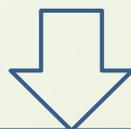




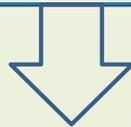
## **ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ В ГЕРИАТРИИ**

# 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.

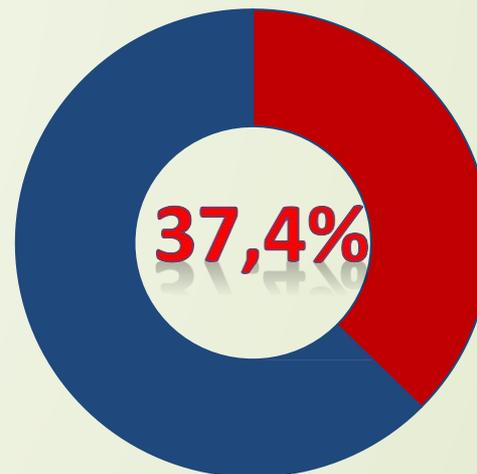
- законопроектом устанавливается «право пациента на облегчение боли, связанной с заболеванием, состоянием и (или) медицинским вмешательством, методами и лекарственными препаратами, в т. ч. наркотическими лекарственными препаратами и психотропными лекарственными препаратами».
- Законопроектом предусматривается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



# Потребность в паллиативной помощи



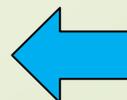
37,4% всех умирающих нуждаются в паллиативной помощи



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



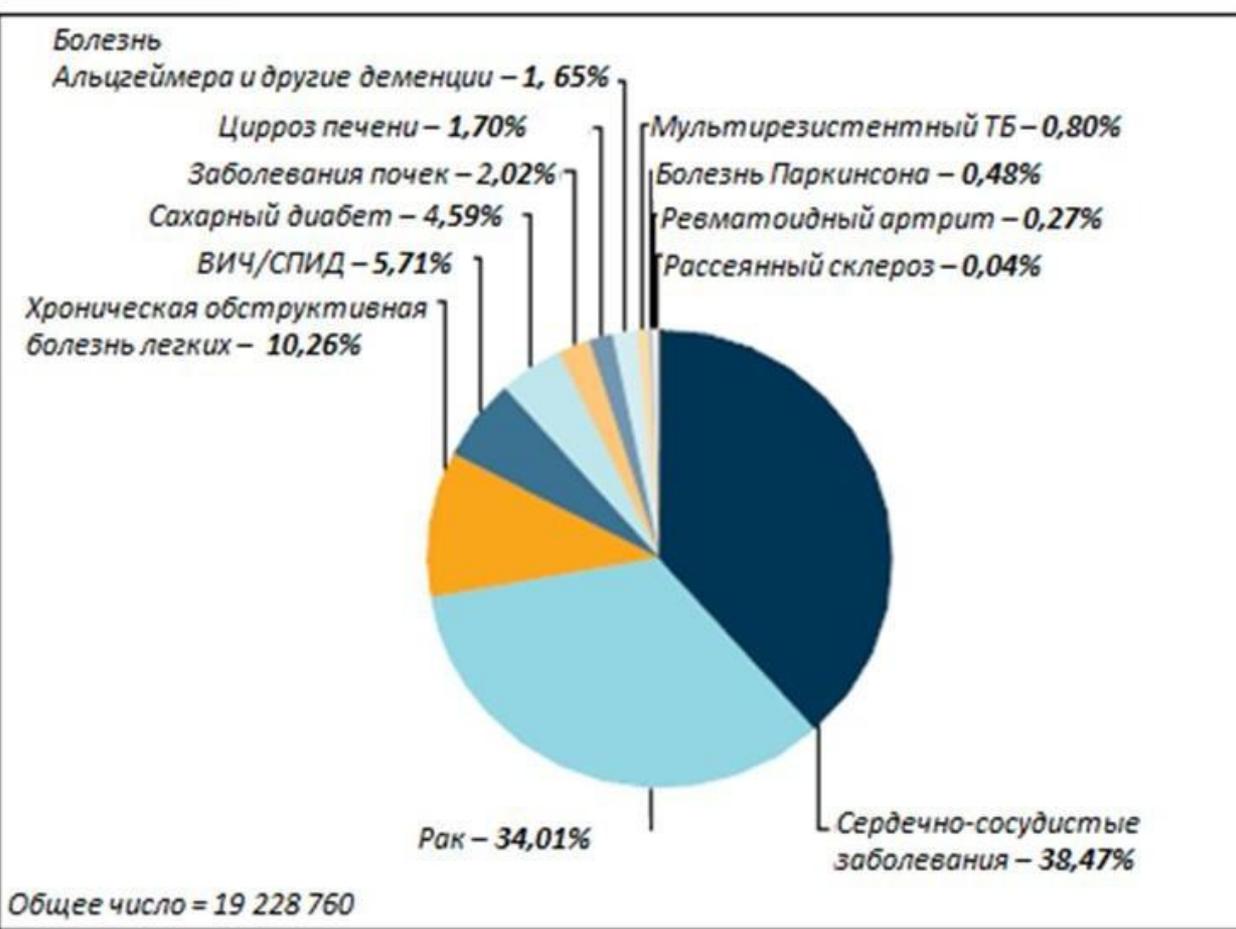
Свыше  
**800 тыс.** человек в РФ  
нуждаются в  
паллиативной помощи  
Боль — самая распространенная  
причина страданий  
неизлечимых пациентов

*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) <sup>a</sup>
- Почечная недостаточность (N180, N188, N189; N102, N112, N132, N120, N131, N132)
- Печеночная недостаточность (K704, K711, K721, 729) <sup>b</sup>
- Хроническое обструктивное заболевание легких (J40, J410, J411, J418, J42, J430, J431, J432, J438, J439, J440, J441, J448, J449)
- Заболевание 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

*Сивериков*

В.И. Скворцова



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
(Минздрав России)

**ПРИКАЗ**

*14 апреля 2015 г.*

Москва

**Об утверждении**

**Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям**

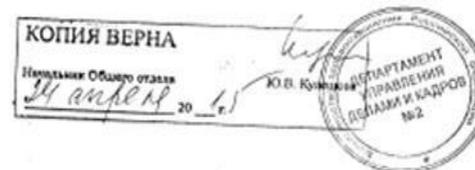
В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, № 48, ст. 6724; 2012, № 26, ст. 3442, 3446; 2013, № 27, ст. 3459, 3477; № 30, ст. 4038; № 39, ст. 4883; № 48, 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

*Сивериков*

В.И. Скворцова



№ 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 ~~доявления~~ ~~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»).

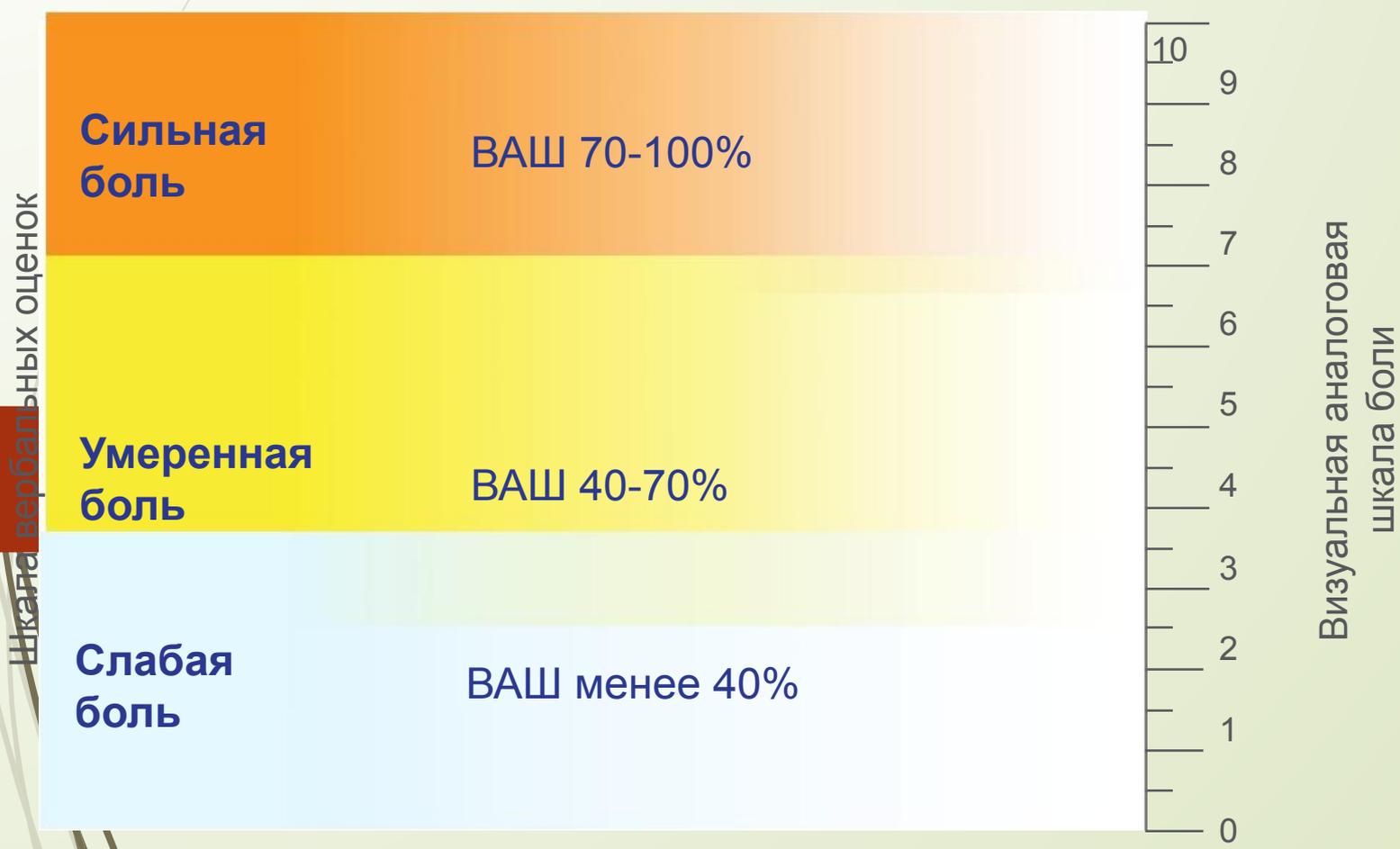
# СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНАЯ БОЛЬ

- 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.

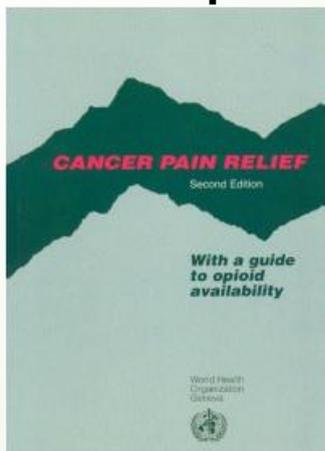
# НАИЛУЧШАЯ ОЦЕНКА ИНТЕНСИВНОСТИ БОЛИ УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ПРИ ОПРОСЕ БОЛЬНОГО С ПОМОЩЬЮ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОЦЕНОЧНЫХ ШКАЛ



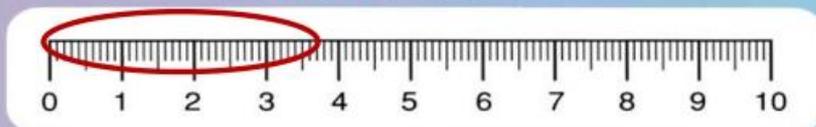
# ТРЕХСТУПЕНЧАТАЯ ЛЕСТНИЦА ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВОЗ ПРИ ЗНО

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

### 3.1.1.1 Ступень 1. Неопиоидные анальгетики +/- вспомогательная терапия



## 1-я СТУПЕНЬ – СЛАБАЯ БОЛЬ



Визуальная аналоговая шкала боли

- Рекомендуется на 1-ой ступени 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 в скобках): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

ИД: КР188  
ISBN:  
Профессиональные ассоциации:  
• Ассоциация профессиональных участников системы помощи  
• 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
<b>Ибупрофен</b>	<b>Ибупрофен</b> 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	
<b>Напроксен</b>	<b>Налгезин</b> 250–500	1250	8–12	Неселективный	
Лорноксикам	Ксефокам 4, 8	16	8–12	Неселективный	
<b>Целекоксиб</b>	<b>Целебрекс</b> 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

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



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:

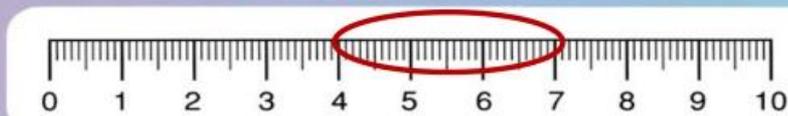
Профессиональные ассоциации:

- 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  $\mu$ -рецепторов  
Таблетки защечные  
20 мг в 1 таб



Единственный в России опиоидный анальгетик быстрого действия в неинвазивной форме

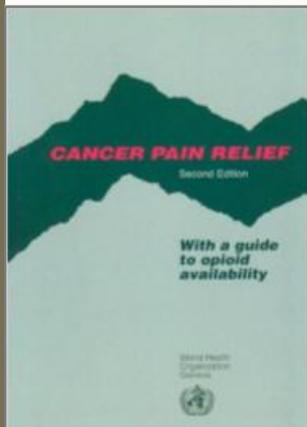
## ДОСТОИНСТВА:

- 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

Абузарова Г.Р.  
АСТРАХАНЬ.

21.06.2018

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

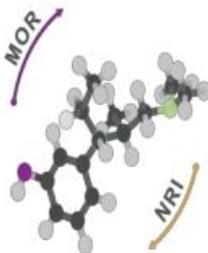
# ТАПЕНТАДОЛ

## MOR

Агонист  $\mu$ -опиоидных рецепторов

Избирательно связывается с  $\mu$ -опиоидными рецепторами

Ослабляет болевую афферентацию



## NRI

Ингибитор обратного захвата норадреналина

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

Усиливает антиноцицептивную афферентацию



Палексия  
таблетки 50, 75 и 100 мг



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

# МОРФИН

агонист  $\mu$  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  $\mu$  р-ров

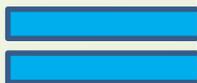
Морфина сульфат:

- 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  $\mu$ -рецепторов  
ТТС фентанила  
12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч  
50 мкг/ч, 75 мкг/ч  
100 мкг/ч



ФЕДЕРАЛЬНОЕ НАУЧНО-ЦЕНТРАЛЬНОЕ ЭНДОКРИНОЛОГИЧЕСКОЕ 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

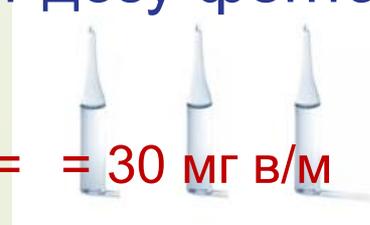
# ТТС ФЕНТАНИЛА ЭТО МОЩНЫЙ ОПИОИДНЫЙ АНАЛЬГЕТИК



## 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

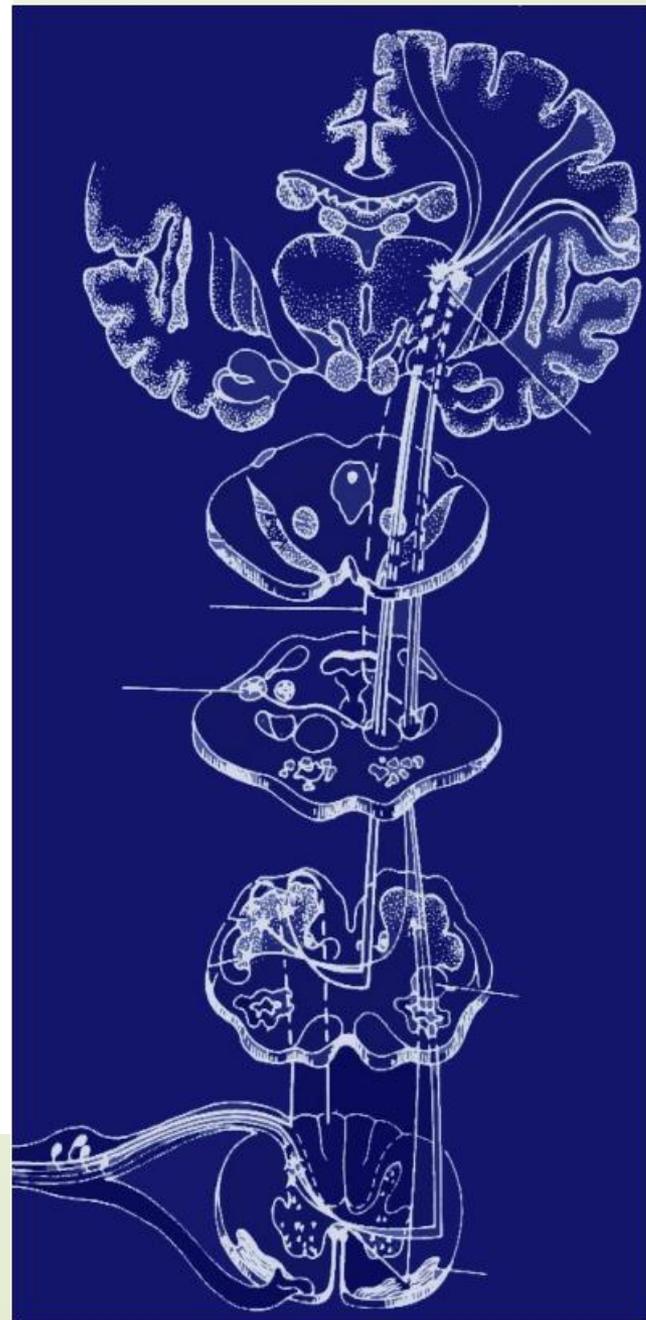
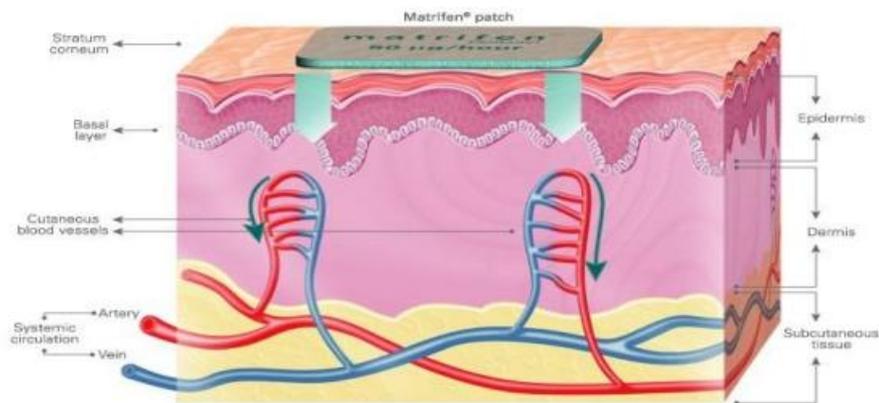
# Биодоступность фентанила из

## 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

Лекарственные препараты

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

Желудочно-кишечные-  
причины

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

§ химиотерапия/ лучевая терапия

Центральные причины

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-HT<sub>3</sub>-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-HT<sub>3</sub> рецепторов с дексаметазоном. Дополнительно можно подключать лоразепам, ИПП и антагонисты H<sub>2</sub>-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-HT<sub>3</sub>
- Железо
- Противосудорожные...

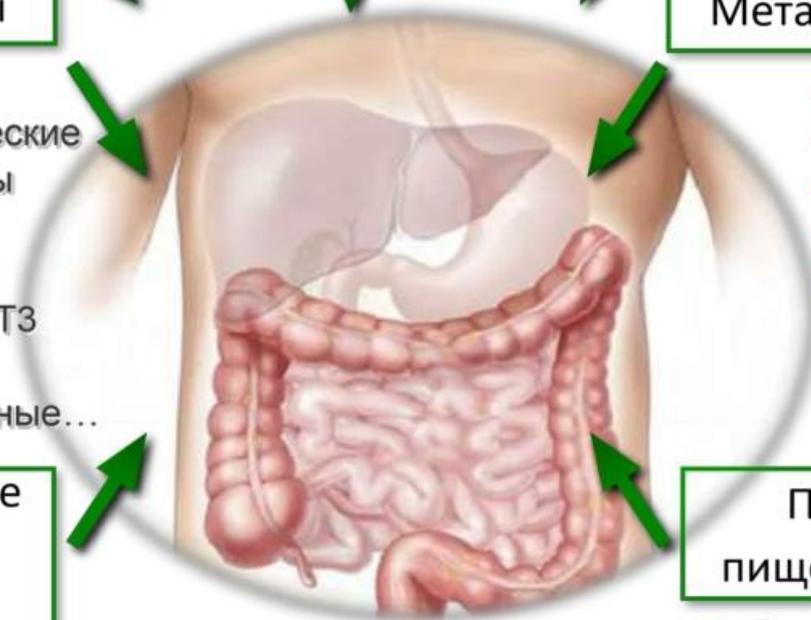
Метаболические причины

- Уремия
- Диабет
- Гипотериоз
- Гиперкальциемия
- Гипокалиемия

- Плохое пероральное усвоение
- Обезвоживание

Причины со стороны пищеварительной системы

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

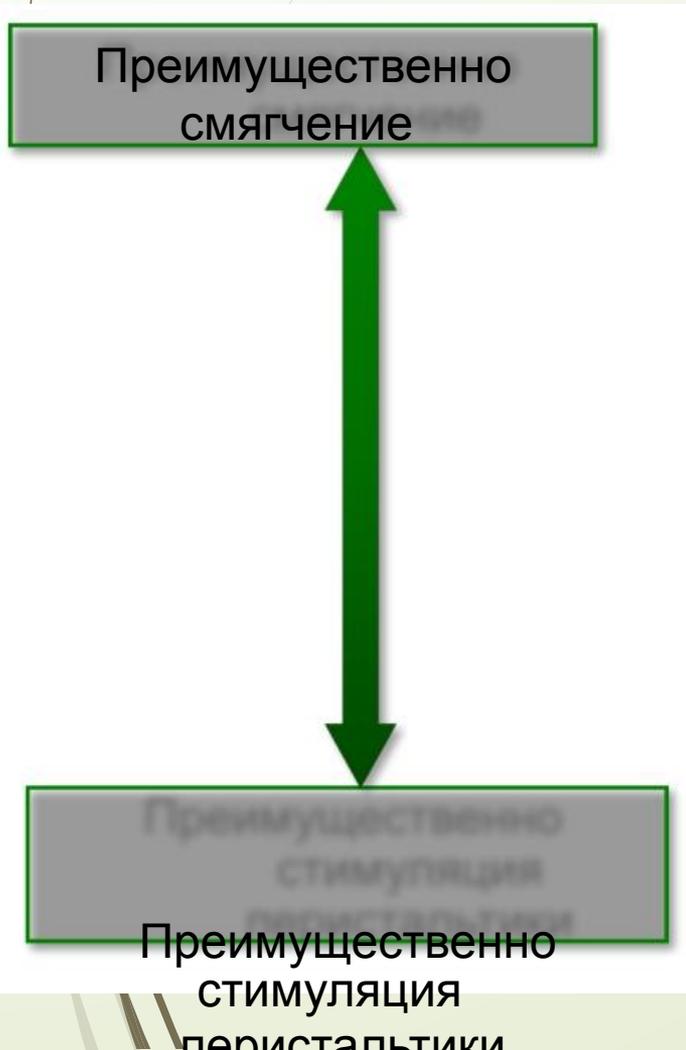


# ЛЕЧЕНИЕ

- 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.**



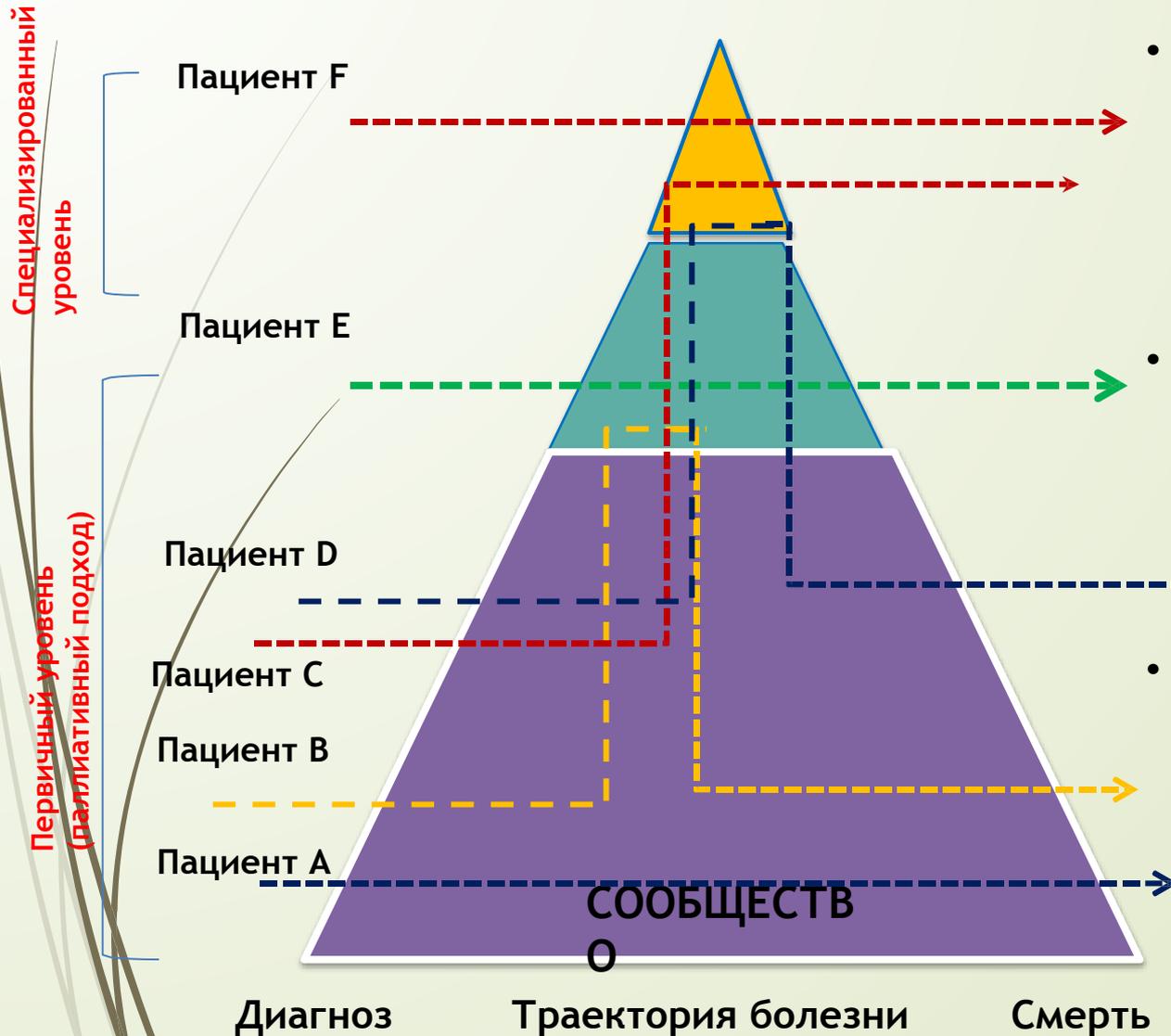
# КЛАССИФИКАЦИЯ СЛАБИТЕЛЬНЫХ



- 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...

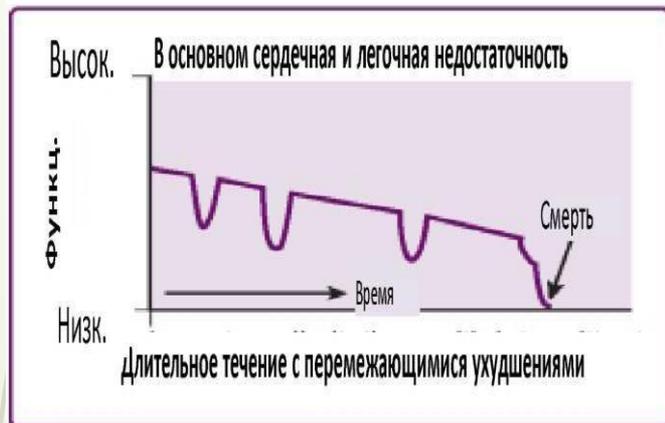
*Мы должны сохранить автономность пациента, обеспечить его благополучие и ни в коем случае не нанести ему вреда*

# 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

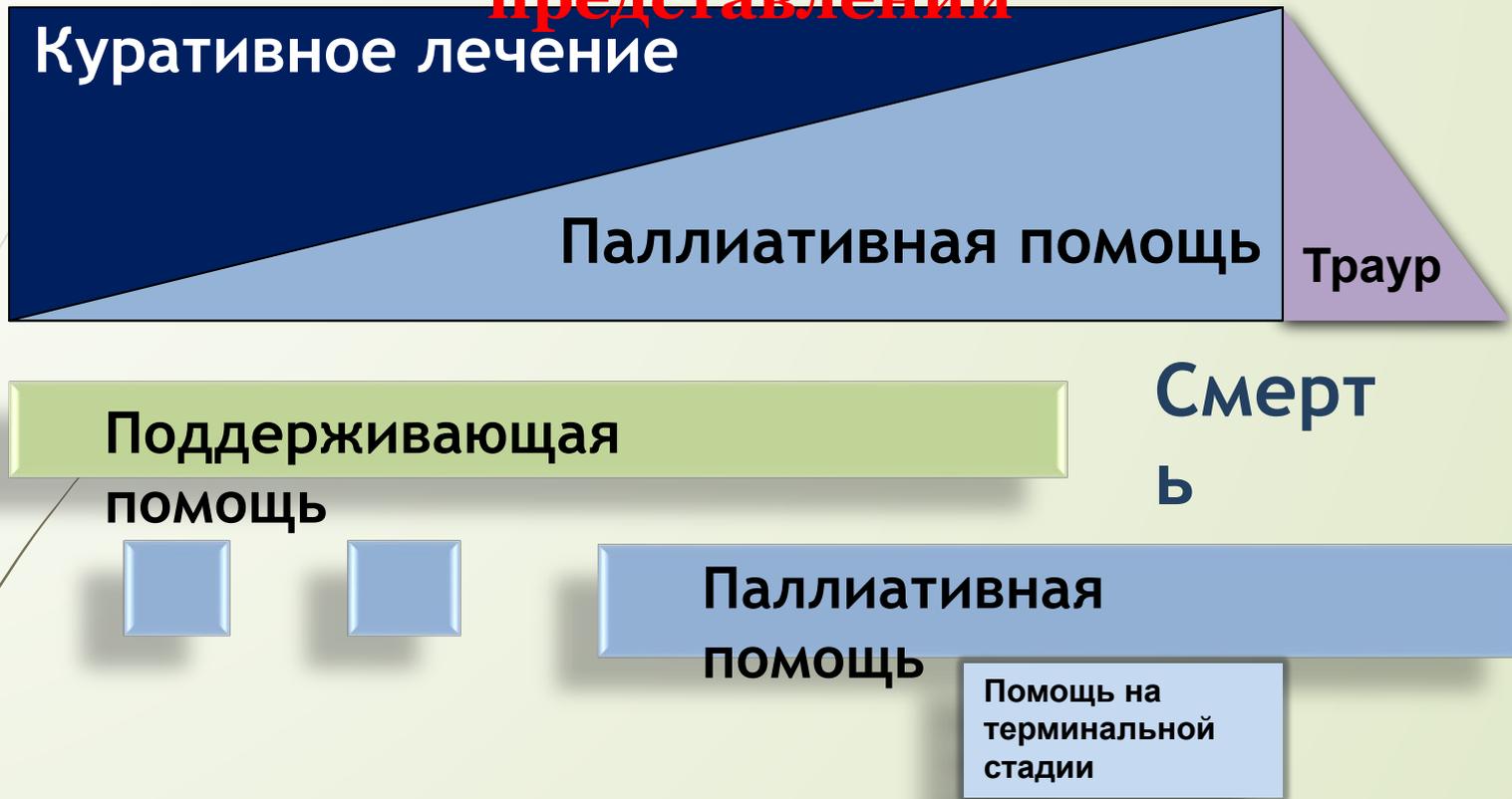


Ограниченная способность к самообслуживанию, речи, передвижению

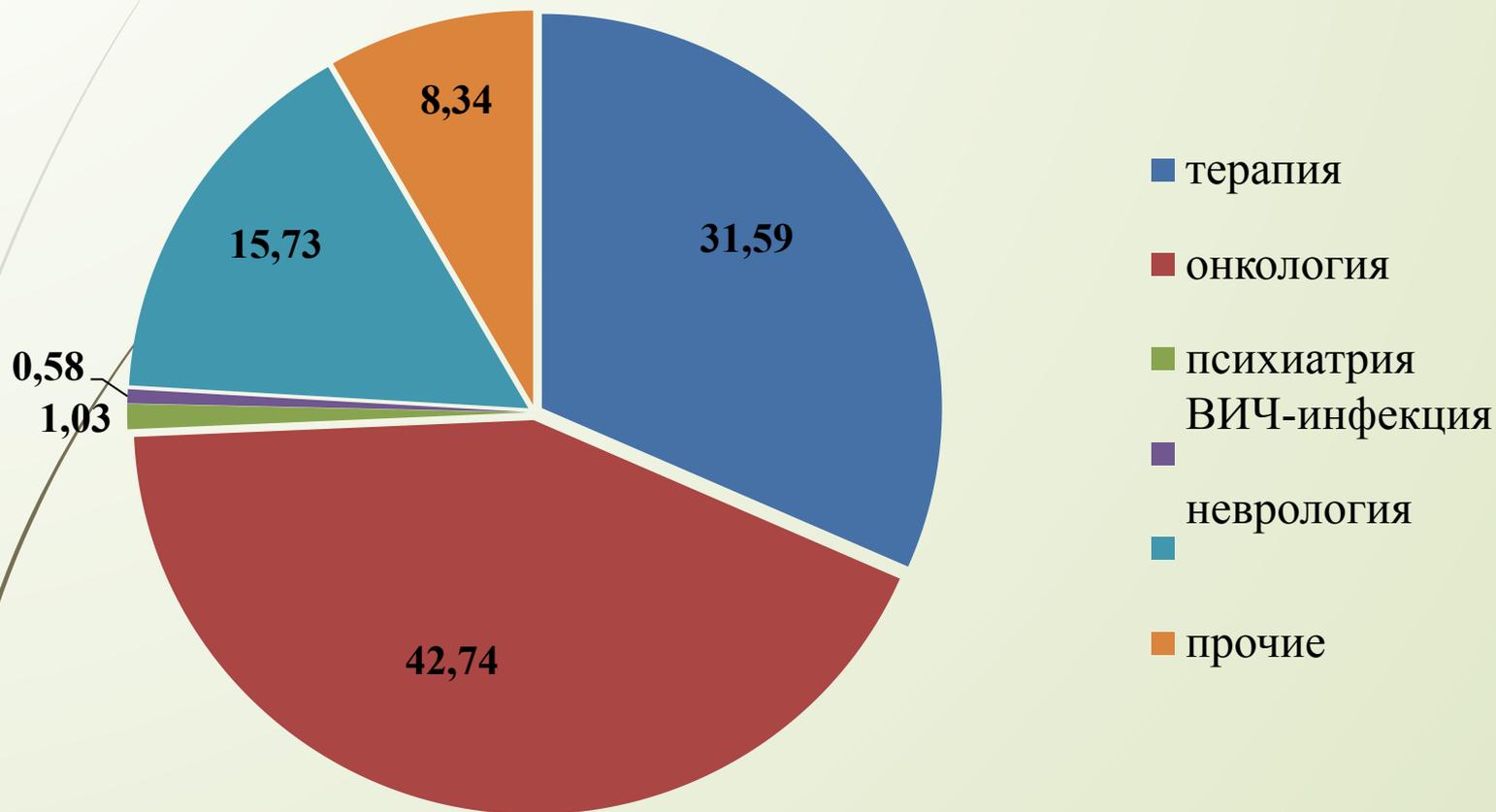
Время – до 6 - 8 лет

\*

# 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 обезбоживания, %)



## **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**