

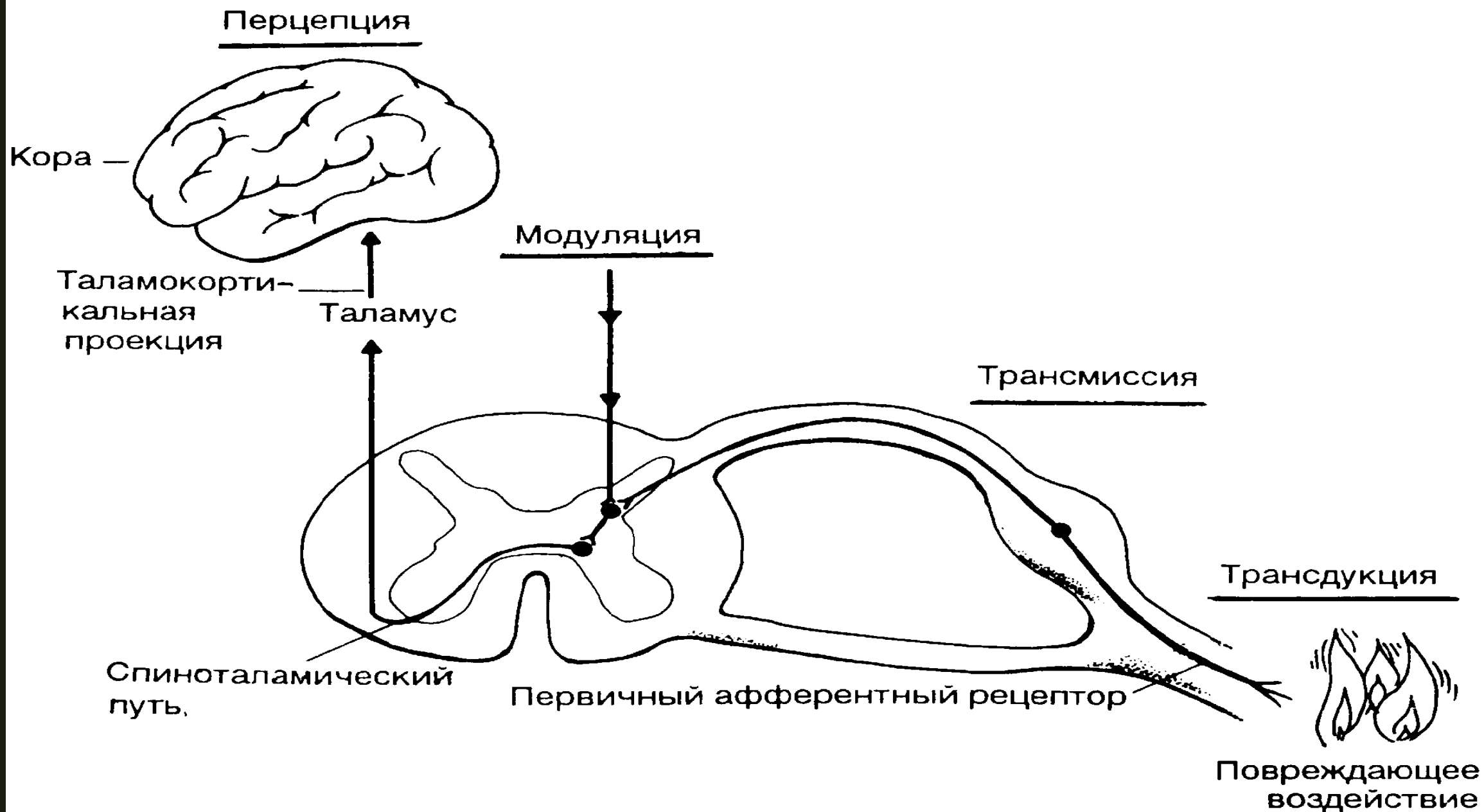
ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ. НАШ ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ

Врач анестезиолог-реаниматолог ГАУЗ СО СООД
Донсков Константин Викторович

Нормативно-правовая база

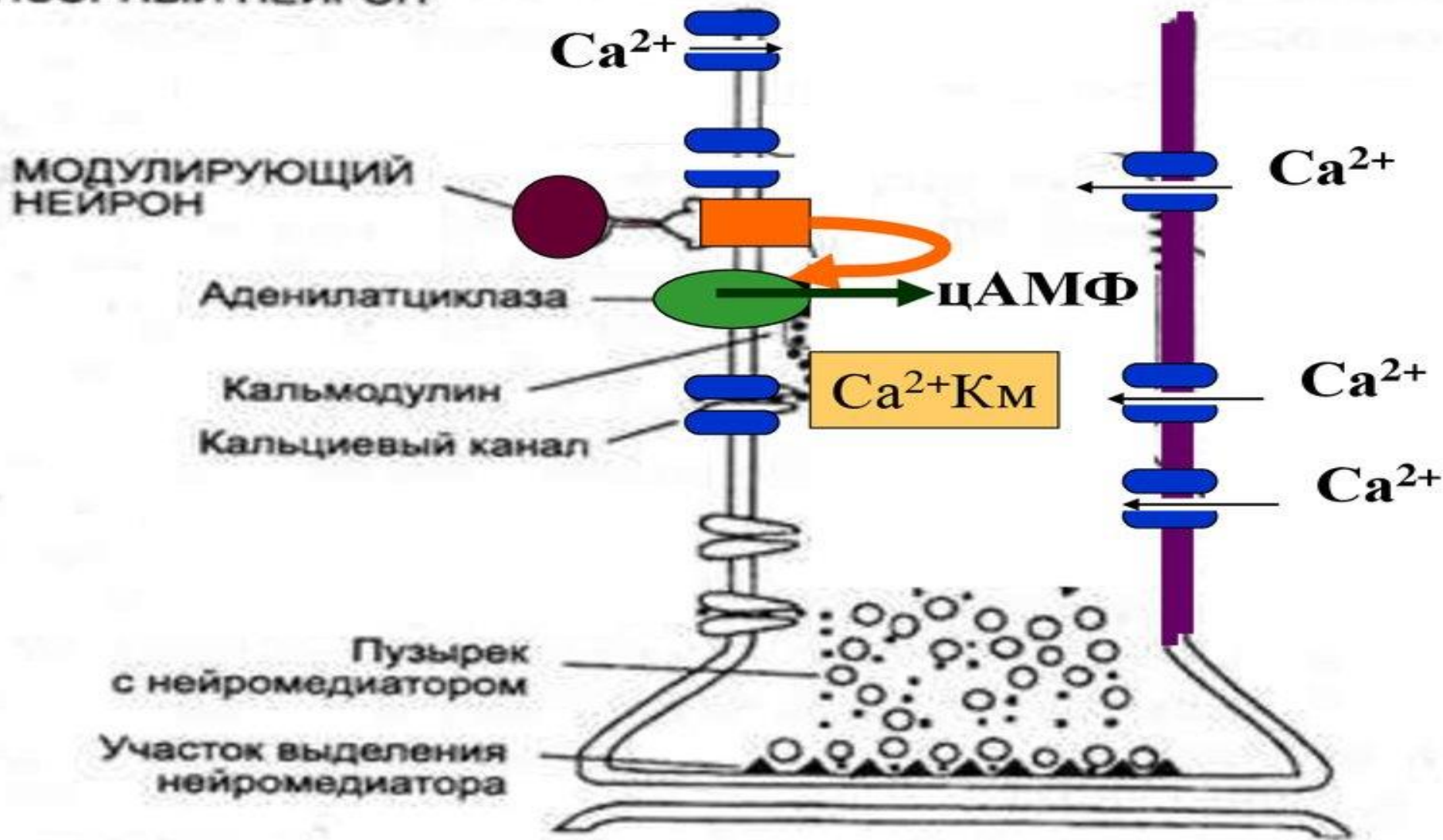
- Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (клинические рекомендации 2023 г.)
- Практические рекомендации по лечению хронического болевого синдрома у онкологических RUSSCO
- «Фармакотерапия хронического болевого синдрома у взрослых пациентов при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях»(письмо Минздрава РФ от 26 февраля 2015 г. №17-7/10/1-797))
- Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- Распоряжение Правительства РФ от 16 мая 2022 г. №1180-р «О перечне заболеваний или состояний (групп заболеваний или состояний), при которых допускается применение лекарственного препарата в соответствии с показателями (характеристиками) лекарственного препарата, не указанными в инструкции по его применению».

- **Хроническая боль** – боль, которая формируется при длительном болевом воздействии – сверх нормального периода заживления (3 мес.). В формировании хронической боли доминируют церебральные системы с вовлечением интегративных неспецифических (моноаминергических) систем ЦНС.



ПРЕСИНАПТИЧЕСКИЙ
СЕНСОРНЫЙ НЕЙРОН

МЕХАНИЗМЫ СЕНСИТИЗАЦИИ



ПОСТСИНАПТИЧЕСКИЙ
МОТОНЕЙРОН

- **Ноцицептивная висцеральная боль** возникает при повреждении симпатически иннервируемых органов (при поражении поджелудочной железы, стенок желудка и кишечника, растяжении капсулы печени и пр.). Эта боль плохо локализована, имеет разлитой характер (тупая с приступами обострения, сжимающая, схваткообразная, тянущая, изнуряющая и пр.)
- **Нейропатическая боль** является результатом повреждения нервной системы на периферическом или центральном уровне, или патологического процесса в соматосенсорной системе. Зачастую она сопровождается тяжелыми ноцицептивными болевыми синдромами, но иногда встречается, как самостоятельный вид боли, например, после хирургического лечения, или при проведении химиотерапии, а также в результате сдавления нерва опухолью

Прорывная боль

- – эпизод сильной боли, возникающий на фоне персистирующей боли, адекватно контролируемой регулярной (стабильной) опиоидной терапией

Прорывная боль

- **Спровоцированная (инцидентная) боль** – боль, вызванная медицинской манипуляцией или произвольным действием пациента (ходьбой, глотанием и пр.) – предсказуемая боль; либо непроизвольным действием (кашлем, тенезмами и пр.) – непредсказуемая боль.
- **Спонтанная боль** – разновидность прорывной боли, возникающей без очевидных причин (идентифицируемого триггера). Как правило имеет более постепенное начало и большую продолжительность по сравнению со спровоцированной прорывной болью.

Таблица 2. Структура изучения анамнеза боли

Локализация болевых ощущений	Оценка первичной локализации боли и ее иррадиации
История возникновения боли	Когда и при каких обстоятельствах впервые появились болевые ощущения, что предшествовало их появлению
Характер боли	Острая, тупая, коликообразная, жгучая, стреляющая и т. п.
Интенсивность боли	Оценивается отдельно в покое и при движении. Длительность боли. Имеет постоянный характер или приступообразный. Какие факторы усиливают интенсивность боли
Сопутствующая симптоматика	Например, тошнота, потливость
Влияние боли на качество жизни	Например, ограничение физической активности, нарушения сна и т. д.
Какие методы лечения боли используются сейчас и какие применялись в прошлом	Дозы анальгетиков, частота их назначения, эффективность, наличие побочных эффектов

Стратификация выраженности болевого синдрома

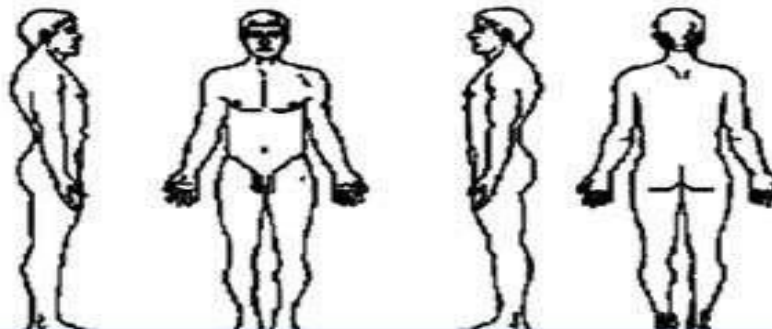
1 Образец визуально-аналоговой шкалы



2 Образец визуально-аналоговой шкалы для использования в педиатрической практике



3 Образец схематического изображения мужского тела для графического обозначения зон болевого синдрома



Нейропатическая боль

DN4 новый опросник для диагностики нейропатической боли

Пожалуйста, заполните этот опросник, отметив галочкой один ответ для каждого пункта в приведенных ниже вопросах.

Собеседование с пациентом

Часть 1: Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?

- | | да | нет |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Ощущение жжения | ☐ | ☐ |
| 2. Болезненное ощущение холода | ☐ | ☐ |
| 3. Ощущение как от ударов током | ☐ | ☐ |

Часть 2: Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?

- | | да | нет |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 4. Пощипыванием, ощущением ползания мурашек | ☐ | ☐ |
| 5. Покалыванием | ☐ | ☐ |
| 6. Онемением | ☐ | ☐ |
| 7. Зудом | ☐ | ☐ |

Осмотр пациента

Часть 3: Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптома

- | | да | нет |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 8. Пониженная чувствительность к прикосновению | ☐ | ☐ |
| 9. Пониженная чувствительность к покалыванию | ☐ | ☐ |

Часть 4: Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации:

- | | да | нет |
|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 10. Проведя в этой области кисточкой | ☐ | ☐ |

При ответе "Да" на 4 и более вопросов, диагноз "нейропатическая боль" вероятен в 86 % случаев.

СЛАБЫЙ

**непостоянная боль, с оценкой по ВАШ
3 – 4 балла; ночной сон свыше
4 часов непрерывно**

УМЕРЕННЫЙ

**постоянная боль, с оценкой по ВАШ
3 – 4 балла, с периодами усиления до 4-6 баллов;
ночной сон менее
4 часов непрерывно**

СИЛЬНЫЙ

**постоянная боль, с оценкой по ВАШ
5 - 8 баллов; с периодами усиления до
7-9 баллов; ночной сон менее
1,5 – 2 часов непрерывно**

3-я ступень – сильная боль, ВАШ 75-100 мм / НОШ 7-10 баллов

Сильные опиоиды ± парацетамол или НПВП
± адъювантная терапия

2-я ступень – боль от умеренной до сильной, ВАШ 45-74 мм / НОШ 4-6 баллов

Слабые опиоиды ± парацетамол или НПВП
Сильные опиоиды в низких дозах ± парацетамол или НПВП
± адъювантная терапия

1-я ступень – слабая боль, ВАШ 5-44 мм / НОШ 1-3 балла

Парацетамол или НПВП ± адъювантная терапия

Основная задача

- Сохранение социальной, физической активности при достаточном уровне обезболивания

Наша статистика по ХБС

- В течение 2025 года опрошено 80 пациентов
- Удовлетворенность существующей схемой обезболивания 45 пациентов **56.25%** **ИЗ НИХ** Чрезмерное обезболивание (переход на 3 ступень сразу же) 23 пациента **28.75%**
- Недостаточное обезболивание 35 пациентов **43.75%**
- Не диагностирована нейропатия 28 случаев **35%**

А почему такая статистика?

- Нежелание/непонимание/незнание базовых понятий по лечению хронического болевого синдрома
- Доступность амбулаторной помощи
- Отсутствие достаточного времени на консультацию пациента
- Отсутствие возможности консультативной помощи

В выдаче ЭЛН не нуждается прочее;

Рекомендовано направить на МСЭ по месту жительства нет;

Общий осмотр:

ЕСОГ 2; Состояние средней тяжести; Кожный покров физиологической окраски; П/к жировая клетчатка развита удовлетворительно; Отеки нет; Периферические л/узлы не увеличены; Костно-мышечная система без видимой патологии; Живот не вздут; мягкий; безболезненный; Язык влажный; Симптомы раздражения брюшины отрицательные; Печень не увеличена; Селезенка не увеличена; Почки область почек не изменена; Симптом Пастернацкого справа отрицательный; Симптом Пастернацкого слева отрицательный; Стул ежедневно; Диурез достаточный;

Специальный осмотр: Ректальный осмотр без патологии;

Нуждается в оказании паллиативной помощи:

нет;

Диагноз: С25.0; З.Н. головки поджелудочной железы; сТ3сN0сM0 Стадия IIA;

Рецидив/Метастаз/Генерализация нет; Осложнение заболевания 11.03.2026 дренирование желчного пузыря (холецистостомия); Сопутствующая патология ИБС стенокардия 2 ФК НК 2А. Гипертоническая болезнь 3 ст АГ 3 ст риск 4;

Характер заболевания Впервые в жизни установленное хроническое;

Клиническая группа 2;

Дефекты обследования:

Не проведенное исследование ;

Контрольный лист (при подозрении):

Подозрение на ЗНО нет;

Контрольный лист:

*: Повод обращения Диагностика (при отсутствии специфического лечения);

План обследования: Компьютерная томография органов грудной клетки, брюшной полости с контрастированием с целью оценки распространенности процесса. При себе иметь старые снимки (диски) КТ (при наличии), пленку, сменную обувь, 1 литр негазированной воды 01.06.2026г, далее явка в 233каб

С целью морфовеификации процесса записан на госпитализацию во 2 о/о на 08.06.2026г для трепан-биопсии опухоли поджелудочной железы;

План лечения: Будет определен после дообследования пациента в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи;

Рекомендации: 1. Наблюдение у районного онколога.

2. Смеси для энтерального питания (напр.- нутридринк-компакт-протеин; нутрикомп, нутризон, фрезубин и т.п.) в качестве дополнения к рациону.

3. Коррекция сопутствующей патологии под наблюдением терапевта амбулаторно.

Адекватное обезболивание по месту жительства, вплоть до наркотических анальгетиков

При болях препараты группы НПВС (кетопрофен, диклофенак, ибупрофен, найз, нимесил, нимулид) с параллельным приемом препарата Омепразол 20 мг 1-2 раза в день. При неэффективности - выписка у районного онколога/терапевта на сильнодействующие обезболивающие препараты.;

Куда направлен:

Направлен на госпитализацию (ОД);

врач-онколог: _____

Прорывы болевого синдрома

- Морфин 1% от 10 мг до 40 мг.
- Тафалгин 4 мг. per os + тафалгин 4 мг. per os (по потребности через 30 минут)

Прорыв болевого синдрома

- 50 человек с прорывом болевого синдрома
- 12 человек тафалгин 4 мг. 24 %
- 28 человек тафалгин 4+4 мг. 56 %
- 10 человек потребовалось дополнительное введение морфина 20 %

Прорыв болевого синдрома

- З.н. поджелудочной железы
- Жалобы: периодически возникающие боли в эпигастральной области, спастического характера , проходящие после приема кетопрофена (3-4 раза в сутки). ВАШ 4-5 баллов
- Назначен трамадол 50 мг.4 раза в день ВАШ 3-4 балла
- Увеличен трамадол 100 мг. 4 раза в день ВАШ 2-3 балла.
- На фоне курса ХТ отмечает появление прорывов болевого синдрома до ВАШ 6-7.
- Назначен тафалгин 4 мг. Снижение ВАШ до 2-3 баллов

- З.Н. среднеампулярного отдела прямой кишки (аденокарцинома G2), множественные метастазы в паренхиму обоих легких, в обе доли печени, л/узлы таза. 01.25-03.25 - 3 курса XELOX+/-бевацизумаб. 03.25 - стабилизация процесса. С 20.03.2025 - 6 курс FOLFOX/бевацизумаб.
- Ранее трамадол 100 мг. 4 раза в день. ВАШ 6-7
- Назначен ТТС фентанил 25 мкг/час + тафалгин 4 мг. В первые сутки планово 2 раза в день. ВАШ 4-5 баллов
- Увеличена доза ТТС фентанила до 50 мкг/час ВАШ 2-3 балла

- Пациентка У . 72 лет
- Диагноз: з.н. верхнеампулярного отдела прямой кишки, МТС в S 8/4 печени
- Болевой синдром слабой интенсивности (ВАШ 3-4 балла), без нейропатического компонента
- Базовая схема обезболивания ТТС фентанил 100 мкг/час+ палексия 50 мг. 3-4 раза в сутки(при «прорывах болевого синдрома»)

- Отмена палексии
- Тафалгин 4 мг. 2 раза в день

- Отмечает значительные улучшение («прорывы боли» пропали)

- Ds: З.Н. тела поджелудочной железы

Исходно:

- Бесконтрольный прием трамадола (до 4 таблеток за раз)
- При поступлении: трамадол 100 мг. 4 раза в день+ прегабалин 75 мг. 2 раза в день. **Неэффективно.**
- Увеличение дозы прегабалина 150 мг. 2 раза в день. **Неэффективно.**
- Пациент отмечает наличие прорывов боли до ВАШ 6-7.

- Смена трамадола на ТТС фентанил 25 мкг/час+ прегабалин 75 мг.+морфин 10 мг. в/м на прорыв боли.
- Отмечается возникновение болевых ощущений в нетипичных местах, странных иррадиаций, несоответствие озвученной клиники и действительной клиники(пациент во время прорывов боли ходит курить, спокойно смотрит телевизор, при этом при общении заявляет о выраженном болевом синдроме ВАШ 8-9)
- Назначен тафалгин 4 мг. п/к. Отменен морфин. Прошли «прорывы боли», нейропатия.
- ТТС фентанил 25 мкг/час+ тафалгин 4 мг. 2 раза в день.

Тафалгин в поликлинике

- Пациентка 45 лет. Диагноз: З.Н. молочной железы с МТС в пояснично-крестцовый отдел
- ВАШ 7-8 баллов (боль интенсивная, с иррадиацией в нижние конечности), пациентка находится в вынужденном положении на боку
- Базовое обезболивание: ТТС фентанил 25 мкг/час+ прегабалин 75 мг. 2 раза в день
- Задача: проведение МРТ поясничного отдела

- Тафалгин 4 мг. п/к через 15 минут снижение интенсивности болевого синдрома до ВАШ 3-4 балла.
- Непосредственно перед исследованием тафалгин 4 мг. п/к
- Выполнено исследование, пациентка отправлена домой с ВАШ 2-3 балла

В качестве выводов

- Необходима консультативная помощь врачам амбулаторной службы, стационарной службы
- Необходимы образовательные аттестационные программы
- Школы пациентов, просветительская работа
- Открытие на базе онкологических диспансеров кабинетов противоболевой терапии

Спасибо за внимание!!!!!!