



КонсультантПлюс
надежная правовая поддержка

Распоряжение Департамента
здравоохранения Ивановской обл. от
07.05.2015 N 254

"Об оптимизации оказания противоболевой помощи населению Ивановской области"
(вместе с "Методическими рекомендациями по проведению противоболевой терапии взрослым пациентам, страдающим хроническим болевым синдромом, и контролю адекватности противоболевой терапии")

Документ предоставлен **КонсультантПлюс**

www.consultant.ru

Дата сохранения: 07.11.2015

ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ
от 7 мая 2015 г. N 254

ОБ ОПТИМИЗАЦИИ ОКАЗАНИЯ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ПОМОЩИ НАСЕЛЕНИЮ
ИВАНОВСКОЙ ОБЛАСТИ

В целях повышения доступности анальгезирующей терапии в областных бюджетных учреждениях здравоохранения Ивановской области:

1. Главным врачам областных бюджетных учреждений здравоохранения Ивановской области:

1.1. Организовать оказание круглосуточной противоболевой терапии на станциях (отделениях) скорой медицинской помощи, в том числе при самостоятельном обращении граждан.

1.2. В часы работы амбулаторно-поликлинических подразделений обеспечить проведение противоболевой терапии в кабинетах неотложной помощи.

1.3. Назначить ответственного за организацию оказания противоболевой терапии.

1.4. Информацию об оказании противоболевой терапии (адреса, режим работы, координаты ответственных лиц) разместить на информационных стендах в лечебных учреждениях и на сайтах медицинских организаций.

2. Главному врачу областного бюджетного учреждения здравоохранения "Ивановский областной онкологический диспансер" (Козлову В.А.) обеспечить выполнение функций консультативно-методического центра по оказанию противоболевой терапии.

3. Утвердить методические **рекомендации** по проведению противоболевой терапии взрослым пациентам, страдающим хроническим болевым синдромом, и контролю адекватности противоболевой терапии (приложение).

4. Определить телефон "горячей линии" (8 (4932) 93-97-97) и e-mail (temkio@rambler.ru) для обращения граждан по вопросам организации противоболевой терапии.

5. Директору ГКУЗ ИО "Территориальный центр медицины катастроф" (Базанову С.В.) обеспечить круглосуточное бесперебойное функционирование "горячей линии" и адреса электронной почты для обращения граждан по вопросам организации оказания противоболевой терапии.

6. Директору ОБУЗОТ "МИАЦ" (Васеневу А.Н.) разместить на сайте Департамента здравоохранения Ивановской области текст данного распоряжения, телефон круглосуточной "горячей линии" (8 (4932) 93-97-97) и e-mail (temkio@rambler.ru) для обращений граждан по вопросам организации противоболевой терапии.

7. Контроль за исполнением настоящего распоряжения возложить на первого заместителя начальника Департамента здравоохранения Ивановской области - статс-секретаря Куксенко В.М.

Начальник Департамента здравоохранения
Ивановской области
М.А.ПАТМАНОВ

Приложение
к распоряжению
Департамента здравоохранения
Ивановской области
от 07.05.2015 N 254

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

**ПО ПРОВЕДЕНИЮ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ ВЗРОСЛЫМ ПАЦИЕНТАМ,
СТРАДАЮЩИМ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ, И КОНТРОЛЮ
АДЕКВАТНОСТИ ПРОТИВОБОЛЕВОЙ ТЕРАПИИ**

Боль - сочетанная функция разных систем организма (сознание, ощущение, память, мотивация, вегетативные механизмы, поведенческие реакции и эмоции). Боль имеет многоуровневую природу. Боль всегда субъективна.

Для онкологического пациента боль - одно из тяжелых последствий заболевания, а для клиницистов - одна из самых трудных проблем диагностики и лечения.

Купирование болевого синдрома - важная часть помощи пациентам онкологического профиля, находится в компетенции врачей разных специальностей (терапевтов, врачей общей практики, онкологов, анестезиологов, хирургов).

Характеристика боли

Острая боль - обусловлена острым заболеванием, травмой, прекращается по мере выздоровления и заживления.

Хроническая боль - связана с длительно существующим патологическим процессом или посттравматическим состоянием, продолжается от нескольких месяцев до многих лет.

Прорыв боли - боль умеренная или тяжелая, возникающая на фоне контролируемой хронической боли. Может быть спонтанной (неожиданной) или прогнозируемой (вызванной известными провоцирующими факторами).

Физиологическая классификации боли

Ноцицептивная боль (соматическая, висцеральная, мышечная) - обусловлена раздражением болевых рецепторов в патологическом очаге, является адекватной физиологической реакцией на болевые раздражители (экзогенные и/или эндогенные повреждающие факторы).

Нейропатическая боль - неадекватная реакция, вызванная дисфункцией периферической или центральной нервной системы при отсутствии прямого раздражения болевых рецепторов.

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

Оценка болевого синдрома

Интенсивность боли должен оценивать сам пациент, так как специалисты недооценивают уровень боли, испытываемой пациентом, а члены семьи пациента склонны переоценивать его боль. Это расхождение увеличивается по мере увеличения интенсивности боли.

Оценка интенсивности боли должна проводиться регулярно, не реже 4 раз в сутки. Интенсивность боли должна оцениваться количественно с помощью оценочных шкал. Наиболее удобной является визуальная аналоговая шкала (ВАШ): неградуированная линия длиной 10 см (бумажная, картонная или пластмассовая линейка), на которой пациент отмечает точку, которая соответствует степени выраженности его боли: левая граница линии соответствует определению "боли нет", правая - "худшая боль, какую можно себе представить".

С обратной стороны линейки нанесены сантиметровые деления от 0 до 10, по которым медицинский персонал отмечает полученное значение и заносит в лист наблюдения.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

При оценке характера боли важно диагностировать нейропатическую боль, поскольку ее терапия отличается от терапии ноцицептивной боли. Для нейропатической боли характерно специфическое описание: "как удар электрического тока", "жгучая", "стреляющая" и т.д.

Первичная оценка боли является основанием для назначения терапии по 3-ступенчатой схеме.

Трехступенчатая схема лечения болевого синдрома рекомендована ВОЗ, позволяет достигнуть удовлетворительного обезболивания у 90% пациентов.

3-ступенчатая лестница обезболивания ВОЗ

Оценка по ВАШ от 7 до 10 баллов	3 ступень - Сильная боль Сильные опиоиды
---------------------------------	---------------------------------------------

		+/- неопиоидные анальгетики +/- адъювантные препараты
Оценка по ВАШ от 3 до 6 баллов	2 степень - Умеренная боль Слабые опиоиды +/- неопиоидные анальгетики +/- адъювантные препараты	
Оценка по ВАШ менее 3 баллов	1 степень - Слабая боль неопиоидные анальгетики +/- адъювантные препараты	

Первая степень терапии - слабая боль (до 3 баллов по ВАШ)

Используют нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) или простые анальгетики.

Для длительного приема рекомендованы более низкие дозы НПВП, чем при острых состояниях, превышать их не следует. При недостаточном эффекте показан переход на следующую степень терапии.

При длительном приеме НПВП следует проводить мониторинг показателей периферической крови, печеночных ферментов (ежемесячно).

Не подходят для длительного приема:

Ацетилсалициловая кислота - высокий риск желудочно-кишечных кровотечений. Кеторолак - длительность курса не более 5 дней.

Наиболее выраженный обезболивающий эффект:

Кетопрофен:

- Таблетки пролонгированного действия "Кетонал ретард" 150 мг (1 таб. 1 раз в день).

Лорноксикам:

- Для длительного приема - таблетки 8 мг два раза в сутки.

Дексалгин (амп. 2,0 мл. 2 - 3 раза в сутки) + акупан (амп. 2,0 мл. 2 - 3 раза в сутки).

Парацетамол:

Период полувыведения 1 - 4 часа, нет форм пролонгированного действия, поэтому для поддержания стабильного эффекта требуется частый прием - 4 раза в сутки. Имеет выраженное гепатотоксическое действие. При длительном применении максимальная разовая доза - 0,5 г и суточная - 2 г.

Вторая степень терапии - умеренная боль (3 - 6 баллов по ВАШ)

Используют слабые опиоиды, маленькие дозы сильных опиоидов, комбинированные препараты.

Слабые опиоиды: трамадол, дигидрокодеин, пропионилфенилэтоксипинеридин.

Маленькие дозы сильных опиоидов: морфин < 30 мг/сут.

Трамадол:

Синтетический опиоид. Анальгетический потенциал (рассчитывается по сравнению с силой действия морфина, которая принимается за 1) равен 0,05 - 0,1 (т.е. трамадол в 10 - 20 раз слабее морфина). Существует "потолок" обезболивающего действия: максимальная доза анальгетического эффекта - 400 мг/сут. Превышение этой дозы не приводит к усилению анальгезии. Наркогенный потенциал минимальный - не приводит к развитию лекарственной зависимости.

Контроль боли: для форм короткого действия - 6 часов; для пролонгированных форм - 12 часов.

Наиболее частые побочные эффекты трамадола - головокружение, тошнота, запор и сонливость.

Лекарственные формы трамадола короткого действия: капсулы 50 мг, капли (20 капель = 50 мг), свечи 100 мг, раствор для инъекций в ампулах по 50 и 100 мг.

Начальная разовая доза составляет от 50 до 100 мг, суточная - от 200 до 400 мг.

Анальгетическое действие развивается через 25 - 45 мин. после приема и продолжается от 3,5 до 6 ч.

Лекарственные формы трамадола длительного действия: таблетки 100, 150 и 200 мг.

Разовая доза составляет 100 - 200 мг, суточная - максимально 400 мг.

Аналитическое действие развивается через 20 - 60 мин., продолжается 12 часов.

Комбинированные препараты (трамадол и парацетамол):

Форма выпуска: таблетки, покрытые оболочкой. Начальная доза - 1 - 2 табл.

Кратность приема - 4 раза в сутки. Максимальная суточная доза - 8 табл.

Дигидрокодеин:

Пролонгированная форма "ДГК Континус" (DHC Continus).

Анальгетический потенциал равен 0,2.

Форма выпуска - таблетки по 60, 90, 120 мг.

Кратность приема - 2 раза в сутки (продолжительность действия - 12 часов).

Высшая суточная доза - 240 мг.

Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин:

Синтетический опиоидный агонист. Анальгетический потенциал равен 0,3 - 0,5. Всасывается через слизистую оболочку ротовой полости.

Форма выпуска - буккальные таблетки по 20 мг (держат в полости рта до полного рассасывания).

Высшая суточная доза - 240 мг (12 таблеток).

Недостатки - кратковременное действие (3 - 5 часов, число приемов - 5 - 8 в сутки), быстрое развитие толерантности (в течение 1 - 1,5 недель), не подходит для постоянной терапии хронической боли.

Преимущество - очень быстрое развитие анальгетического эффекта при приеме буккальных таблеток. Оптимален в качестве дополнительного препарата для купирования "прорыва боли".

Третья ступень терапии - сильная боль
(7 - 10 баллов по ВАШ)

Используют сильные опиоиды и очень сильные опиоиды.

Сильные опиоиды: морфин, бупренорфин.

Очень сильные опиоиды: фентанил.

Золотой стандарт терапии хронической сильной боли - назначение пероральных пролонгированных форм морфина (продолжительность действия - 12 часов, прием 2 раза в сутки).

Перевод со 2 стадии (слабые опиоиды): при неэффективности дигидрокодеина 240 мг/сут. или трамадола 400 мг/сут. доза морфина должна составлять не менее 40 - 60 мг/сут.

При переходе с инъекционного морфина на пероральный соотношение доз составляет 1:2 - 3 (10 мг морфина подкожно соответствуют 20 - 30 мг морфина внутрь).

Дозы морфина в таблетках быстрого действия и пролонгированных формах являются эквивалентными.

Показания для назначения инъекционной формы морфина

1. Купирование сильного болевого синдрома - 50 - 60 мг/сутки.
2. Купирование прорывной боли, возникшей на фоне приема неинъекционных форм (пероральных пролонгированных, трансдермальных) наркотических лекарственных средств. Доза определяется индивидуально, в среднем 10 - 20% от принимаемой суточной дозы.
3. Использование в виде дотационных доз при подборе адекватной анальгетической суточной дозы неинъекционных форм (пероральных пролонгированных, трансдермальных) наркотических лекарственных средств.
4. Невозможность приема неинъекционных форм (пероральных пролонгированных, трансдермальных) наркотических лекарственных средств.

Бупренорфин. Синтетический опиоидный агонист/антагонист разных подтипов опиоидных рецепторов. В меньшей степени, чем морфин, вызывает привыкание и лекарственную зависимость. Анальгетический потенциал = 30,0 (т.е. бупренорфин в 30 раз сильнее морфина). Максимальная доза анальгетического эффекта = 3,2 мг/сут.

Если доза морфина, принимаемого внутрь, больше 100 мг в сутки, то максимальная доза бупренорфина не обеспечит эквивалентную анальгезию.

Формы выпуска: инъекционная, сублингвальные таблетки (используются для лечения прорыва боли, дозировка 0,2 и 0,4 мг). Трансдермальная терапевтическая система (ТТС) (используется при невозможности приема таблетированных форм).

ТТС - это накожные пластыри, препарат дозируется по скорости поступления в организм, каждый пластырь рассчитан на 72 часа использования.

ТТС бупренорфина - пластырь с дозировками 35, 52,5 и 70 мкг/час. Пластырь 35 мкг/час - суточная доза бупренорфина 0,8 мг. Пластырь 52,5 мкг/час - суточная доза бупренорфина 1,2 мг.

Пластырь 70 мкг/час - суточная доза бупренорфина 1,6 мг.

Максимальная суточная доза не должна превышать 2 пластыря по 70 мкг/час, т.е. 3,2 мг.

Метод наложения ТТС:

Пластырь должен приклеиваться на невоспаленную чистую сухую кожу без волосяного покрытия (верхняя часть спины или груди).

ТТС наклеивают сразу после снятия защитной пленки и прижимают на 30 секунд.

Рекомендуется записать дату и время наложения пластыря на его упаковке. После 72 часов пластырь снимают и наклеивают следующий в другое место. Повторно на одно и то же место пластырь можно наклеивать через 6 суток. Возможно попадание на пластырь воды, но не мыла.

Фентанил. Синтетический агонист опиоидных рецепторов. Анальгетический потенциал = 100,0 (т.е. фентанил в 100 раз сильнее морфина).

Отсутствует "потолок" анальгетического эффекта.

Формы выпуска: инъекционная, сублингвальные таблетки (например, "Луналдин", используется для лечения прорыва боли, дозировка 0,1; 0,2; 0,3; 0,4; 0,6 и 0,8 мг), трансдермальная терапевтическая система (используется при невозможности приема таблетированных форм).

ТТС фентанила:

Дозировки: 12,5, 25, 50, 75 и 100 мкг/час.

Длительность действия - 72 часа.

Является препаратом выбора у пациентов с почечной недостаточностью.

Лечение "прорыва боли"

Используют быстродействующие опиоиды.

Предпочтение отдается неинвазивным формам: буккальные таблетки пропионилфенилэтоксиэтилпиперидина, таблетки морфина короткого действия, буккальные таблетки фентанила.

Доза определяется индивидуально, в среднем 10 - 20% от суточной дозы.

Если прорыв боли является предсказуемым, следует назначить морфин короткого действия в таблетках за 20 - 30 минут до провоцирующего момента. При частых прорывах боли следует пересмотреть дозу анальгетика для лечения основной боли.

Побочные эффекты опиатов и их контроль

1. Тошнота и рвота.

Развивается у 40% пациентов.

Профилактически противорвотные средства не назначаются, так как побочный эффект развивается не у всех.

При развитии тошноты/рвоты используют препараты: галоперидол (внутри по 0,3 - 0,5 мг 2 - 3 раза в день), метоклопрамид (внутри по 10 мг 3 - 5 раз в день до еды). Тошнота/рвота обычно выражены в начале терапии и уменьшаются или исчезают в течение 5 - 10 дней.

2. Запор.

Развивается у подавляющего числа пациентов.

Рекомендуется профилактическое назначение слабительных при терапии опиатами. Рекомендуется комбинация слабительного размягчающего действия (ректальные свечи с глицерином, докюзат натрия) и слабительного стимулирующего действия (сеннозиды А и В, сенны листья, бисакодил).

3. Угнетение дыхания.

Развивается очень редко, так как выраженная боль возбуждает дыхательный центр. Отмечается у очень ослабленных или старых пациентов, на фоне дегидратации, при приеме быстродействующих опиатов.

Обязательным является информирование родственников пациентов из группы риска при лечении в домашних условиях.

В случае развития осложнения следует немедленно активизировать больного словесными командами.

В тяжелых ситуациях может потребоваться вспомогательная или искусственная вентиляция легких, введение опиоидного антагониста налоксона.

4. Опиоид - индуцированная нейротоксичность.

Симптомы: сонливость, угнетение сознания, когнитивные нарушения, судороги, бред. Риск развития повышается на фоне обезвоживания, инфекции, при повышении дозы опиата.

Общие меры: адекватная гидратация, снижение дозы препарата на 30% или замена на другой препарат.

При судорогах - бензодиазепины.

Адювантные препараты (ко-анальгетики):

Не обладают анальгетическим эффектом, но в комбинации с анальгетиками улучшают контроль боли.

Используют трициклические антидепрессанты и антиконвульсанты. Адювантная терапия наиболее эффективна при нейропатической боли.

Амитриптилин, габапентин, бисфосфонаты. В качестве адювантной терапии эффективны при болях в костях при метастазах и миеломной болезни. Рекомендуется профилактическое назначение при наличии метастазов до развития болевого синдрома.

Препараты:

клодроновая кислота, капсулы 400 мг, суточная доза - 1600 мг (максимально - 3200 мг/сут), однократно утром натощак, запивая стаканом воды (после приема препарата в течение часа воздерживаться от приема пищи, питья (за исключением обыкновенной воды) и других препаратов);
золедроновая кислота 4 мг/5 мл/фл. для в/в инфузий.

Переносимость и побочные эффекты бисфосфонатов: нефротоксичность, гриппоподобный синдром (отмечается в первые 48 часов после введения, купируется парацетамолом), гипокальциемия (профилактический ежедневный прием 500 мг кальция и 400 МЕ витамина Д).

Другая адъювантная терапия:

Бензодиазепины (диазепам).

Лечение внезапной тревоги и мышечных судорог, сопутствующих боли, а также при наличии противопоказаний к приему антидепрессантов и для лечения терминальной одышки.

Эти средства не являются эффективными анальгетиками (кроме боли, связанной с мышечными судорогами), а их успокаивающее действие и способность угнетения дыхания усиливаются при совместном применении с опиоидами. Поэтому у тревожных пациентов подбор дозы опиоида должен предшествовать лечению бензодиазепинами.

Кортикостероиды (дексаметазон).

Купируют боль, уменьшая воспаление и отек в области сдавления опухолью мягких тканей, нервов или спинного мозга. В терминальной стадии повышают настроение и аппетит.

Препарат выбора - дексаметазон, поскольку имеет минимальные минералкортикоидные эффекты.

Спазмолитики (холинолитики, мебеверин) показаны при лечении боли, связанной со спазмом органов брюшной полости.

Миорелаксанты (баклофен, толперизон) показаны при лечении боли, связанной со спазмом скелетной мускулатуры.
