночной сон не нарушен из-за боли. Обычные анальгетики действуют не менее 4 часов.
2	Доставляет легкий дискомфорт		
3	Терпимая		
4	Беспокоит	**Средний уровень** боль мешает обычной жизни и не дает забыть о себе	Ночной сон нарушен из-за боли. Обычные анальгетики действуют менее 4 часов.
5	Очень беспокоит		
6	Сильная		
7	Очень сильная	**Высокий уровень** боль затмевает все и делает человека зависимым от помощи других	Ночной сон нарушен из-за боли и длится не более 20–30 минут. Слабые опиоидные анальгетики (трамадол) действуют менее 3–4 часов.
8	Ужасная		
9	Мучительная		
10	Невыносимая		

Разработано при содействии Благотворительного фонда помощи хосписам «Вера» ОГРН 1067799030826

БОЛЬ НУЖНО ЛЕЧИТЬ, НЕ ДОЖИДАЯСЬ, ПОКА ОНА ПЕРЕЙДЕТ ИЗ «ЖЕЛТОЙ ЗОНЫ» (НИЗКИЙ УРОВЕНЬ) В «ОРАНЖЕВУЮ» (СРЕДНИЙ УРОВЕНЬ) И ТЕМ БОЛЕЕ В «КРАСНУЮ» (ВЫСОКИЙ УРОВЕНЬ)

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР

ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Лицензия №76478 от 14 октября 2016 г.

ЕЦДО
Европейский центр
долгосрочной опеки

УЦ проводит подготовку высококвалифицированных и конкурентоспособных специалистов, способных обеспечивать качественный уход за тяжелобольными и пожилыми людьми. Для среднего и младшего медицинского персонала, работников социальной сферы (работников домов-интернатов для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатов, хосписов, благотворительных организаций, а также сиделок и опекунов).

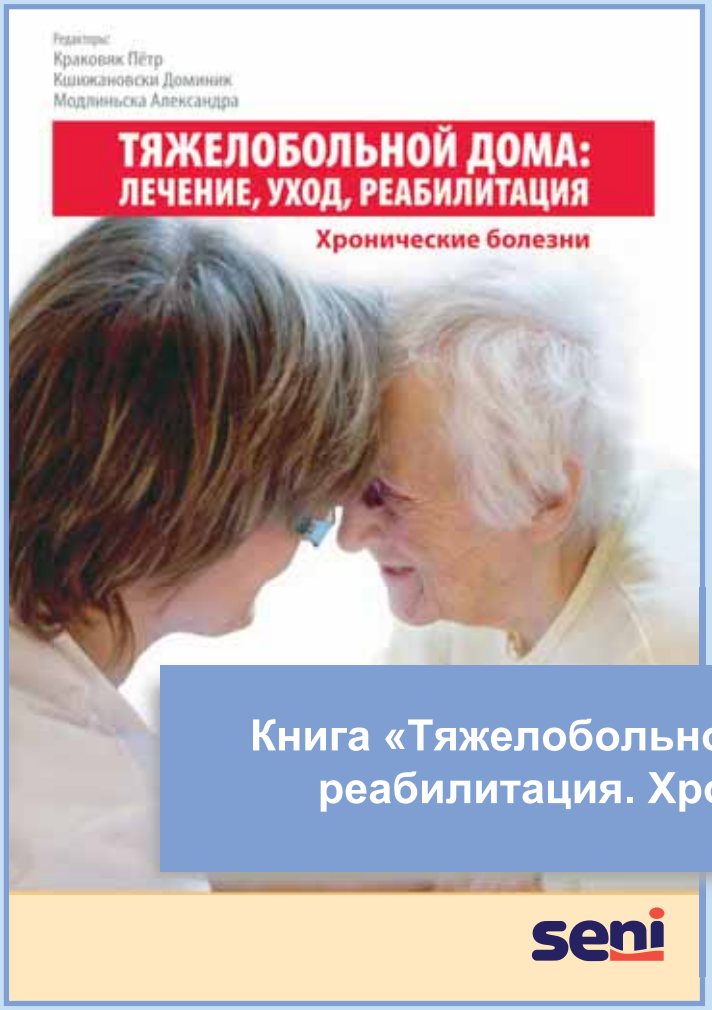
Программа повышения квалификации «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком», 72 часа включает в себя учебные модули:

- «ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ В РАБОТЕ С ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ И ЕГО РОДСТВЕННИКАМИ»
- «СОВРЕМЕННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРОФИЛАКТИКЕ И РАБОТЕ С ХРОНИЧЕСКИМИ РАНАМИ»
- «ПЕРВАЯ ДОВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ В НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ»
- «БЕЗОПАСНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ»
- «ОСНОВЫ УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМ ИЛИ ПОЖИЛЫМ ЧЕЛОВЕКОМ»

По окончании обучения лицам, успешно освоившим Программу повышения квалификации и прошедшим итоговую аттестацию, выдаем удостоверение о повышении квалификации установленного образца.

Реклама.

ОП ООО «БЕЛЛА Восток» УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки»
МО, Ленинский район, гп «Горки Ленинские», ЗПС автодороги "МКАД-аэропорт Домодедово", вл. 7, стр. 1
тел.: +7 495 726 55 25, e-mail: ecdo@bella-tzmo.ru
www.ecdo-russia.ru



Вы можете приобрести эту книгу в подарок Фонду помощи хосписам ВЕРА
www.hospicefund.ru

Фонд помощи хосписам **Вера**

Если человека нельзя вылечить, это не значит, что ему нельзя помочь

Сделать пожертвование в фонд можно со счета мобильного телефона!
Вы можете отправить смс со словом Вера и суммой пожертвования на короткий номер 9333.

Книга «Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация. Хронические болезни»

Издание содержит подробную информацию о том, как правильно ухаживать за больными в домашних условиях. Содержание книги адаптировано к российскому законодательству. Особое внимание уделено лечению, реабилитации и организации ухода при различных хронических и прогрессирующих заболеваниях, в том числе с хроническими ранами и стомой. В книге представлены полезные сведения, касающиеся личной гигиены больного, что особенно важно для тех, кто страдает недержанием мочи и кала, а также организация питания, правил приема лекарственных препаратов, их действии и побочном эффекте. Издание содержит практические правила и рекомендации, которые позволяют опекунам освоить навыки сестринского дела и организовать качественный уход.

Как купить книгу? Вы можете:

- *заказать по электронной почте kniga@seni.ru;*
- *позвонить по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3 для приобретения книги наложенным платежом Почтой России (06.00 – 22.00 ч., кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные).*

www.seni.ru

г. Москва, ООО Филиал №1 «БЕЛЛА Восток»
тел.: +7 (495) 726-55-25

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена-Север»
тел.: +7 (812) 676-00-66

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
тел.: +7 (383) 373-18-01

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
тел.: +7 (343) 383-60-83

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
тел.: +7 (831) 220-14-30

г. Ростов-на-Дону, ООО «белла-Дон»
тел.: +7 (863) 203-74-74

Реклама