

# Тактика лечения болевого синдрома у детей паллиативного профиля в амбулаторных условиях

Литвинская Марина Александровна  
Главный внештатный детский специалист  
по паллиативной помощи министерства  
здравоохранения Краснодарского края



# Понятие боли

- **Боль** - это сложный психофизиологический феномен, в который вовлечены механизмы регуляции и формирования эмоций, моторные, гуморальные и гемодинамические проявления, формирующие болевой синдром. Международная ассоциация по изучению боли (IASP) дала следующее определение понятию боль: «Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с существующим или возможным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения»

# Для пациентов, получающих паллиативную помощь, характерна:

- Персистирующая боль - термин, используемый для обозначения длительной боли, связанной с соматическим заболеванием, тяжелыми инфекциями, злокачественными новообразованиями, хронической нейропатической боли, эпизодической боли.
- Он ведёт к дезадаптации, к ненормальному восприятию болевых и не болевых импульсов и сопровождается различными нарушениями функций центральной нервной системы (ЦНС).

# Для пациентов, получающих паллиативную помощь, характерна:

- **Прорывная боль** - временное нарастание интенсивности боли до или выше исходного уровня. Например, ребенок принимает анальгетики и хорошо контролирует боль при стабильном режиме их приема, но внезапно развивается острый приступ боли. Этот вид боли обычно появляется внезапно, является очень интенсивным и коротким по времени. Это частое явление при онкологической боли, но может встречаться при незлокачественных состояниях.

# Эпидемиология болевого синдрома

- У детей с неонкологическими заболеваниями распространенность боли в терминальной стадии составляет:

✓ \* при муковисцидозе - до 90%,

✓ \* при тяжелых врожденных пороках развития - до 80%,

✓ \* при детском церебральном параличе - до 70%,

✓ \* при ВИЧ/СПИД - до 60%,

✓ \* при нейродегенеративных заболеваниях - до 40%.

- В группе онкологических умирающих пациентов детского возраста, встречается до 80-90% случаев.



# Эпидемиология болевого синдрома

- В Краснодарском крае на настоящий момент паллиативную помощь получают 286 детей. Из них детей с:

- \* Муковисцидозом - 0

- \* врожденными пороками развития – 23 ребенка (18 детей нуждаются в терапии болевого синдрома)

- \* детским церебральным параличом – 165 ребенка (116 детей)

- \* нейродегенеративными заболеваниями – 24 ребенка (10 детей)

- \* злокачественными онкологическими заболеваниями – 8 детей (6 детей)



# Диагностика болевого синдрома у детей


- Рекомендуется для оценки интенсивности боли и эффективности лечения применять специальные шкалы оценки боли, регистрировать локализацию, время появления, тип, характер и длительность болевого синдрома.
- Боль необходимо рутинно оценивать наряду с артериальным давлением, частотой сердечных сокращений, температурой и частотой дыхания пациента.

# Принципы использования шкал оценки боли у детей

- наличие исходных баллов измерения боли для сравнения с баллами после назначения или коррекции лечения;
- регулярная оценка боли, например, каждые 4-6 часов, а в тяжелых случаях - чаще;
- выбор шкалы в соответствии с возрастом и когнитивно-вербальным статусом ребенка;
- наличие четких инструкций по использованию и интерпретации результатов;
- документирование в амбулаторной/стационарной карте пациента названия шкалы и результатов оценки боли (в баллах);
- при отсутствии боли указывать в медицинской документации, что боли нет.



# Согласно рекомендациям ВОЗ 2012 г «детская» лестница обезболивания состоит из двух ступеней



Ступень 2 (умеренная и сильная боль):  
Сильные наркотические  
анальгетики+ненаркотические  
анальгетики+/-адыювант

Ступень 1 (слабая боль):  
Ненаркотические анальгетики+/-адыювант

# Потребность в наркотических анальгетиках

- В настоящее время наиболее целесообразным для расчета объема наркотических анальгетиков является метод, основанный на данных о смертности:
- 60-87% из общего числа умерших детей нуждались в наркотических анальгетиках.
- 20% наркотические препараты короткого действия (10% инвазивные формы, 10% неинвазивные формы)
- 60% наркотические препараты пролонгированного действия (40% пероральные препараты, 20% ТТС)



# Статистические данные по Краснодарскому краю

- В 2016 году умерло 20 детей, получающих паллиативную медицинскую помощь
- Амбулаторно наркотические анальгетики получал 1 ребенок
- В 2017 году за первый квартал умерло 11 детей, получающих паллиативную медицинскую помощь
- Амбулаторно дети, получающие паллиативную медицинскую помощь, наркотическими анальгетиками не обезболивались



## Главные принципы использования анальгетиков в детской паллиативной помощи

- Принцип **«по часам»** предполагает, что анальгетики принимаются регулярно с учетом времени действия препарата до возникновения боли, а не по необходимости.
- Принцип **«оптимальный способ введения»** предполагает, что наркотические анальгетики вводятся наиболее эффективным и наименее болезненным способом. Внутримышечный способ не используется.

## Главные принципы использования анальгетиков в детской паллиативной помощи

- Принцип «**по восходящей**» предполагает, что лечение начинается с ненаркотических анальгетиков 1 ступени, и если они не эффективны, то переходят либо добавляют сильные наркотические анальгетики 2-ой ступени.
- Принцип «**индивидуального подхода**» предполагает, что эффективное обезболивание достигается путем подбора анальгетика и его адекватной дозы, обеспечивающей обезболивание до приема следующей дозы. Не существует единой дозы и комбинации лекарств, универсальных для всех

# Главные принципы использования анальгетиков в детской паллиативной помощи

- Наркотические анальгетики безопасны, эффективны и не приводят к наркомании, если они применяются строго по назначению для снятия болевого синдрома в соответствии с принципами паллиативной медицины.





Благодарю за внимание



Chicong 2012.08