



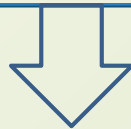
ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ГЕРИАТРИИ

Место паллиативной помощи в Российском здравоохранении

ВОЗ: Паллиативная помощь, это подход, цель которого состоит в **улучшении качества жизни пациентов и их семей**, столкнувшихся с проблемами, связанными с **угрожающей жизни болезнью**, путем предотвращения и облегчения страданий за счет раннего выявления, точной оценки и лечения боли и других страданий - физических, психосоциальных и духовных.




Паллиативная медицинская — медицинских вмешательств, направленных на **облегчение от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания**, в целях улучшения **качества жизни неизлечимо больных граждан** (ФЗ № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»)



Поручение Президента РФ Пр-1650, (23.08.2017 г): расширить понятие "паллиативная медицинская помощь" и уточнить порядок ее оказания гражданам, в том числе в амбулаторных условиях и на дому, а также порядок социального обслуживания неизлечимо больных граждан и порядок межведомственного взаимодействия при оказании им медицинских и социальных услуг

Законопроект «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи.

- **«Паллиативная медицинская помощь представляет собой комплекс мероприятий, включающий медицинские вмешательства, мероприятия психологического характера и мероприятия по уходу, осуществляемые в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан и направленные на облегчение боли, других тяжелых проявлений заболевания».**
- **Оказываться такая помощь будет прошедшими специальную подготовку медицинскими работниками как «в амбулаторных условиях, в том числе на дому, так и в условиях дневных стационаров и в стационарных условиях».**
- **Пациентам, получающим паллиативную помощь, будут оказываться и меры социальной, а также психологической поддержки и духовной помощи, причем привлекать к этой работе законопроект позволяет волонтеров, социальных работников и представителей религиозных конфессий.**



Цель- избавление от боли и улучшение качества жизни неизлечимо больных граждан и членов их семей.

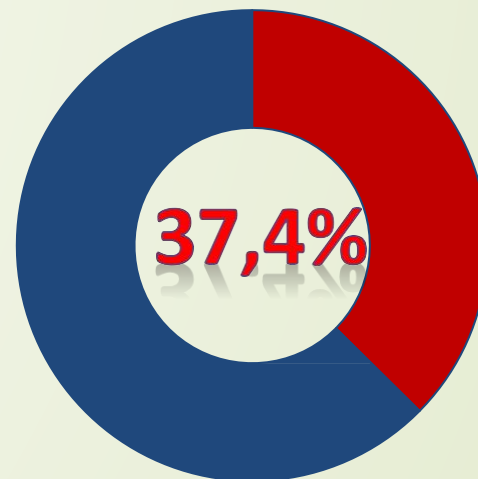
- законопроектом устанавливается «право пациента на облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в т. ч. наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами».
- Законопроектом предусматривается передача пациенту медицинских изделий, предназначенных для поддержания функций органов и систем организма человека. Перечень этих медицинских изделий будет утвержден дополнительно.



Потребность в паллиативной помощи



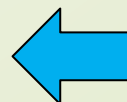
37,4% всех умирающих нуждаются в паллиативной помощи



до 75% пациентов умирает после периода прогрессирующей хронической болезни*

*Центр “Quality” наблюдения и ухода за пожилыми и неизлечимо больными людьми - ЦСВОЗ в сфере программ паллиативной помощи государственного здравоохранения

Необходимость паллиативной помощи будет только расти



Рост продолжительности жизни

Демографическая ситуация



ОДИН ИЗ ПРИОРИТЕТОВ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РФ



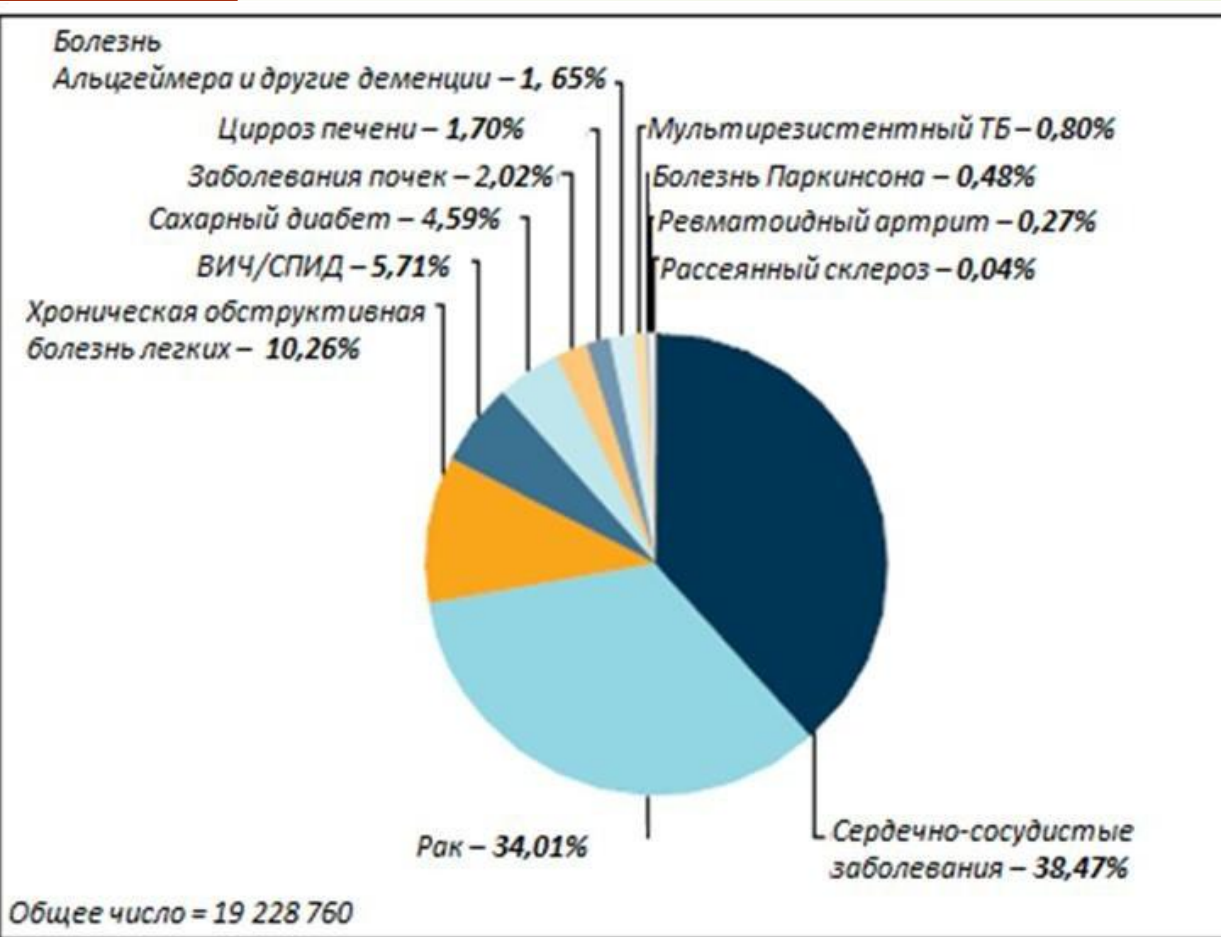
Свыше
800 тыс. человек в РФ
нуждаются в
паллиативной помощи
Боль — самая распространенная
причина страданий
неизлечимых пациентов

*Паллиативная медицинская помощь
направлена на избавление от боли и
иных тяжелых проявлений
неизлечимых заболеваний с целью*

*улучшения качества жизни
граждан»*

323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан»

НУЖДАЕМОСТЬ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ПО ГРУППАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ



- Неоплазм (C00-D48)
- Сердечная недостаточность (I500, I501, 509, I11, I130, I132) ^a
- Почечная недостаточность (N180, N188, N189; N102, N112, N132, N120, N131, N132)
- Печеночная недостаточность (K704, K711, K721, 729) ^b
- Хроническое обструктивное заболевание легких (J40, J410, J411, J418, J42, J430, J431, J432, J438, J439, J440, J441, J448, J449)
- Заболевания двигательного нейрона (G122)
 - Болезнь Паркинсона (G20)
 - Болезнь Хантингтона (G10)
 - Болезнь Альцгеймера (G300, G301, G308, G309)
- ВИЧ/СПИД (B20-B24)



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

14 апреля 2015 г.

№ 187н

Москва

**Об утверждении
Порядка оказания паллиативной медицинской помощи
взрослому населению**

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 43, ст. 5798; № 49, ст. 6927, 6928; 2015, № 1, ст. 72, 85; № 10, ст. 1425; № 14, ст. 2018) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению.

2. Признать утратившим силу приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 декабря 2012 г. № 1343н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 11 февраля 2013 г., регистрационный № 26973).

Министр

Скворцова

В.И. Скворцова



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)

ПРИКАЗ

14 апреля 2015 г.

Москва

Об утверждении

Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, ст. 6165; № 52, ст. 6951; 2014, № 23, ст. 2930; № 30, ст. 4106, 4244, 4247, 4257; № 43, ст. 5798; № 49, ст. 6927; 2015, № 1, ст. 72, 85; № 10, ст. 1425) приказываю:

Утвердить прилагаемый Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детям.

Министр

Скворцова

В.И. Скворцова

КОПИЯ ВЕРНА

Неделя Общерегионального

14 апреля 2015 г.

Ю.В. Кунин



№ 193н

ПАЦИЕНТ, которому требуется паллиативная медицинская помощь –

это пациент с неизлечимыми прогрессирующими заболеваниями и состояниями, среди которых выделяют следующие основные группы:

- пациенты с различными формами злокачественных новообразований;
- **пациенты с органной недостаточностью в стадии декомпенсации, при невозможности достичь ремиссии заболевания или стабилизации состояния пациента;**
- **пациенты с хроническими прогрессирующими заболеваниями терапевтического профиля в терминальной стадии развития;**
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями нарушений мозгового кровообращения, нуждающиеся в симптоматическом лечении и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с тяжелыми необратимыми последствиями травм, нуждающиеся в симптоматической терапии и в обеспечении ухода при оказании медицинской помощи;
- пациенты с дегенеративными заболеваниями нервной системы на поздних стадиях развития заболевания;
- пациенты с различными формами деменции, в том числе с болезнью Альцгеймера, в терминальной стадии заболевания.

ОБЩИЕ КРИТЕРИИ ОТНЕСЕНИЯ К НУЖДАЮЩИМСЯ В ~~ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ~~ ПОМОЩИ

Предполагаемая продолжительность жизни пациента менее 1 года;

Снижение функциональной активности (общее состояние по шкале Карновского < 50%);

Потеря массы тела более чем на 10% за последние 6 мес.;

Уровень сывороточного альбумина крови менее 25 г/л;

Ухудшение общего состояния на фоне прогрессирования неизлечимого хронического заболевания и плохой прогноз, несмотря на оптимально проводимое специализированное лечение

Критерии отнесения к нуждающимся в ПМП в зависимости от группы неизлечимых прогрессирующих заболеваний и состояний

РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

функциональная активность снижена в связи с прогрессирующим заболеванием;

тяжесть состояния не позволяет проводить специализированное лечение рака;

наличие метастатических поражений и отрицательного прогноза на выздоровление.

НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

прогрессивное ухудшение физической и / или когнитивной функции,

несмотря на проводимую терапию;

проблемы речи с нарушением коммуникативных функций;
прогрессирующие нарушения

глотания; перенесенные

аспирационные пневмонии;

плегии и параличи после нарушения мозгового кровообращения со значительной потерей функции.

Оказание паллиативной медицинской помощи больным по месту их фактического проживания

РАЗЛИЧНЫЕ ФОРМЫ ДЕМЕНЦИИ, В ТОМ ЧИСЛЕ С БОЛЕЗНЬЮ АЛЬЦГЕЙМЕРА:

невозможность самостоятельно одеваться, ходить,

принимать пищу; нарушение глотания;

нарушение функции тазовых

органов; нарушение речи,

общения;

высокий риск падения, падения в прошлом, перелом бедренной кости;

эпизоды повышения температуры, инфекции, пневмонии.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Конечные стадии хронической сердечной недостаточности (функциональный класс по NYHA не ниже Ш),

Наличие сочетанной соматической и/или психиатрической патологии, значимо

влияющей на качество жизни и/или симптомы основного заболевания

Значимое снижение функциональной способности почек (расчетная скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин.)

Одышка или боли в груди в покое или при незначительной физической нагрузке

Результаты эхокардиографии: выраженное снижение фракции выброса (< 25%)

или выраженная легочная гипертензия (давление в легочной артерии > 70 мм рт. ст.)

Неоднократная госпитализация по причине сердечной

НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Во время острой и подострой фаз (< 3 мес. после нарушения мозгового кровообращения):

устойчивое вегетативное состояние или минимальное сознание;

Во время хронической фазы (> 3 месяцев после нарушения мозгового кровообращения):

Медицинские осложнения (пневмония, пиелонефрит, бессимптомная гипертермия, несмотря на антибактериальное лечение, пролежни);

Нарушение функции тазовых органов;

Когнитивные нарушения.

БОЛЕЗНЬ ПЕЧЕНИ

Цирроз с одним или несколькими осложнениями в течение прошедшего года:

- АСЦИТ, резистентный к действию диуретиков
- печеночная энцефалопатия
- гепаторенальный синдром
- спонтанный бактериальный перитонит
- повторные кровотечения из варикозно-расширенных вен

- Пересадка печени невозможна

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЛЕГКИХ С ТЯЖЕЛОЙ ДЫХАТЕЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ

Одышка в покое или при незначительной физической нагрузке в период ремиссии заболевания

Нуждающиеся в длительной кислородотерапии

Нуждающиеся в ИВЛ вследствие дыхательной недостаточности, в том числе имеющие противопоказания к ее проведению

ПОЧЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ

4 или 5 стадии ХПН (расчетная скорость клубочковой фильтрации < 30 мл/мин.) с ухудшением тяжести общего состояния пациента;

наличие почечной недостаточности усложняет лечение сопутствующих хронических заболеваний угрожающих жизни пациента;

прекращение диализа или отказ от его начала

ХРОНИЧЕСКИЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ - БОКОВОЙ АМИОТРОФИЧЕСКИЙ СКЛЕРОЗ И ДРУГИЕ

ЗАБОЛЕВАНИЯ ДВИГАТЕЛЬНЫХ НЕЙРОНОВ, РАССЕЯННЫЙ СКЛЕРОЗ,
ДЕГЕНЕРАТИВНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

ЭКСТРАПИРАМИДНОЙ МОТОРНОЙ СИСТЕМЫ (БОЛЕЗНЬ ПАРКИНСОНА):

прогрессирующее ухудшение физиологических и психических функций, несмотря на проводимое лечение;

нарушение речевых навыков и прогрессирующее ухудшение способности к общению;

прогрессирующее нарушение глотания (дисфагия);

перенесенная аспирационная пневмония, затруднение дыхания или дыхательная

Уровни оказания паллиативной помощи

I уровень

Паллиативный подход

принят и реализован всеми квалификационными медиками. Интеграция принципов и методик паллиативной помощи в учреждениях, не специализирующихся на оказании паллиативной помощи

II

Базовая паллиативная помощь

оказывают специалисты первичной медицины и те, кто лечит пациентов с угрожающими жизни заболеваниями, при наличии базовых знаний по ПП

III уровень

Специализированная паллиативная помощь

осуществляется командой подготовленных специалистов, в состав которой входят врачи, медсестры, социальные работники, священнослужители и другие специалисты

БОЛЬ У ПОЖИЛЫХ ПРОЯВЛЯЕТСЯ НЕТИПИЧНО В ВИДЕ НАРУШЕНИЯ НАСТРОЕНИЯ, ВОЗБУЖДЕНИЯ, СНИЖЕНИЯ ПОДВИЖНОСТИ

● **Ноцицептивная (соматическая, висцеральная)**

Адекватная физиологическая реакция на болевые раздражители

● **Нейропатическая**

Болевые ощущения, которые возникают в результате прямого повреждения нервной системы или патологического процесса в соматосенсорной системе.

● **Дисфункциональная**

Боль, возникающая без видимого органического повреждения и активации ноцицепторов (неболевыe стимулы – эмоциональные, социальные и психологические, начинают восприниматься как болевые)

Клинические рекомендации Минздрава России 2016 , 2018 гг.



Клинические рекомендации

Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

МКБ 10: R52.1/ R52.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ID: KR400

• Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи

• URL:

• Ассоциация междисциплинарной медицины

• Профессиональные ассоциации:

• Общество специалистов доказательной медицины

• Российское научное медицинское общество терапевтов

ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ

НУМЕРОЛОГИЧЕСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ БОЛИ (НОШ)



МИМИЧЕСКАЯ ШКАЛА ОЦЕНКИ БОЛИ



Рекомендуется для оценки интенсивности боли и эффективности лечения применять специальные шкалы, регистрировать локализацию болевых ощущений, время ~~для~~ ~~явления~~ ~~боли~~ ~~характера~~ ~~синдрома~~ ~~боли~~ (при движении и в покое).

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств – 2)

ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕВОГО СИНДРОМА В ГЕРИАТРИИ

- ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЫ ПЕРОРАЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПРЕПАРАТОВ, А ТАКЖЕ СВЕЧИ, ПЛАСТЫРИ. ИЗБЕГАТЬ ИНЪЕКЦИЙ;
- РЕКОМЕНДОВАН ПРИЕМ ПРЕПАРАТОВ В ОПРЕДЕЛЕННОЕ ВРЕМЯ, А НЕ ПРИ БОЛЯХ;
- ПОДХОДИТЬ К НАЗНАЧЕНИЮ ПРЕПАРАТОВ ИНДИВИДУАЛЬНО С УЧЕТОМ УРОВНЯ АНАЛГЕЗИИ, СОХРАНЕНИЯ АКТИВНОСТИ, ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ, ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ («ПРИНЦИП ААПП»).

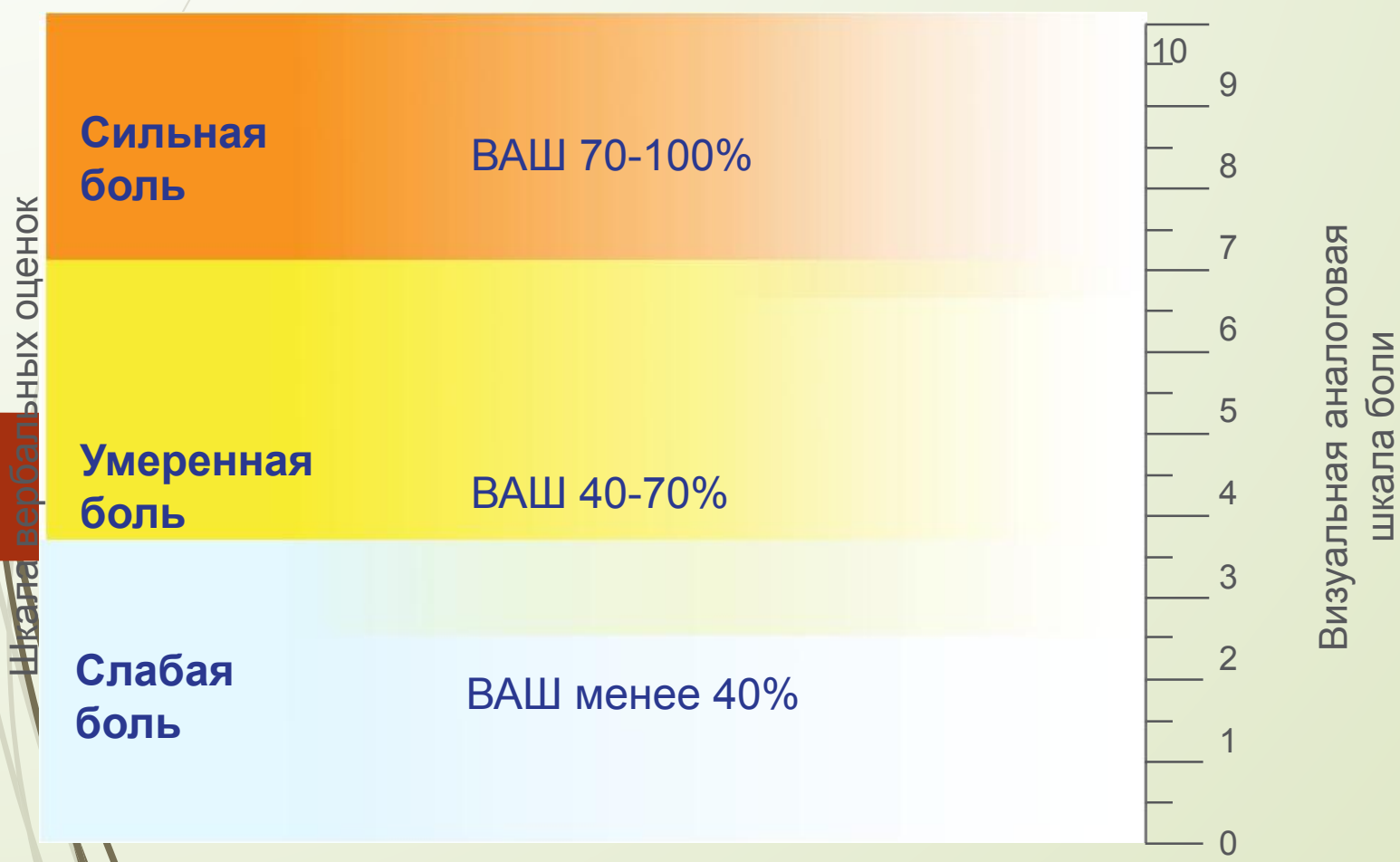
СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНАЯ БОЛЬ

- ПАРАЦЕТАМОЛ- 250-500 МГ ЧЕРЕЗ КАЖДЫЕ 4Ч, НЕ БОЛЕЕ 3Г/СУТ , НЕ БОЛЕЕ НЕДЕЛИ В СОЧЕТАНИИ С ОМЕПРАЗОЛОМ.
- ПРИ НЕДОСТАТОЧНОЙ ЭФ-ТИ НАЗНАЧАЮТ НПВП.
- ПРИ ЛЕГКИХ БОЛЯХ ВОЗМОЖНО ПРИМЕНЕНИЕ МАЗЕЙ С НПВП.
- МИОРЕЛАКСАНТЫ – ТОЛПЕРИЗОН, ТИЗАНИДИН. ФЛУПИРТИН.
- ХОНДРОПРОТЕКТОРЫ.
- ТРАМАДОЛ.НЕПРОДОЛЖИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД - НЕ БОЛЕЕ 400 МГ/СУТ.

НЕВРОПАТИЧЕСКАЯ БОЛЬ

- КОРРЕКЦИЯ МЕТАБОЛИЧЕСКИХ СДВИГОВ
- АНТИДЕПРЕССАНТЫ – ИСКЛЮЧИТЬ АМИТРИПТИЛИН. РЕКОМЕНДОВАНЫ СИОЗ – ДУЛОКСЕТИН 20МГ/СУТ.
- АНТИКОНВУЛЬСВНТЫ- ГАБАПЕНТИН(100 МГ НА НОЧЬ, ДАЛЕЕ ЧЕРЕЗ 8Ч. ПРЕГАБАЛИН. – 50 МГ/НА НОЧЬ, ДАЛЕЕ ЧЕРЕЗ 8Ч.
- ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ БОЛЯХ ПОКАЗАНО ПРИМЕНЕНИЕ ЛИДОКАИНА В ВИДЕ ПЛАСТЫРЯ (ВЕРСАТИС)НА 12Ч.

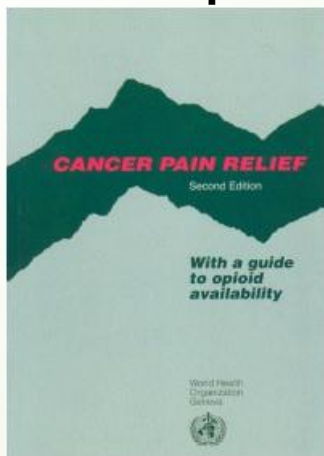
НАИЛУЧШАЯ ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ ОПРОСЕ БОЛЬНОГО С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ



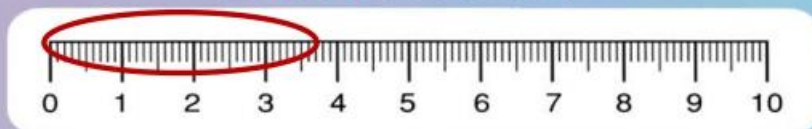
ТРЕХСТУПЕНЧАТАЯ ЛЕСТНИЦА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВОЗ ПРИ ЗНО

Боль не проходит или нарастает		Сильные опиоиды морфин, фентанил, бупренорфин, гидроморфон, оксикодон, метадон	3
Боль не проходит или нарастает		Слабые опиоиды кодеин, трамадол, петидин	2
Боль		Неопиоидные анальгетики ± адьюванты	1

3.1.1.1 Степень 1. Неопиоидные анальгетики +/- вспомогательная терапия



1-я СТУПЕНЬ – СЛАБАЯ БОЛЬ



Визуальная аналоговая шкала боли

- Рекомендуется на 1-ой степени фармакотерапии боли использовать неопиоидные анальгетики, при необходимости дополнительно назначать адъювантные анальгетики

**Уровень
убедительност
и
рекомендаций
С (уровень
достоверности
доказательств –
2)**



Клиническое руководство

Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в pallиативной медицинской помощи

МКБ 10: R52.1, R52.2

Год утверждения (числа года версионизации): 2016 (версионизация каждые 3 года)

ID: KR08

ISBN:

Профессиональные ассоциации:

- Ассоциация профессиональных участников системы здравоохранения
- Ассоциация межрегиональной медицины
- Общество специалистов паллиативной медицины
- Российское научное медицинское общество геронтологов

1-я степень – СЛАБАЯ БОЛЬ

НПВП – 1-я степень терапии боли

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

1-я ступень – СЛАБАЯ БОЛЬ

Метамизол натрия (анальгин) – 1-я ступень терапии боли

Анальгетический эффект	средний, быстрый , эффективен при спастической боли
противовоспалительный эффект	отсутствует
гепатотоксичность, нефротоксичность	высокая, особенно для комбинированных средств
Per/os максимальная разовая/суточная доза	максимальная разовая доза — 1 г, суточная — 3 г.
В/м, в/в, ректально	при острых болях: по 1–2 мл 50% 25% р-ра 2–3 раза/день,
максимальная разовая/суточная доза	Макс. суточная доза - 2 г Макс. разовая доза 1 г



Клинические рекомендации

Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

МКБ 10: R52.1/ R52.2

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ID: KR400

URL:

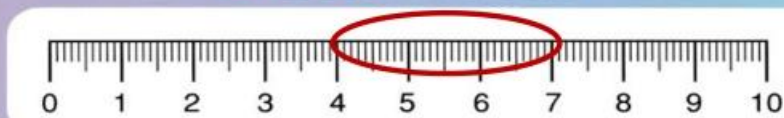
Профессиональные ассоциации:

- Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи
- Ассоциация междисциплинарной медицины
- Общество специалистов доказательной медицины
- Российское научное медицинское общество терапевтов

**Уровень
убедительности
рекомендаций С
(уровень
достоверности
доказательств – 2)**

2-я СТУПЕНЬ – УМЕРЕННАЯ БОЛЬ

DoloMeter



Визуальная аналоговая шкала боли

РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

1. использовать слабые опиоиды (трамадол, кодеин), при необходимости дополнительно назначать неопиоидные и адъювантные анальгетики
2. применять лекарственный препарат пропионилфенилэтоксипиперидин в защечных таблетках 20-120 мг/сут
3. при умеренно выраженной боли в качестве альтернативы трамадолу и кодеину, применять опиоиды 3-й ступени в низких дозах (морфин, оксикодон, фентанил, бупренорфин, тапентадол)

2-Я СТУПЕНЬ – УМЕРЕННАЯ БОЛЬ

ТРАМАДОЛ – подавление обратного захвата серотонина и норадреналина

ДОСТОИНСТВА:

- активирующее действие
- минимальный наркотенный потенциал не приводит к развитию физической и психической зависимости
- двойной механизм действия, обусловленный синергизмом активации антиноцицептивной и подавления ноцицептивной систем

НЕДОСТАТКИ:

- повышение тревожности, тахикардия, повышение АД, тремор
- изменение настроения (часто улучшение, реже – дисфория)
- изменение активности (часто подавление, редко – повышение)
- эпилептиформные судороги (особенно у пациентов, получающих СИОЗСиН и ТЦА)
- агитация, возбужденность, нервозность, бессонница, гиперкинезы
- неэффективность налоксона при передозировке

Залдиа

р

**ТРАМАД
ОЛ**

37,5 мг

+

ПАРАЦЕТАМОЛ

325 мг

ПРОСИДОЛ

агонист μ -рецепторов
Таблетки защечные
20 мг в 1 таб



Единственный в России опиоидный анальгетик быстрого действия в неинвазивной форме

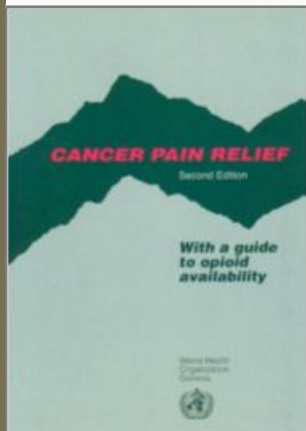
ДОСТОИНСТВА:

- анальгетический эффект равен промедолу (0,5 – 0,3 от морфина)
- неинвазивная форма
- быстрое начало действия (5-15 мин)
- быстрый подбор дозы
- спазмолитический эффект
- **неактивные метаболиты!!!**

НЕДОСТАТКИ:

- высокий наркотенный потенциал
- быстрое нарастание толерантности (сокращение длительности обезболивающего эффекта)
- невозможно применять при поражении слизистых полости рта
- ортостатическая гипотония

Перечень рекомендуемых препаратов для терапии сильной боли в России



3-я СТУПЕНЬ – СИЛЬНАЯ БОЛЬ



Препарат	доза
1. МОРФИН	от 30 мг
2. ОКСИКОДОН	от 20 мг
3. ТАПЕНТАДОЛ	от 200 мг
4. ТТС фентанила	от 25 мкг/ч

2-я и 3-я СТУПЕНЬ – БОЛЬ УМЕРЕННАЯ - СИЛЬНАЯ

ТАПЕНТАДОЛ

MOR

Агонист μ -опиоидных
рецепторов

Избирательно связывается
с μ -опиоидными рецепторами

Ослабляет болевую афферентацию



NRI

Ингибитор обратного
захвата норадреналина

Увеличивает концентрацию НА
в синаптической щели, усиливая
подавляющую боль физиологическую
реакцию

Усиливает антиноци-
цептивную афферентацию



Палексия
таблетки 50, 75 и 100 мг



Палексия таблетки
про- лонгированного
действия 50, 100, 150,
200 и 250 мг

МОРФИН

агонист μ р-ров

Морфина сульфат:

- МСТ-континус (табл. продл.)
- Капсулы с замедленным высвобождением 10, 30, 60, 100 мг

ДОСТОИНСТВА:

- сильный анальгетик
- аналгезия 8-12 час
- нет «потолка» анальгетической дозы
- управляемая аналгезия, возможность быстрого подбора анальгетической дозы

НЕДОСТАТКИ:

- активные метаболиты!!!
- ярко выраженные классические для опиоидов ПЭ (сонливость, тошнота, рвота, запоры)
- гистаминоподобные реакции (бронхоспазм, крапивница и др.)

МОРФИН

агонист μ р-ров

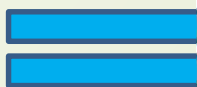
Морфина сульфат:

- МСТ- континус (табл. продл.)
 - Капсулы с замедленным высвобождением
- 10, 30, 60, 100 мг

БИОДОСТУПНОСТЬ

МОРФИНА ПЕРОРАЛЬНОГО

- 30-50%



**1 таблетка
МСТ - континус
30мг**

**1 ампула = 10мг
морфина
гидрохлорида 1%, 1,0
мл**

2018

Морфин быстрого высвобождения таблетки 5 мг, 10 мг

Клиническое исследование лекарственного препарата для медицинского применения по протоколу № MRPН-09-16

в Меццоцентро, безотрадное, транснациональное исследование в фармации Морфин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 10 мг (ФГУП «Московский эндокринный завод», Россия) в сравнении с препаратом Морфин, раствор для инъекций 1% (ФГУП «Московский эндокринный завод», Россия) у онкологических пациентов с хроническим болевым синдромом сильной интенсивности»



Таргин = ОКСИКОДОН + НАЛОКСОН

**Агонист
μ-опиоидных рецепторов**
Избирательно связывается с μ-опиоидными
рецепторами

**Конкурентный антагонист
опиоидных рецепторов**
Блокирует опиатные рецепторы, устраняет
центральное (в т.ч. депрессию дыхания) и
периферическое действие опиоидов



ТАРГИН (оксикодон/налоксон) ДОСТОИНСТВА:

- сильный анальгетик (1,5-2,0)
- стабильный контроль боли (12 ч.)
- наркотенный потенциал ниже, чем у истинных опиатов
- реже, чем морфин вызывает расстройства функции ЖКТ (спазм сфинктера Одди, запоры)
- широкая линейка дозировок, возможность точной и быстрой титрации

Дозы:

5 мг / 2,5 мг
10 мг / 5 мг
20 мг / 10 мг
40 мг / 20 мг.

НЕДОСТАТКИ:

- Максимальная доза препарата 160/80 мг
- При переводе на Таргин с высоких доз морфина возможны НР (налоксон)



ТТС ФЕНТАНИ ЛА

агонист μ -рецепторов
ТТС фентанила
12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч
50 мкг/ч, 75 мкг/ч
100 мкг/ч



ФЕДЕРАЛЬНОЕ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕLSКОЕ ЦЕНТРАЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«МОСКОВСКИЙ ЭНДОКРИННЫЙ ЗАВОД»

ДОСТОИНСТВА:

- наиболее сильный анальгетик (100)
- стабильный контроль боли (72 ч.)
- нет «потолка» анальгетической дозы
- наркогенный потенциал ниже, чем у истинных опиатов
- **неактивные метаболиты!!!**
- реже, чем истинные опиаты вызывает расстройства функции ЖКТ (спазм сфинктера Одди, запоры)
- широкая линейка дозировок

НЕДОСТАТКИ:

- длительный подбор дозы, но он облегчается наличием различных дозировок
- не следует применять при гипертермии, гипергидрозе
- возможен контактный дерматит

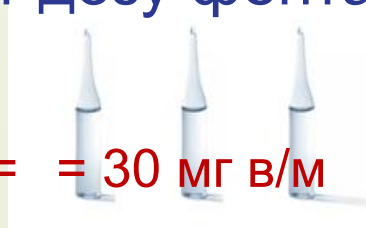
ТТС ФЕНТАНИЛА ЭТО МОЩНЫЙ ОПИОИДНЫЙ АНАЛЬГЕТИК



ПОЭТОМУ

следует помнить, что:

1 пластырь ТТС высвобождает дозу фентанила, которая содержится



● 25 мкг/ч = 3 амп. фентанила /сут = = 30 мг в/м

● 50 мкг/ч = 6 амп. фентанила = 45 мг морфина в/м

● 75 мкг/ч = 9 амп. фентанила = 75 мг морфина в/м

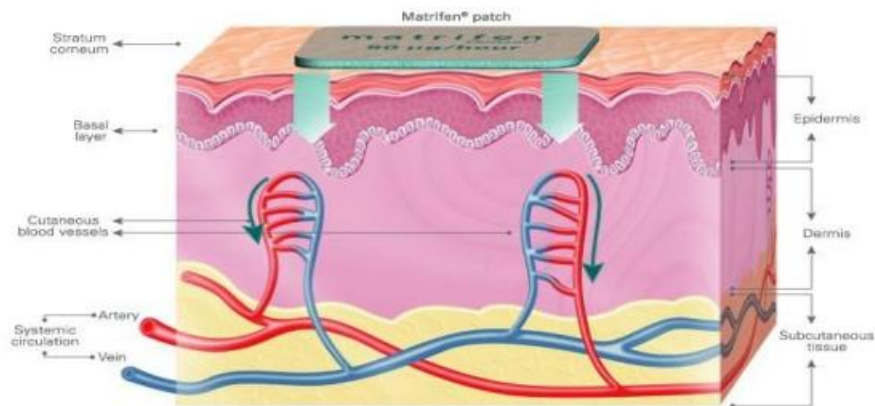
Биодоступность фентанила из

ТТС

Остаточное количество фентанила в пластыре через 3 сут. составляет 30-85% от исходного уровня фентанила в ТТС

У пациентов в состоянии кахексии концентрация фентанила в плазме снижается на 30-50%, что связано с истощением подкожно-жировой клетчатки и снижением гидратации кожи.

ТТС фентанила
не следует
аплицировать
на болезное
место



Рекомендуется назначать морфин парентерально пациентам, которым невозможно по различным причинам обеспечить адекватное обезболивание неинвазивными опиоидными анальгетиками.

- Уровень убедительности рекомендаций В
- Уровень достоверности доказательств - 2

Комментарии: имеющиеся данные позволяют дать четко обоснованные рекомендации о том, что подкожный путь введения является простым и эффективным в качестве альтернативного метода у пациентов, неспособных принимать опиоиды пероральным или трансдермальным способами. Внутривенные инфузии применяются в том случае, когда подкожное введение препарата противопоказано (при выраженных периферических отеках, нарушении свертывания крови, нарушении периферического кровообращения и необходимости введения больших объемов и высоких доз препарата) и при необходимости быстрого достижения обезболивания. В отдельных случаях применяется методика постоянной контролируемой анальгезии для подкожных и внутривенных инфузий опиоидных анальгетиков. При переходе с перорального применения морфина на его подкожное и внутривенное введение, следует учитывать, что относительная анальгезирующая активность одинакова для обоих способов введения и находится в пределах от 3:1 до 2:1.

Рекомендуется при переходе с одного опиоидного анальгетика на другой, осуществляемом из-за недостаточного обезболивания и/или избыточных побочных эффектов или по обеим этим причинам, использовать **начальную дозировку нового препарата ниже, чем дозировку, рассчитанную по таблицам соответствия доз опиоидов по анальгезирующему эффекту (см. Приложение Г7. Таблица пересчета эквивалентных доз опиоидных анальгетиков).**

- Уровень убедительности рекомендаций В
- Уровень достоверности доказательств - 3

Комментарии: при смене опиоидных анальгетиков следует обеспечить безопасность приема препарата в отношении передозировки. Риски, связанные со сменой препаратов, являются управляемыми, если использовать таблицу эквивалентных доз

Клинические рекомендации Минздрава России 2016 , 2018 гг.

3. Лечение :

3.2 . Немедикаментозная терапия

Параллельно с фармакологическими методами обезболивания необходимо использовать в полной мере другие виды терапии боли и коррекции качества жизни пациента.

Физическая активность. Активность и подвижность (стимуляция, смена деятельности, улучшение кровоснабжения) положительно воздействуют на способность организма самостоятельно подавлять боль.

Расслабление. Техники релаксации крайне важны для расслабления напряженных

мышц

и снижения уровня общего физического напряжения. Чтение, музыка, встречи с друзьями, медитация, танцы и прогулки – примеры эффективных способов расслабиться. **Психотерапия.** Психологическая терапия боли предполагает более эффективное, чем раньше, использование своих ресурсов для преодоления боли. В рамках терапии изучаются стратегии снижения боли.

Психотерапия способствует тому, что боль занимает все меньше места в повседневной жизни пациента, а на первый план выходят другие, более важные сферы жизни [47].

Сочетание физической активности, психотерапевтического и медикаментозного лечения называется «мультимодальной терапией» и как правило применяется при

ОСНОВНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ, НУЖДАЮЩИХСЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ (последние 6 месяцев жизни)

- ▣ **боль — 60-80%,**
- ▣ **проблемы в п/рта, сухость, стоматиты и т.д. — 60%,**
- ▣ **кахексия — 50%,**
- ▣ **одышка — 51%,**
- ▣ **запоры — 47%,**
- ▣ **тошнота и рвота — 40%,**
- ▣ **нарушения сознания — 40%**
- ▣ **слабость — 32%**
- ▣ **уролог. проблемы — 25%,**
- ▣ **дисфагия — 23%,**
- ▣ **кровотечения — 14%,**
- ▣ **пролежни — 19%,**
- ▣ **зуд — 10%,**
- ▣ **диарея — 4%,**
- ▣ **асцит — 6%,**
- ▣ **лимфоэдема — 5%.**



ТОШНОТА И РВОТА (ЭМЕТИЧЕСКИЙ СИНДРОМ)

- Эметический синдром [ЭС] (от англ. emesis - рвота) - комплекс симптомов, включающих тошноту, позывы к рвоте и собственно рвоту.
- Тошнота может быть, как предшественницей рвоты, так и самостоятельным клиническим проявлением патологического процесса в организме.
- ЭС может быть инициирован проблемами в различных органах, поэтому выделяют центральные, висцеральные, токсические и др. варианты.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ТОШНОТЫ И РВОТЫ

Анорексия - кахексия
(невропатия с гастростазом)

Метаболические
причины

- § гипонатриемия
- § гиперкальцемия
- § обезвоживание
- § почечная недостаточность
- § печеночная недостаточность

Желудочно-кишечные-инфекционные

§ запор причины

- § перитонит, карциноматоз, метастазы печени, рак желудка, кишечная непроходимость.

Центральные причины

§ химиотерапия/ лучевая терапия

Вредные
препараты

- § опиоидные препараты
- § антидепрессанты
- § антибиотики
- § дигоксин
- § НПВС

Основные причины

- § повышенное внутричерепное давление
- карциноматоз мозговых оболочек
- §



Часто – Эмпирический подход

- **прокинетики**– Метоклопрамид 10 мг – 3 раза в день,
Домперидон - 10 мг – 3 раза в день.Кардиотоксичен, аритмогенен.
 - **Антагонисты ДОФА**– Галоперидол 0,5-5 мг/сут, постепенно титруя дозировку;
Антагонисты 5-НТЗ рецепторов - Ондансетрон 4-8 мг - 3 раза в день
 - **Головной мозг** – Циклизин 50 мг – 3 раза в день,
Дексаметазон –4-8-12 мг\сутки с уменьшением дозировки.
 - **Левомепромазин** (Тизерцин) 6, 25-25 мг – 2 раза в день купирует тошноту, вызванную различными причинами, но вызывает седацию, удлинение QT.
- Антигистаминные средства



Профилактика и лечение тошноты и рвоты при ХТ

- Антагонисты NK1 (нейрокининовых рецепторов)-1-апрепитант по 80-125 мг/сут.
- Антагонисты 5-HT₃-рецепторов- ондансетрон по 8 мг/сут, гранисетрон по 1-3 мг/сут.
- Дексаметазон по 8-12 мг/сут.
- При высокой эметогенности ХТ применяют трехкомпонентную схему профилактики и лечения тошноты и рвоты- апрепитант+ондансетрон+дексметазон.
- При умеренной эметогенности применяют комбинацию антагониста 5-HT₃ рецепторов с дексаметазоном. Дополнительно можно подключать лоразепам, ИПП и антагонисты H₂-рецепторов.
- При низкой эметогенности применяют монотерапию.

ЧАСТО – МОНОТЕРАПИЯ НЕЭФФЕКТИВНА

Больной Т., 56 л., диагноз: рак желудка, канцероматоз брюшины, IV кл. гр.

Ведущий симптом – постоянная тошнота и многократная рвота (до 10 раз в сутки).

На фоне назначенного лечения (церукал 10 мг 3 р/д в/м, затем + ондансетрон 2 - 4 - 8 мг 2 р/д в/м) тошнота и рвота сохранялись.

Пациент переведен на непрерывное круглосуточное подкожное введение комбинации препаратов (ондансетрон 16 мг/сут + галоперидол 5 мг/сут) через дозировочный шприц (сириндж-драйвер).

Рвота купировалась полностью, тошнота стала умеренной.

Пациент получил возможность пить и принимать пищу.

Внимание!

- **Титровать выбранные противорвотные препараты.**
- **Если пациент не отвечает на одно средство, должен быть добавлен второй препарат, чтобы комбинировались препараты различных классов.**



ЗАПОР – ЧАСТАЯ, НО СКРЫТАЯ ДО ПОРЫ ПРОБЛЕМА

- ▣ «Констипация – это прохождение небольшого количества твердых каловых масс нечасто и с затруднениями».

При дефекации возможна боль, дискомфорт, метеоризм, вздутие живота, ощущение неполного опорожнения.
- ▣ Если пациент чувствует констипацию или, если совершается менее трех опорожнений в неделю, необходима помощь.
- ▣ Часто плохо диагностируется.
- ▣ Может вызывать серьезные расстройства: анорексия, тошнота и рвота, боль в животе и прямой кишке, вздутие живота, недостаточная абсорбция пероральных препаратов, каловые завалы, ректальные разрывы/трещины, геморрой, непроходимость кишечника, задержка мочи, делирий!



Частые причины

Боль

- Экологические факторы
- Недостаток движения

Пожилой возраст

Медикаменты

- Опиаты
- Антихолинергические
- Антидепрессанты
- Антациды
- Диуретики
- Антагонисты 5-HT₃
- Железо
- Противосудорожные...

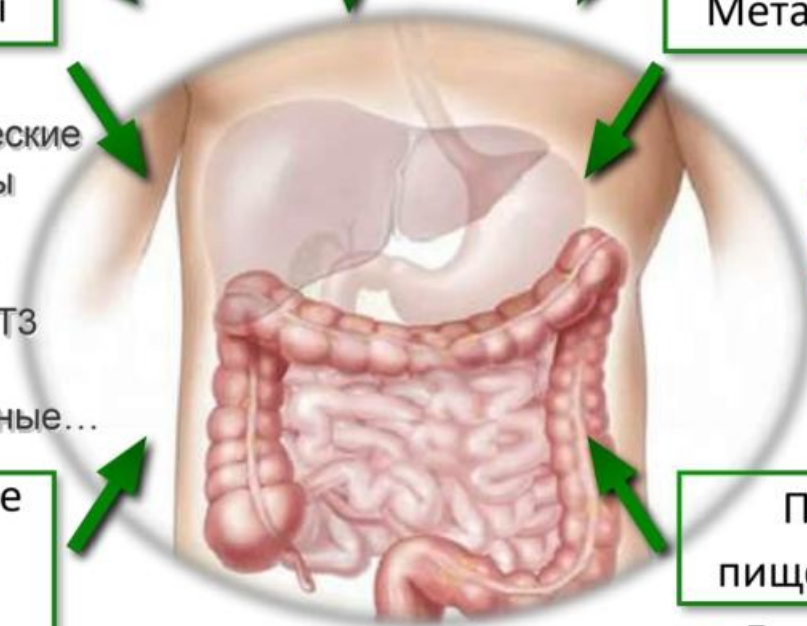
Метаболические причины

- Уремия
- Диабет
- Гипотериоз
- Гиперкальциемия
- Гипокалиемия

- Плохое пероральное усвоение
- Обезвоживание

Причины со стороны пищеварительной системы

- Диета с низким содержанием клетчатки
- Кишечная непроходимость
- Автономная нейропатия

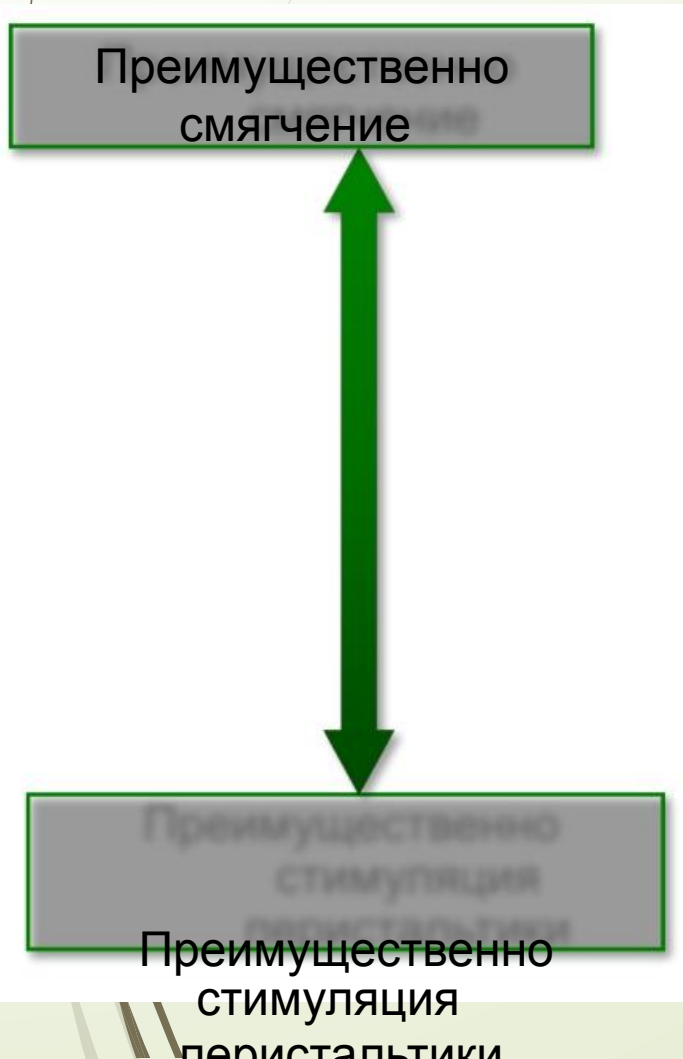


ЛЕЧЕНИЕ

- По возможности, пероральное слабительное:
- ~~объединить смягчение и стимуляцию~~ —
(вазелиновое масло или лактулоза) + (сенна или бисакодил, или пикосульфат натрия).
- ~~осмотическое слабительное напр., макрогол.~~
- **Ректальное лечение** — в случае выраженной слабости, парапареза нижних конечностей, невозможности перорального приема лекарств.
 - бисакодил супп./ клизма с цитратом или фосфатом натрия/ глицерин супп./ масляная клизма на ночь.
- **Мануальная эвакуация** — с обезболиванием.
- **Индивидуальное титрование дозы:**
«стандартные» дозы обычно неадекватны.
- **Возможно необходимо назначение слабительных по часам.**



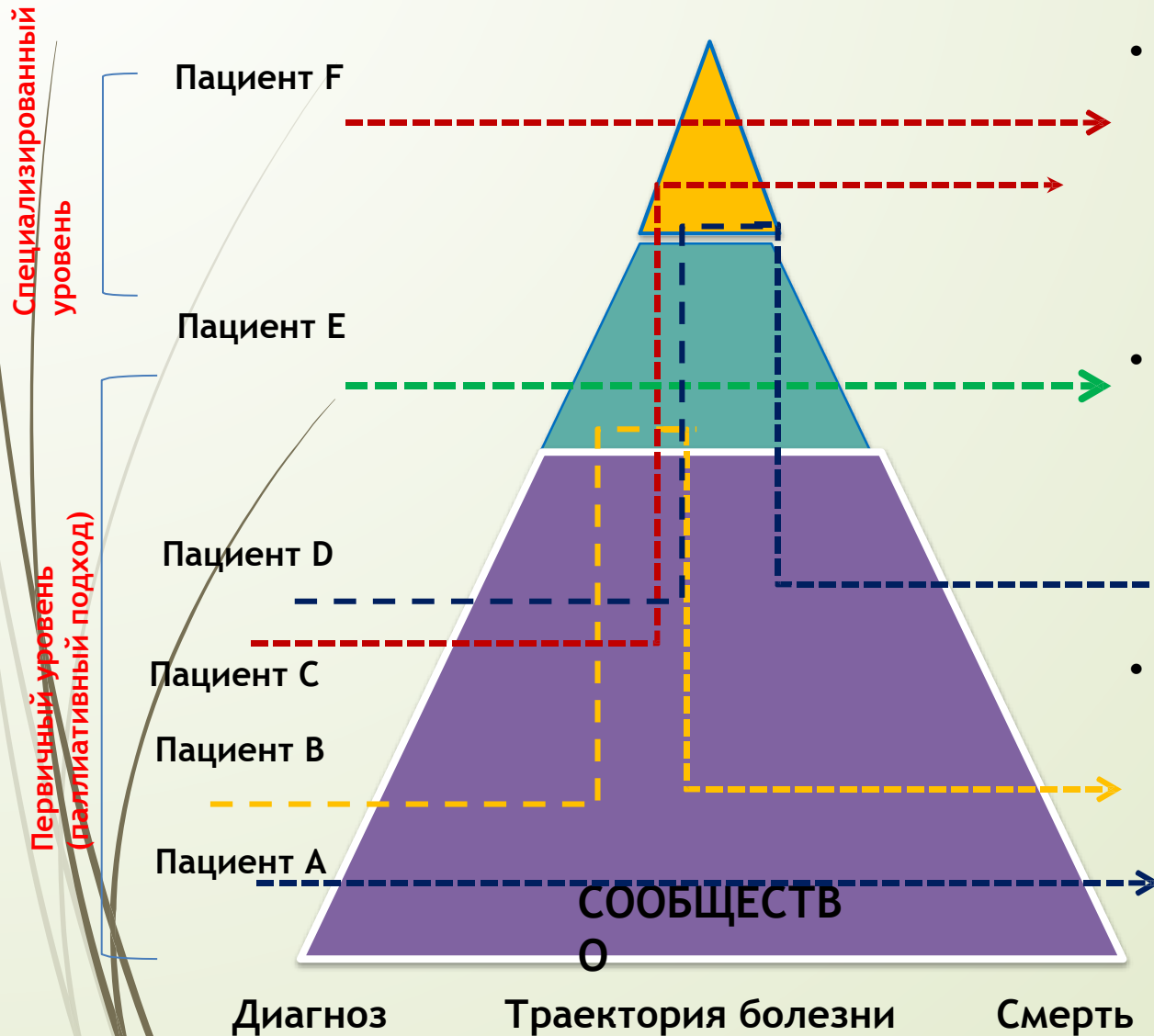
КЛАССИФИКАЦИЯ СЛАБИТЕЛЬНЫХ



- Жидкий парафин
- Слабительное, увеличивающее объём кишечного содержимого: Метилцеллюлоза;
- Полиэтиленгликоль (ПЭГ): Макрогол (Фортранс);
- Докузат натрия (Норголакс);
- Лактулоза (Дюфалак);
- Солевые слабительные: соли магния;
- Микроклизма с цитратом или фосфатом натрия (Микролакс);
- Антрацены: Сенна;
- Полифенолы: Пикосульфат натрия; (Гутталакс, Слабилен, Лаксигал), Бисакодил.



Кто оказывает паллиативную медицинскую помощь?



- Небольшое кол-во пациентов со сложными мед и проблемами, требующие передачи специалистам по ПМП

- Пациенты, которым иногда может понадобиться помощь специалиста по ПМП
консультация или госпитализация

- Большинство пациентов, которым требуется лишь первичная паллиативная помощь:
поликлиника (семейные врачи, фельдшеры, врачи специалисты)

Основные профессиональные качества

Принятие этических решений



Мы должны...

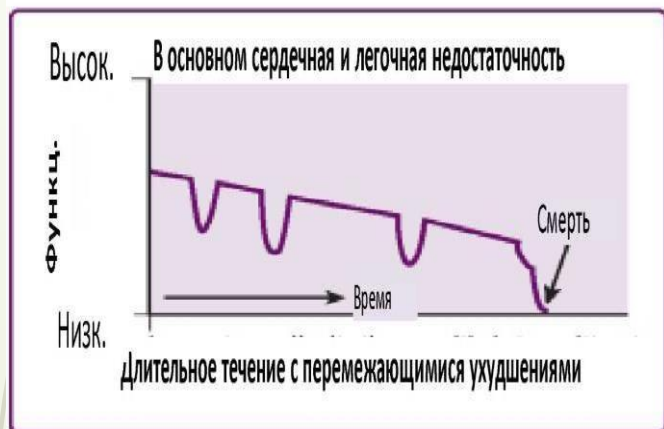
Мы должны сохранить автономность пациента, обеспечить его благополучие и ни в коем случае не нанести ему вреда

Траектории умирания



*** Мюррей С. А. и др. ЖБМА, 2008 г.*

Время – часто несколько лет, но финальный отрезок обычно менее 2 месяцев.



Часто попадает в больницу, вызывает ОЗ, лечиться дома сложно.

Время – 2-5 лет, но смерть обычно наступает внезапно

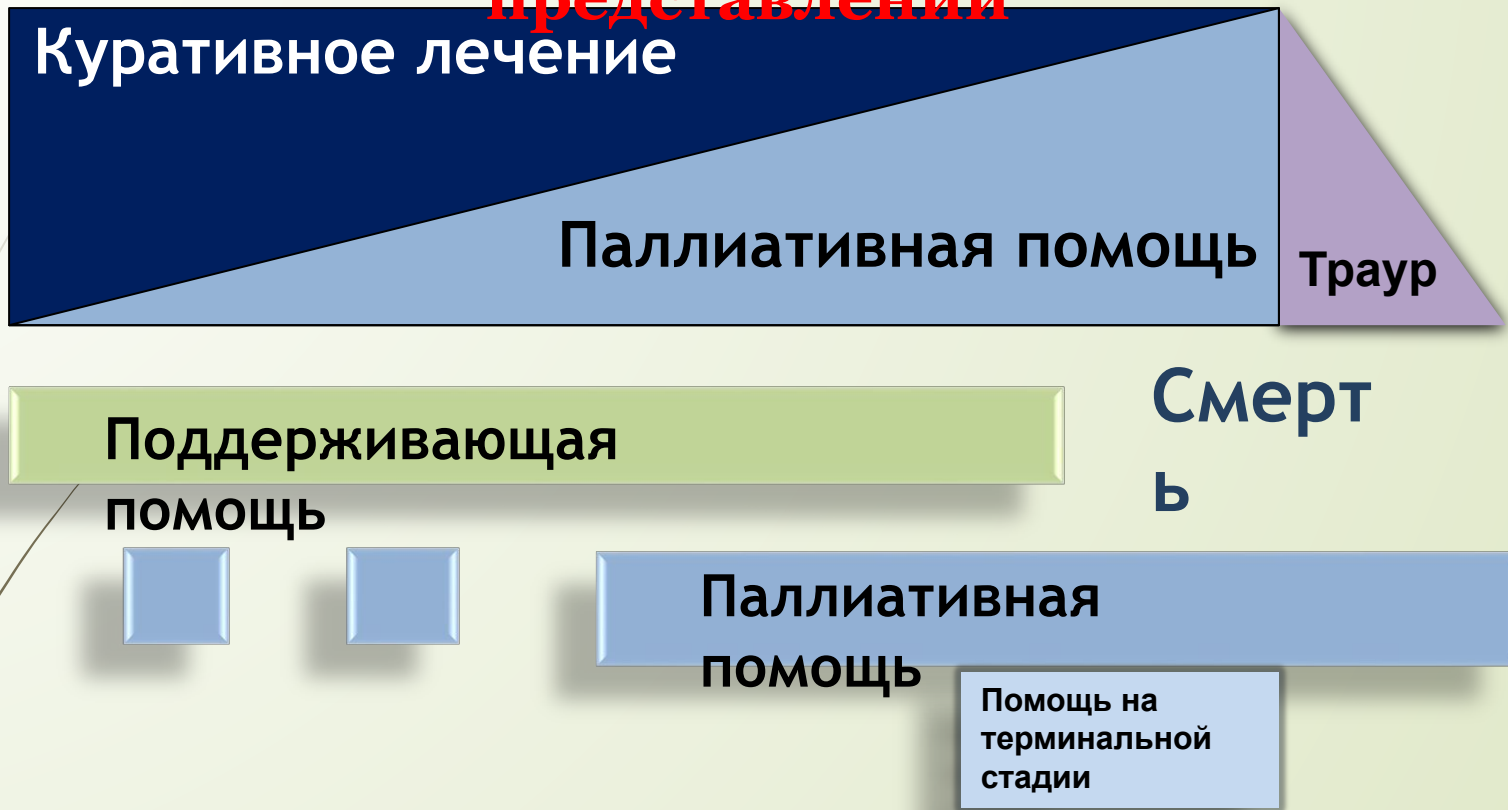


Ограниченная способность к самообслуживанию, речи, передвижению

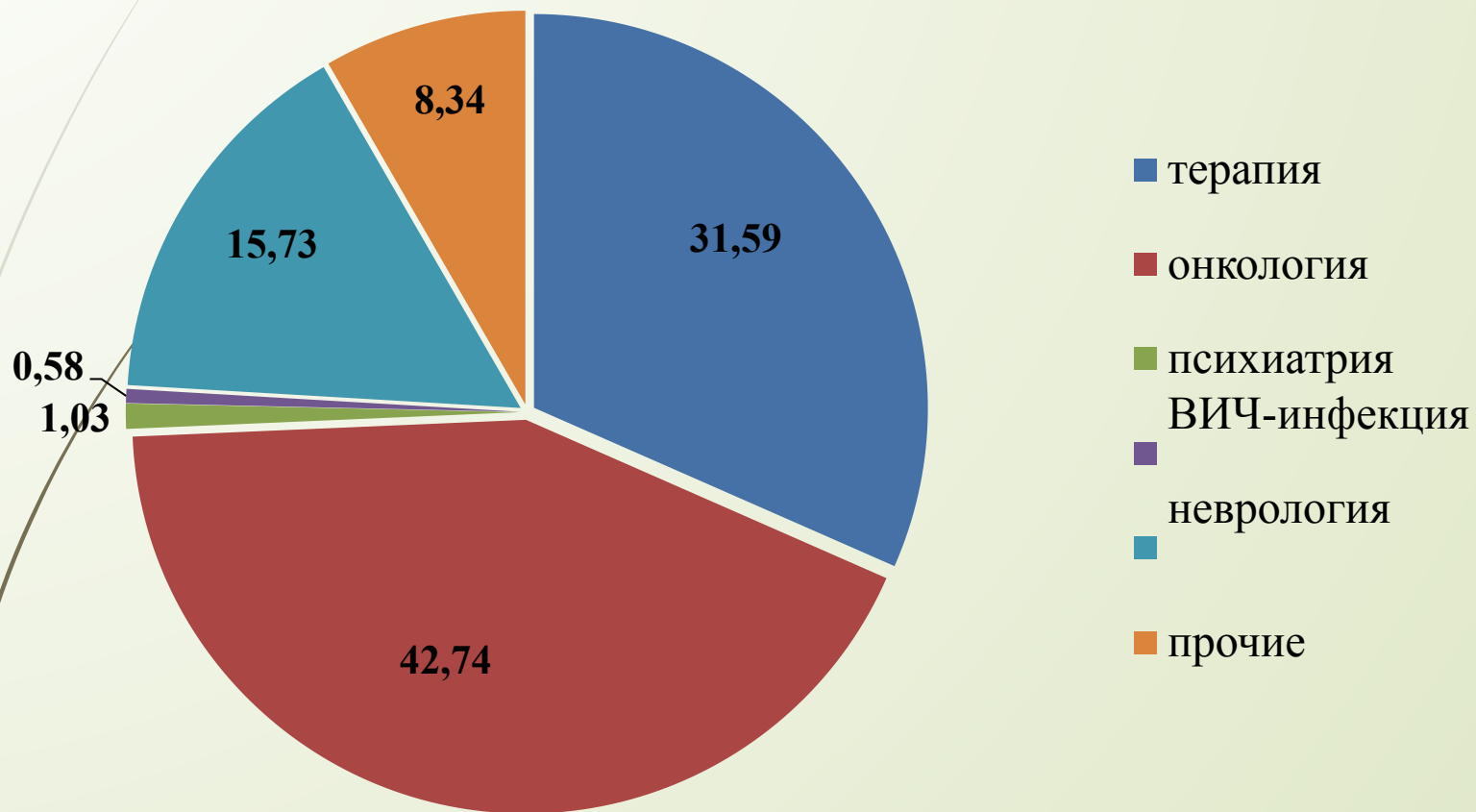
Время – до 6 - 8 лет

*

Паллиативная помощь в современном представлении



ПОЛУЧИВШИЕ ПАЛЛИАТИВНУЮ ПОМОЩЬ В 2017 ГОДУ ПО ГРУППАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ



Чем же может помочь паллиативная помощь на дому?

Улучшить качество жизни пациентам и их родным

Обеспечить своевременную госпитализацию пациента:

- в связи с некупируемой болью или другими симптомами
- при необходимости отдохнуть семье
- Госпитализировать в процессе умирания.

Дать пациентам и его родным возможность выбора:
выбора:

- где находиться, и чем заниматься в процессе течения неизлечимой болезни
- где умереть.



РАСПОРЯЖЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РФ ОТ 01.07.2016 № 1403-Р «ПОВЫШЕНИЕ ДОСТУПНОСТИ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ ДЛЯ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ В МЕДИЦИНСКИХ ЦЕЛЯХ» План мероприятий «Дорожная карта»

1. Расширение номенклатуры наркотических лекарственных препаратов используемых при болевом синдроме, в том числе у детей;

2. Оптимизация расчетов потребности в наркотических и психотропных лекарственных препаратах;

3. Повышение доступности и качества обезболивания, в том числе упрощение процедуры назначения и выписывания наркотических и психотропных лекарственных препаратов;

4. Гармонизация нормативных правовых актов Российской Федерации и субъектов Российской Федерации в сфере оборота наркотических средств и психотропных веществ;

5. Декриминализация деяний медицинских и фармацевтических работников, связанных с нарушениями в процессе осуществления ими профессиональной деятельности правил оборота наркотических средств и психотропных веществ, не несущих в себе общественной опасности. Совершенствование правового регулирования деятельности, связанной с распространением информации о применении наркотических средств и психотропных веществ в медицинских целях;

6. Развитие паллиативной медицинской помощи и обучение медицинских работников по вопросам оказания паллиативной медицинской помощи;



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 1 июля 2016 г. № 1403-р

МОСКВА

1. Утвердить прилагаемый план мероприятий ("дорожную карту") "Повышение доступности наркотических средств и психотропных веществ для использования в медицинских целях" (далее - план).

2. Руководителям федеральных органов исполнительной власти, ответственным за реализацию плана:
обеспечить реализацию плана;
предоставлять ежеквартально, до 5-го числа месяца, следующего за отчетным кварталом, в Минздрав России информацию о ходе реализации плана.

3. Рекомендовать органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации обеспечить реализацию плана.

Председатель Правительства
Российской Федерации



Д.Медведев

3000493

Результаты мониторинга обеспечения больных ЗНО неинвазивными наркотическими анальгетиками по федеральным округам Российской Федерации за 2017 год (расчетный уровень обезболивания, %)



БАРЬЕРЫ К РАЗВИТИЮ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РФ

Низкая транспортная доступности (выше 60 км 2,7 тыс. насел. пунктов)

Недостаточность финансирования службы (не регламентированная стоимость амбулаторной помощи)

Ограниченная доступность опиоидных анальгетиков

Отсутствие профессионалов паллиативной мед помощи (профстандарт, обученные специалисты во всех населенных пунктах, организациях соц защиты, работа по совместительству)

Ограниченная доступность мер социальной поддержки

Отсутствие налаженного межведомственного