

СЕСТРИНСКИЙ МЕНЕДЖМЕНТ БОЛИ

В.А. Лапотников, проф., В.Н. Петров, проф.

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова, Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

E-mail: vlapotnikov@mail.ru

Приведены принципы и задачи анальгетической терапии, характеристика наркотических и ненаркотических анальгетиков, проявления их побочного действия, а также сведения, необходимые медсестре как основному участнику мероприятий по оказанию помощи больному.

Ключевые слова: паллиативная помощь, хронический болевой синдром, принципы анальгетической терапии.

Эффективный контроль хронической боли у онкологических больных – сложная задача, требующая комплексного подхода. Медсестра не обладает правом назначения наркотических анальгетиков, но как основной участник и исполнитель мероприятий по оказанию паллиативной помощи она должна знать принципы и задачи анальгетической терапии, характеристики наркотических и ненаркотических анальгетиков, проявления их побочного действия.

Медсестра руководствуется следующими принципами контроля над болью: 1) необходимо дифференцировать вид и локализацию боли, чтобы сделать ее купирование по возможности специфичным; 2) если пациент жалуется на боль, несмотря на прием анальгетиков, следует исходить из того, что прав пациент, а не медицинский работник; 3) боль необходимо лечить превентивно, а не по потребности; 4) следует ограничить и держать под контролем использование больным собственного лекарственного арсенала.

Рекомендуется последовательно решать следующие задачи: увеличить длительность сна, не нарушаемого болью; облегчить боль во время отдыха больного и занятий какой-либо деятельностью днем; выяснить наличие факторов, провоцирующих боль (факторы окружающей обстановки, психологические и духовные проблемы), и по возможности устранить или уменьшить их влияние.

Основой лечения хронической боли является системная фармакотерапия. Лекарственные препараты делятся на: неопиоидные анальгетики; опиоидные анальгетики; адьювантные препараты.

Медсестра должна проинструктировать больного о тактике лечения наркотическими анальгетиками. Это:

- регулярность приема препарата каждые 4 ч;
- первый и последний прием препарата в течение дня должен быть отнесен ко времени пробуждения и ночного сна;
- наилучшими дополнительными сроками введения препарата в течение дня обычно являются 10–14–18 ч; такая схема позволяет достичь оптимального обезболивающего эффекта и свести к минимуму побочные эффекты.

Медсестра, кроме того, информирует о:

- цели назначения лекарственных средств (для облегчения боли, улучшения сна, очищения кишечника и др.);
- дозе (число таблеток, количество в мл), частоте и способе приема препарата (до или после еды, чем можно его запивать);
- возможности возникновения побочных реакций, их проявлениях и мерах профилактики и устранения.

С этой информацией должны быть ознакомлены и близкие больного.

Анализ результатов обезболивающего лечения рекомендуется проводить через несколько часов от его начала, после 1–2 дней и 1-й недели лечения.

Если боль не удается купировать или она усиливается, необходимо: 1) вернуться к анализу причин, способствующих усилению боли, возникновению «суммарной боли» и устранить их; 2) совместно с врачом провести переоценку лечения, а не только увеличить назначенную дозу анальгетика; увеличение дозы анальгетика может быть оправдано при условии выполнения первых 2 действий.

Вследствие введения необоснованно больших доз наркотических анальгетиков развиваются опасные побочные эффекты: угнетение сознания и двигательной активности, тошнота, рвота, запоры, задержка мочи, что ухудшает и без того тяжелое состояние больного.

Наиболее распространенные ошибки медсестер, приводящие к неудовлетворительному обезболиванию:

- неумение выслушать пациента, недостаточное внимание к его психологическому состоянию (дефекты общения);
- неумение предотвратить побочные эффекты или проконтролировать их появление;

- небрежное отношение к графику приема препаратов;
- неправильное введение препаратов;
- недооценка важности разъяснительных бесед с пациентом и его родственниками;
- переоценка степени облегчения боли после приема обезболивающих препаратов и занижение уровня боли, испытываемой пациентом;
- введение обезболивающих лекарств «по просьбе», когда «болит и трудно терпеть», а не превентивно;
- пренебрежение другими методами;
- недостаточная профессиональная подготовка.

Мешают адекватной обезболивающей терапии и следующие установки медицинских работников в отношении применения наркотических анальгетиков у больных в терминальной стадии заболевания: морфин вырабатывает наркотическую зависимость и в высоких дозах опасен, особенно из-за угнетения дыхания; начало лечения с морфина истощает резервы терапии; пациент быстро привыкает к морфину – кто привык к нему, тот не может жить нормальной жизнью.

Опыт работы с пациентами, страдающими неизлечимыми злокачественными новообразованиями, показал несостоятельность таких опасений. В решениях Всемирной медицинской ассамблеи записано: «Ятрогенная зависимость не должна рассматриваться как основная проблема в снятии тяжелых болей при неопластических заболеваниях и ни в коем случае не должна быть причиной отмены сильных анальгетиков, если пациент получает пользу от них» (1990).

Неудовлетворительные результаты обезболивания могут быть связаны и с отрицательным отношением родственников больного к обезболивающей терапии, поскольку они считают, что злокачественная опухоль обязательно должна сопровождаться болью и ее нужно терпеть, а назначение наркотических анальгетиков – последняя мера. Кроме того, они опасаются наркотической зависимости и побочных эффектов препаратов, могут иметь неверные сведения о их переносимости.

В соответствии с рекомендациями ВОЗ (1986), для лечения хронической боли нарастающей интенсивности у онкологических больных анальгетики применяются по трехступенчатой схеме – «анальгетическая лестница» (см. схему).

Смысл трехступенчатой схемы обезболивания заключается в последовательном применении анальгетиков возрастающей силы действия в сочетании со средствами, предсказуемо влияющими на усиление анальгезирующего действия опиоидных анальгетиков и уменьшение болевого синдрома (адьювантными средствами):

- 1-я ступень – слабая боль; используют ненаркотические анальгетики из группы нестероидных противовоспалительных препаратов: аспирин, (Тромбо АСС), парацетамол, диклофенак, кетопрофен и др.; может быть добавлен вспомогательный препарат (адьювант);
- 2-я ступень – умеренная боль; дополнительно к препаратам, используемым при лечении слабой боли, назначают слабые наркотические (опиоидные) анальгетики: кодеин и кодеинсодержащие препараты (пентальгин, солпадеин, седалгин и др.), трамадол; рекомендуют сочетание этих препаратов с адьювантными – вспомогательными средствами;
- 3-я ступень – сильная боль; присоединяют сильнодействующие наркотические (опиоидные) анальгетики: морфин, промедол, просидол, фентанил и др.; нередко их используют в комбинации с ненаркотическими анальгетиками (аспирин, парацетамол и др.) и вспомогательными средствами (антидепрессанты, транквилизаторы, глюкокортикоиды и др.); препаратом выбора при сильной боли является морфин.

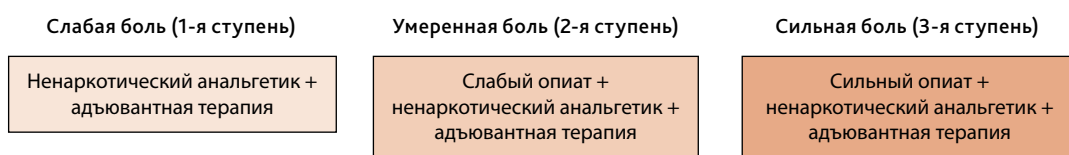
Для получения положительного результата с первых дней фармакотерапии рекомендуется строго соблюдать 3 принципа:

- дозу анальгетика подбирать индивидуально в зависимости от интенсивности и характера боли, добиваясь ее устранения или значительного облегчения;
- назначать анальгетики строго «по часам», вводя очередную дозу до прекращения действия предыдущей;
- анальгетики применять «по восходящей», переходя от максимальной дозы слабейшего опиоида к минимальной дозе сильнейшего.

Оптимальный анальгетик 2-й ступени – синтетический опиоид трамадола гидрохлорид (трамал). Разовая доза трамадола – 50–100 мг, максимальная суточная – 400–500 мг. Главные преимущества трамадола – отсутствие опасных побочных действий, присущих анальгетикам

центрального действия, минимальная вероятность развития резистентности и лекарственной зависимости даже при длительном лечении. Анальгетический эффект трамадола развивается к 30-й минуте и про-

Трехступенчатая схема обезболивания при раке



должается 5–6 ч. Его можно применять в течение нескольких недель или даже месяцев. Наиболее частые побочные явления – преходящая сонливость, тошнота, сухость во рту. Их выраженность обычно незначительна и не требует отмены препарата.

На 3-й ступени обезболивания используются сильнодействующие опиоиды. Их классический представитель – морфин – быстро всасывается как при приеме внутрь, так и при подкожном введении. Анальгезирующий эффект развивается через 20–30 мин после приема внутрь и через 10–15 мин после подкожного введения. Длительность действия однократной дозы – 4–5 ч.

Морфин для лечения тяжелой хронической боли целесообразно назначать в виде таблеток ретард морфина сульфата (МСТ-континус) в дозах 10, 30, 60, 100 мг, прием которых осуществляется 2 раза в сутки (утром и перед сном), что удобно для пациентов. Длительное применение морфина приводит к постепенному увеличению дозы в связи с развивающейся толерантностью и усилению боли по мере прогрессирования онкологического процесса. Обычно это наблюдается на 3-й неделе терапии и проявляется сокращением периодов анальгезии, а также снижением ее эффективности. В этих случаях при отсутствии выраженных побочных эффектов морфина разовую дозу повышают на 10–30 мг/сут.

Побочные эффекты морфина (тошнота, рвота, запоры, сильное седативное действие, дезориентация и др.) могут ограничивать назначение препарата в необходимой для обезболивания дозе. При тягостных проявлениях побочных эффектов морфина переходят на альтернативный мощный опиоид – трансдермальную терапевтическую систему (ТТС) фентанила (дюрогезик).

Анальгетический эффект дюрогезика мощнее и длительнее, чем у оральных форм морфина продолженного действия. В настоящее время он широко применяется как альтернативный опиоид при лечении хронической боли высокой интенсивности в виде системы для трансдермального введения в диапазоне доз 25; 50; 75 и 100 мкг/ч. Это – лекарственная форма в виде пластыря с депо фентанила; пластырь наклеивается на участок кожи с минимальным волосистым покровом, что делает возможным применение препарата у любых пациентов, в том числе неспособных принимать таблетки. Побочные эффекты дюрогезика такие же, как у морфина. При появлении у пациента затрудненного дыхания пластырь следует удалить, а после нормализации дыхания применить пластырь с дозой фентанила на 1 ступень ниже.

Опиоидный анальгетик бупренорфин обладает более высоким, чем у морфина, анальгетическим потенциалом и более продолжительным (до 6–8 ч) обезболивающим эффектом. Побочные эффекты

менее выражены, чем у морфина. Его обычно применяют внутрь в таблетках – 0,2 мг под язык. Разовая доза подбирается титрованием (последовательный прием 1–2–3 таблеток на прием с оценкой эффекта через каждые 30 мин). Максимальная суточная доза – 3 мг. Бупренорфин может быть назначен в виде трансдермального пластыря «Транстек» в дозах, аналогичных вышеуказанным для сублингвальных таблеток. Для пластыря, высвобождающего 35 мкг/ч бупренорфина, доза опиоида за 24 ч составит 0,8 мг, для пластыря 52,5 мкг/ч – 1,2 мг, для пластыря 70 мкг/ч – 1,6 мг. Максимальная трансдермальная доза не должна превышать 2 пластырей по 70 мкг/ч, т.е. 3,2 мг/сут. В связи с постепенным развитием анальгетического эффекта пациентам рекомендуют при необходимости дополнительный прием прежнего анальгетика до завершения подбора эффективной дозы транстека. Максимальная доза транстека не должна превышать 140 мкг/ч – 2 апплицированных пластыря на 3 сут.

Промедол (тримеперидин) выпускается в таблетках по 0,025 г (высшая суточная доза – 200 мг) и ампулах по 1 мл 1 и 2% раствора (высшая суточная доза – 160 мг). Его анальгетический эффект существенно ниже, чем у морфина, а длительность обезболивания – не более 2–4 ч. В связи с этим промедол недостаточно эффективен и редко используется при сильной хронической боли.

Просидол* – отечественный синтетический опиоид. Хорошо всасывается через слизистую оболочку ротовой полости. Выпускается в буккальных (защечных) таблетках по 0,01 и 0,02 г; как и трамал, редко вызывает серьезные побочные эффекты. Суточная доза колеблется от 60 до 240 мг, продолжительность терапии может достигать нескольких месяцев. Подбор оптимальной разовой дозы осуществляется путем последовательного защечного введения 1–2–3 таблеток с интервалом в 30 мин и учета их обезболивающего эффекта. При неэффективности 3 таблеток рекомендуется назначить другой наркотический анальгетик большой мощности. Обезболивающий эффект просидола длится в среднем 4 ч, что вызывает необходимость приема препарата до 4–8 раз в сутки и является его существенным недостатком.

Таким образом, наиболее рациональный перечень опиоидных анальгетиков для лечения хронической боли включает в себя следующие препараты в неинвазивных, по возможности ретардных формах: трамал – таблетки ретард (капсулы, свечи, инъекции); просидол – таблетки защечные; бупренорфин – таблетки подъязычные; морфина сульфат – таблетки ретард (МСТ и др.); ТТС фентанила дюрогезик.

В случае первичного обращения онкологического больного с запущенной тяжелой хронической болью рекомендуется сразу назначить 1 из препа-

* О сложностях получения препарата см с. 9.

ратов 3-й ступени, подобрав оптимальную разовую и суточную дозы.

Отношение к назначению наркотических анальгетиков этой категории больных четко сформулировано в Методических рекомендациях по организации паллиативной помощи, утвержденных Минздравсоцразвития РФ 22.09.2008 г. (№ 7180-РХ): «Морфин и другие опиоиды существуют для того, чтобы их назначали, а не для того, чтобы их придерживали. Их применение диктуется лечебной необходимостью, а не краткостью прогноза».

На всех этапах обезболивания дополнительно к анальгетикам назначают адъювантную терапию (препараты, предсказуемо влияющие на усиление анальгезирующего действия опиоидных анальгетиков и уменьшение болевого синдрома).

Группы адъювантов:

- глюкокортикоиды (преднизолон, дексаметазон и др.);
- антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин и др.);
- противосудорожные средства (карбамазепин, клоназепам, финлепсин, габапентин);
- нейролептики (тизерцин, аминазин, галоперидол);
- транквилизаторы (диазепам, феназепам, реланиум и др.);
- антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, тавегил и др.);
- седативные средства (валериана, пустырник, корвалол и др.);
- бифосфонаты (бондронат, зомета, бонефос, аредия и др.);
- диуретики.

Немедикаментозные методы устранения боли

Практический опыт показывает, что не всякую боль можно устранить с помощью наркотических анальгетиков. При локализованной односторонней боли, которую вызывает сдавление нерва в периоды активности больного и которая не контролируется сильнодействующими наркотическими анальгетиками, могут использоваться невролитические и нейрохирургические методы (блокада чревных ветвей вегетативного нервного сплетения; чрескожная, или открытая перерезка боковых проводящих путей спинного мозга).

Эти методы наряду с несомненными достоинствами – быстрое достижение максимального облегчения боли – вызывают и нежелательные эффекты (развитие чувствительных и двигательных расстройств – нарушение мочеиспускания, дефекации и др.). Поэтому невролитическое и нейрохирургическое купирование боли у онкологических больных выполняется врачами, имеющими соответствующий опыт, и проводится в условиях специализированного отделения больницы.

Для уменьшения боли, связанной с обструкцией полого органа, могут применяться обычные

консервативные декомпрессионные мероприятия: отсасывание содержимого желудка через зонд (у больных со стенозом привратника), введение длинного резинового зонда при обструкции тонкого кишечника.

При болях, связанных с лимфостазом верхних (рак молочной железы) и нижних конечностей (рак органов малого таза, метастатическое поражение забрюшинных и паховоподвздошных лимфатических узлов), приносят облегчение возвышенное положение конечности, ее бинтование эластичным (полотняным) бинтом, легкий массаж от дистальных отделов к проксимальным и специальные упражнения для рук и ног (вращение, махи, велосипедные движения), цель которых – усиление лимфооттока.

Из комплексных противоболевых мер у больных в терминальной стадии злокачественной опухоли, когда это допускается характером и локализацией новообразования, может обсуждаться применение паллиативной противоболевой лучевой терапии. Положительный противоболевой эффект радиотерапии наблюдается при сдавлении и прорастании опухолью нервов и нервных сплетений.

Медсестры, участвующие в терапии хронической боли, действуют в строгом соответствии с действующими нормативными и законодательными актами о медицинском применении наркотических, сильнодействующих и психотропных средств.

Обязательны для исполнения не только разделы приказов, посвященные контролю за применением и хранением этих препаратов. Необходимо помнить о возможном привлечении к административной и даже уголовной ответственности (при обращении пациента или его родственников в суд) в случае неоказания пациенту адекватной противоболевой помощи и отказа в назначении необходимых лекарственных средств. В соответствии с «Основами законодательства РФ об охране здоровья граждан» (24.12.1993 г. в редакции ФЗ от 02.02.2006 г.; раздел VI, статья 30, пункт 5), каждый пациент имеет право «на облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными способами и средствами».

Перечень основных законодательных и нормативных актов, касающихся правил медицинского применения наркотических, сильнодействующих и психотропных средств

Постановления Правительства РФ:

1. «Об утверждении Перечня наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, подлежащих контролю в Российской Федерации» от 30 июня 1998 г. № 681.

2. «Об утверждении Положения о выдаче лицензий на использование объектов и поме-

щений, где осуществляется деятельность, связанная с оборотом наркотических средств и психотропных веществ» от 30 мая 1998 г. № 541.

3. «Об утверждении Правил допуска лиц к работе с наркотическими средствами и психотропными веществами» от 6 августа 1998 г. № 892.

Приказы Министерства здравоохранения и социального развития РФ:

1. «О мерах по улучшению учета, хранения, выписывания и использования наркотических лекарственных средств» от 12 ноября 1997 г. № 330 (с дополнениями).

2. «О порядке назначения и выписывания лекарственных средств, изделий медицинского назначения и специализированных продуктов лечебного питания» от 12 февраля 2007 г. № 110.

Рекомендуемая литература

Гнездилов А.В., Губачев Ю.М. Терминальные состояния и паллиативная терапия: учебно-методическое пособие. – СПб., 2000.

Губин О.Н., Шаназаров Н.А. Обезболивание онкологических больных на дому. – Челябинск, 2002. www.rak.by

Липтуга М.Е., Поляков И.В., Зеленская Т.М. Паллиативная помощь: краткое руководство. – СПб., 2001. – 160 с.

Паллиативная помощь онкологическим больным / Под ред. Новикова Г.А., Чиссова В.И. – М.: Медицина за качество жизни, 2006. – 192 с.

Методические рекомендации по организации паллиативной помощи / Составители: Н.В. Эккерт, Г.А. Новиков, А.К. Хетагурова, М.Г. Шарафутдинов. – Утв. Минздравсоцразвития РФ 22.09.2008 г. № 7180-РХ.

Методические рекомендации по ведению боли (для врачей общей практики): перевод материалов национальной онкологической сети США и Американской академии паллиативной медицины и хосписной работы, 2007. – www.rak.by.

NURSING PAIN MANAGEMENT

Prof. V.A. Lapotnikov; Prof. V.N. Petrov Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University, Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education

The paper presents the principles and tasks of analgesic therapy, the characteristics of narcotic and non-narcotic analgesics, the manifestations of their side effects, and the information required for a nurse as a principal participant of measures to render aid to a patient.

Key words: palliative care, chronic pain syndrome, principles of analgesic therapy.