



Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «3» мая 2019 года
Протокол №65

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ БОЛЬНЫМ С ХРОНИЧЕСКИМИ ПРОГРЕССИРУЮЩИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ В ИНКУРАБЕЛЬНОЙ СТАДИИ, СОПРОВОЖДАЮЩИМИСЯ ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 Код(ы) по МКБ 10:

Код(ы) по МКБ 10:

МКБ-10	
Код	Название
C00 – C 97	Злокачественные новообразования
E10-E14	Сахарный диабет
G20	Болезнь Паркинсона
G81	Гемиплегия
G82	Параплегия и тетраплегия
I25	Хроническая ишемическая болезнь
I69	Последствия цереброваскулярных болезней
K72	Печеночная недостаточность, не классифицированная в других рубриках
K74	Фиброз и цирроз печени
K75	Другие воспалительные болезни печени
S70-S79	Травмы области тазобедренного сустава и бедра

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2013 год (пересмотр 2018 г.)

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

ВОП	врачи общей практики
ХБС	хронический болевой синдром
ОА	опиоидные анальгетики
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ВАШ	визуально-аналоговая шкала
УЗИ	ультразвуковое исследование
АД	артериальное давление
РК	Республика Казахстан
МНН	Международное непатентованное наименование

1.4 Категория пациентов для оказания паллиативной помощи:

пациенты, страдающие хроническими прогрессирующими заболеваниями в инкурабельной стадии, сопровождающимися болевым синдромом.

1.5 Пользователи протокола:

онкологи, врачи ПМСП, врачи отделения паллиативной помощи.

1.6 Определение синдрома:

Боль – это спонтанное субъективное ощущение, возникающее вследствие поступления в центральную нервную систему патологических импульсов с периферии, в отличие от болезненности, которая определяется при обследовании, например, пальпации.

Прорыв боли – временная вспышка боли, которая появляется на фоне относительно хорошо контролируемой начальной боли.

Интенсивность боли – термин, равноценный термину «тяжесть боли» и относящийся к уровню боли, испытываемой и описываемой пациентом.

Нейропатическая боль – боль, вызванная структурным повреждением или дисфункцией нервных клеток периферической или центральной нервной системы. Нейропатическая боль может персистировать даже без продолжающейся стимуляции.

Острая боль – это сенсорная реакция с последующим включением эмоционально-мотивационных, вегетативных и других факторов при нарушении целостности организма. В нормальных условиях боль является биологически обусловленным защитным феноменом и исчезает при устранении причин, вызвавших повреждение.

Персистирующая боль – длительная, постоянная боль, связанная с соматическим заболеванием, тяжелыми инфекциями, злокачественными новообразованиями и др.

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.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ:

2.1 Показания для госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи:

- наличие у больного онкологического или соматического заболевания в инкурабельной стадии, сопровождающегося развитием болевого синдрома;
- наличие социально-бытовых показаний (отсутствие условий для обеспечения надлежащего ухода и лечения на дому, ситуация психологического дискомфорта в связи с присутствием в квартире больного с онкологическим или соматическим заболеванием в инкурабельной стадии и др.).

2.2 Условия для госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи:

- наличие у больного хронического прогрессирующего заболевания в инкурабельной стадии, подтвержденного медицинским заключением, выданным врачами организации здравоохранения (патронажное извещение, данные
- гистологического или цитологического обследований или других обследований, подтверждающих диагноз).

3. ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ КРИТЕРИИ (описание достоверных признаков синдрома):

3.1 Жалобы и анамнез:

Жалобы на наличие болевых ощущений хронического, острого или прорывного характера.

Анамнез: характер возникновения и проявления, интенсивность, тип боли, длительность болевого синдрома, оценка боли по визуально-аналоговой шкале (10-ти балльная шкала оценки боли).

Сбор анамнеза боли:

Опрос пациента проводится по следующим вопросам:

- число и локализация очагов боли;
- длительность предшествующего болевого анамнеза;
- применяемые анальгетики;

- эффективность предшествующей терапии боли; влияние боли на физическую активность;
- влияние боли на продолжительность ночного сна;
- влияние боли на возможность приема пищи и другую жизнедеятельность.

Визуальная аналоговая шкала.

Метод субъективной оценки боли, в котором пациента просят отметить на неградуированной линии длиной 10 см точку, которая соответствует степени выраженности боли. Левая граница линии соответствует определению «боли нет», правая - «худшая боль, какую можно себе представить». Как правило, используется бумажная, картонная или пластмассовая линейка длиной 10 см.

0-1 см – боль крайне слабая;

от 2 до 4 см – слабая;

от 4 до 6 см – умеренная;

от 6 до 8 см – очень сильная;

8-10 баллов – нестерпимая.

11.1.3. Шкала оценки для пациента:

ШКАЛА БОЛИ	ЦИФРОВАЯ	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
	ВЕРБАЛЬНАЯ	боль отсутствует		легкая боль		умеренная боль		сильная боль		очень сильная боль		непереносимая боль	
	ВИЗУАЛЬНАЯ АНАЛОГОВАЯ	[Градуированная шкала от 0 до 10 см]											
	ЛИЦЕВАЯ												
	ПЕРЕНОСИМОСТИ БОЛИ	боль отсутствует		легкая, можно игнорировать		боль мешает деятельности		боль мешает концентрироваться		боль мешает основным потребностям		необходим постельный режим	
		[0-1 см]		[2-4 см]		[4-6 см]		[6-8 см]		[8-9 см]		[9-10 см]	

3.2 Физикальное обследование:

Усиление болевого синдрома при пальпации, изменении положения тела, притупление перкуторного звука при скоплении жидкости в полостях.

3.3 Лабораторные исследования, необходимые для определения синдрома, проведенные до госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи: нет.

3.4 Инструментальные исследования, необходимые для определения синдрома, проведенные до госпитализации в организацию по оказанию паллиативной помощи: нет.

4. ЦЕЛЬ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ: купирование болевого синдрома.

5. ТАКТИКА оказания паллиативной помощи:

5.1 Немедикаментозное лечение:

- соблюдение щадящего двигательного режима (ношение корсета, применение ходунков, колясок);
- ЛФК (при невромиомах после мастэктомии);
- нормализация психоэмоционального состояния пациента.
- Диета – в зависимости от особенностей основного заболевания.

5.2 Медикаментозное лечение:

Основные правила обезболивания:

- выбрать препарат, устраняющий или заметно уменьшающий боли за максимально короткий срок;
 - лекарственные препараты должны вводиться наиболее эффективным и в то же время наименее болезненным способом. Предпочтение следует отдавать таблетированным формам, пролонгированного действия; препарат быстрого действия назначается только для подбора обезболивающей дозы. Внутримышечный способ не приемлем для постоянного обезболивания.
1. Препарат быстрого действия может назначаться одновременно с пролонгированным для быстрого купирования внезапно возникающих болей.
 2. Назначать анальгетики строго по часовой схеме, т.е. очередную дозу препарата больной должен получать до прекращения действия предыдущей дозы, а не по необходимости. Дозы лекарственных препаратов, предотвращающие появление боли, гораздо ниже тех, которые необходимы для снятия уже возникшего болевого ощущения.
 3. Прием обезболивающих препаратов должен происходить по «восходящей» – от максимальной слабо-действующей дозы до минимальной сильнодействующей.

- Периодически производите переоценку по жалобам и шкале боли, при отсутствии эффекта от терапии - если боль не купируется, переходите к следующей ступени.

Трехступенчатая схема лечения боли.

Ступень 1. Неопиоидные анальгетики при слабых болях – парацетамол, ацетилсалициловая кислота, метамизол натрия и нестероидные противовоспалительные препараты, (ибупрофен, диклофенак натрия, кетопрофен, кеторолак), комбинированные препараты НПВС.

При весе пациента **0-50 кг: 15 мг/кг до 24ч, макс. 60 мг/кг/24ч.**

При весе пациента **более 50кг, без фактора риска - макс. 4г/день.**

При весе пациента **более 50кг + любой фактор риска повреждения печени** (пожилой возраст, низкое состояние питания, голодание, анорексия, фермент-индуцирующие препараты (карбамазепин, фенитоин, рифампицин), хроническое злоупотребление алкоголем) - **макс. 3 г/день.**

Препарат	Доза, сут	Лекарственная форма	ЖКТ риск	Кардиоваскулярные риски
Ибупрофен	< 1.2 г	таблетки	Зависит от дозы	Осторожно при кардиоваскулярных проблемах
Диклофенак натрия	≤ 50 мг	таблетки (свечи, в/м, п/к)	Низкий	Выше, чем у большинства других
Напроксен	1 г	таблетки	Выше	Ниже
Целекоксиб	400 мг	таблетки	Низкий	Не выше, чем у неселективных НПВС

Ступень 2.

Слабые опиоиды: трамадол,

Пероральные опиоиды в дополнение к первому шагу (неопиоиды) – оксикодон/налоксон (≤ 20 мг).

Препарат	Лекарственная форма	Разовая доза, мг	Суточная доза, мг	Особенности применения
Трамадол	Капсулы, таблетки, раствор	50 или 100мг	50 мг 4 раза в сутки. Максимальная доза – 400 мг	При тяжелой почечной и печеночной недостаточности: уменьшить наполовину дозу
Морфина сульфат	таблетки	10-20 мг	Не более 30 мг	
Оксикодон/налоксон	Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой	5/2,5 мг; 10/5 мг; 20/10 мг; 40/20 мг	Средняя суточная доза 20 мг/10 мг Максимальная доза 160/80 мг	Доза препарата 5 мг / 2,5 мг предназначена для подбора суточной дозы в начале лечения с учетом индивидуальной чувствительности

Ступень 3.

Опиоидные анальгетики при умеренных и сильных болях:

- основная терапия ХБС - оксикодон/налоксон + шаг 1 (неопиоидные анальгетики).

Стандартная начальная доза для пациентов, ранее не принимавших опиоиды, составляет 10мг/5мг оксикодона/налоксона, каждые 12 часов.

Средняя суточная доза 20 мг/10 мг оксикодона/налоксон.

Пациентам, которые принимали опиоиды ранее, могут потребоваться более высокие дозы в зависимости от длительности предыдущей терапии.

Оксикодон/налоксон в дозировке 5 мг/2,5 мг предназначен для подбора дозы в начале лечения с учетом индивидуальной чувствительности пациента.

Максимальная суточная доза препарата оксикодон/налоксон составляет 160/80 мг оксикодон/налоксона.

- с целью подбора дозы ОА и лечения прорывных болей – морфина сульфат короткого действия;

Для взрослых и подростков старше 12 лет, которые не применяли опиоиды, начальные дозы морфина, составляют 5-10 мг каждые 4 часа. Для пациентов с

болью, которая не контролируется более слабыми опиоидами, начальная доза морфина обычно составляет 10 мг каждые 4 часа.

В случае невозможности контроля боли дозой, установленной титрованием, и необходимости применения суточной дозы, которая превышает 200 мг (обычно при хронической боли онкологической этиологии), необходим постоянный тщательный контроль состояния пациента. В случае послеоперационной боли пациентам с массой тела до 70 кг назначают по 5 мг каждые 4 часа, пациентам с массой тела от 70 кг - по 10 мг каждые 4 часа. Пероральные формы морфина применяют с осторожностью в течение первых 24 часов после операции, учитывая динамику восстановления функций кишечника.

- при невозможности принимать таблетированные формы – затруднение глотания: трансдермальные формы опиоидных анальгетиков – содержащие фентанил, + шаг 1(неопиоидные анальгетики).

Необходимая дозировка фентанила подбирается индивидуально и должна оцениваться регулярно после каждого применения.

Пластырь следует наносить на плоскую поверхность неповрежденной и необлученной кожи туловища или верхних отделов рук. Для аппликации рекомендуется выбрать место с минимальным волосным покровом (предпочтительно без волосного покрова). Перед аппликацией волосы на месте аппликации следует состричь (не сбривать!).

Препарат	Лекарственная форма	Разовая доза, мг	Суточная доза, мг
Морфина сульфат	Капсулы, таблетки, раствор	10-20 мг	50 мг
Оксикодон/налоксон	Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой	5/2.5мг; 10/5мг; 20/10мг; 40/20мг	Средняя суточная доза 20/10 мг Максимальная доза 160/80 мг
Фентанил	Трансдермальная терапевтическая система (ТТС) 12,5 мкг/ч, 25 мкг/ч, 50 мкг/ч, 75 мкг/ч, 100 мкг/ч	исходная дозировка не должна превышать 25 микрограммов/час	

Пересчет доз при переводе с одного опиоида на другой опиоид.

Пациенты, ранее не получавшие опиоды.

1. Начинать с самой низкой дозы таблетки пролонгированного действия дважды в день.
2. Средство экстренной терапии:

- для лечения приступа неконтролируемой боли (онкология) или для лечения пиков боли (неонкологические пациенты) следует применять единичную дозу опиоида короткого действия (морфин).
- показание к увеличению дозы опиоида пролонгированного действия. Необходимость применения более 2-х средств экстренной терапии в день.

Переход от одного опиоида к другому.

1. Рассчитать дозировку необходимого препарата.
2. Снизить данную дозировку на 50 %.
3. Разделите суточную дозу на несколько доз, которые должны быть приняты.
4. Начать с применения таблетки пролонгированного действия (с учетом рассчитанной дозировки) дважды в день.
5. Оттитровать дозировку, используя таблетки короткого действия до получения верной дозировки.

Препарат	Время действия, часы	Быстрота начала действия, часы	Доза - мг/сутки (Оксикодон+налоксон - доза по содержанию оксикодона, ТТС фентанила - мкг/час)					
			02	04	08	0	120	160
Оксикодон+налоксон	12	11	02	04	08	0	120	160
Трамадол	61		100-200	200-400	400-600			
Трамал-ретард	12	1	100-200	200-400	400-600			
Морфин пероральный	41		10-203	0-40	60-80	120-160	180-240	240-320
ТТС фентанила	72	12-24		12,5	25	50	75	100
Морфин инъекционный	3-50	,1	51	02	0-40	40-606	0-80	80-100
Промедол инъекционный	2-40	,3	<606	0-120	120-160			

Управление прорывом боли.

Если появляется в результате неконтролируемой фоновой боли, круглосуточно титруйте опиоиды.

- Используйте пероральные опиоиды с быстрым высвобождением (или п/к, если есть в наличии).
- Предотвратите предсказуемые эпизоды прорыва боли составами быстрого высвобождения по крайней мере за 30 мин до провоцирующего события.

Адьюванты.

Рассматривайте добавление адьювантов по показаниям: кортикостероиды, антидепрессанты, антиконвульсанты.

1. Глюкокортикоиды (преимущественно дексаметазон);
2. Антидепрессанты (амитриптилин, имипрамин);
3. Противосудорожные (карбамазепин, прегабалин, габапентин);
4. Нейролептики (тизерцин, аминазин, галоперидол);
5. Транквилизаторы (диазепам, феназепам);
6. Антигистаминные (димедрол, клемастин)
7. Миорелаксанты (tizанидин, баклофен)
8. Бифосфонаты (ибандроновая кислота, золедроновая кислота, клодроновая кислота, фамотидин)

Лечение нейропатической боли.

Класс	Препарат	Особенности применения
Антидепрессанты	Амитриптилин	Начало: 10 мг перед сном Увеличение соответственно переносимости
Антиконвульсант	Габапентин Прегабалин Карбамазепин Вальпроевая кислота	Габапентин Прегабалин Карбамазепин Вальпроевая кислота
Кортикостероиды	Дексаметазон	начальная доза от 8 до 32 мг в день (в расчете на дозу преднизолона от 60 до 220 мг), большую часть применяют утром. При головной боли, связанной с повышением внутричерепного давления, лучше применить максимальную дозу и парентерально. Курс лечения продолжается 3-4 нед.

Обезболивание детей основаны на следующих принципах:

Основные принципы:

- введение дозы обезболивающего препарата через регулярные промежутки времени;

- использование наименее инвазивного способа введения препарата;
- индивидуальный подход;
- на первой ступени обезболивания эксперты рекомендуют парацетамол и ибупрофен, на второй – морфин;
- не существует верхней пороговой дозы морфина, и, если стандартная дозировка не дает облегчения, ее необходимо повысить.

На первой ступени у детей старше 3 месяцев применяют парацетамол и ибупрофен, у детей младше 3 месяцев – только парацетамол. **Парацетамол и ибупрофен** имеют максимальные суточные дозы, указанные ниже.

Дозы препаратов 1-ой ступени у детей старше 3 месяцев:

- Парацетамол через рот: доза насыщения 20 мг/кг однократно, затем поддерживающая доза по 10-15 мг/кг каждые 4-6 часов; ректально: доза насыщения 30 мг/кг однократно, затем поддерживающая доза по 20 мг/кг каждые 4-6 часов; при печеночной и почечной недостаточности необходимо снижение дозы и увеличение интервала до 8 часов.
- Ибупрофен через рот: по 5-10 мг/кг каждые 6-8 часов; максимальная суточная доза 40 мг/кг, принимать во время еды; избегать назначения при астме, низком уровне тромбоцитов, язвенной болезни ЖКТ и нарушении функции почек.

Дозы парацетамола у детей младше 3 месяцев:

- Новорожденные в возрасте от 1 до 29 дней: парацетамол по 5-10 мг/кг каждые 6-8 часов; максимум 4 дозы в сутки.
- Младенцы в возрасте от 30 дней до 3 месяцев: Парацетамол по 10 мг/кг каждые 4-6 часов, максимум 4 дозы в сутки.

Вторая ступень. Морфин.

Морфин короткого (быстрого) действия (морфина сульфат/морфина гидрохлорид).

В начале «титрования» (подбора) эффективного обезболивания используются следующие стартовые дозы:

- внутрь или ректально детям в возрасте 1-3 месяца - по 50 мкг/кг каждые 4 часа;
- детям в возрасте 3-6 месяцев - по 100 мкг/кг каждые 4 часа;
- детям в возрасте 6 месяцев - 12 лет - по 200 мкг/кг каждые 4 часа, детям в возрасте 12-18 лет - по 5-10 мг каждые 4 часа;
- подкожно болюсно или внутривенно струйно (в течение минимум 5 минут) детям в возрасте до 1 месяца - по 25 мкг/кг каждые 6 часов;

- детям в возрасте 1-6 месяцев - по 100 мкг/кг каждые 6 часов;
- детям в возрасте 6 месяцев - 12 лет - по 100 мкг/кг каждые 4 часа (максимальная разовая стартовая доза 2,5 мг);
- детям в возрасте 12-18 лет - по 2,5-5 мг каждые 4 часа (болюсный путь используется только в стационаре, требует мониторинга состояния, максимальная суточная доза при болюсном введении – 20 мг в сутки);
- продолжительная подкожная или внутривенная инфузия со скоростью детям в возрасте до 1 месяца - по 5 мкг/кг в час;
- детям в возрасте 1-6 месяце - по 10 мкг/кг в час;
- детям в возрасте 6 месяцев - 18 лет - по 15-20 мкг/кг в час (максимум 20 мг за 24 часа);

увеличение разовой и суточной дозы морфина:

- вариант 1 – увеличить разовую дозу морфина для регулярного приема на 30-50% от предыдущей дозы.

Адьювантные анальгетики у детей.

Амитриптилин внутрь детям в возрасте от 2 до 12 лет - 0,2-0,5 мг/кг (максимум 25 мг) на ночь (при необходимости можно увеличить дозу до 1 мг/кг два раза в день); детям в возрасте 12-18 лет - 10-25 мг на ночь через рот (при необходимости можно увеличить до 75 мг максимум).

- **Карбамазепин** внутрь 5-20 мг/кг в сутки в 2-3 приема, увеличивать дозу постепенно, чтобы избежать побочных эффектов.
- **Габапентин внутрь** – детям в возрасте 2-12 лет: День 1 по 10 мг/кг однократно, День 2 по 10 мг/кг два раза в день, день 3 по 10 мг/кг три раза в день, поддерживающая доза по 10-20 мг/кг три раза в день; в возрасте 12-18 лет: День 1 по 300 мг однократно, День 2 по 300 мг два раза в день, День 3 по 300 мг три раза в день, максимальная доза по 800 мг три раза в день. Отменять медленно в течение 7-14 дней, нельзя использовать у детей с психическими заболеваниями в анамнезе.
- **Диазепам** (через рот, буккально, подкожно, ректально) детям в возрасте 1-6 лет - 1 мг в сутки за 2-3 приема; детям в возрасте 6-14 лет - по 2-10 мг в сутки за 2-3 приема. Используется при ассоциированной с болью тревоге и страхах.
- **Гиосцина бутилбромид** детям в возрасте от 1 месяца до 2 лет - 0,5 мг/кг через рот каждые 8 часов; детям в возрасте 2-5 лет - 5 мг через рот каждые 8 часов; детям в возрасте 6-12 лет - по 10 мг через рот каждые 8 часов.
- **Преднизолон** по 1-2 мг/кг в день при умеренной нейропатической боли, боли в костях и IRIS.

- **Дексаметазон** при сильной нейропатической боли.

Подходы к ведению боли у отдельных категорий пациентов.

Нейропатическая боль у детей.

Алгоритм ведения: Наркотический анальгетик + кортикостероид или наркотический анальгетик + нестероидный противовоспалительный препарат. При неэффективности добавить трициклический антидепрессант или/и противосудорожный препарат. При неэффективности добавить кетамин или местный анестетик системно.

Боль, связанная с проведением медицинских манипуляций.

Лекарственные средства для профилактики боли, связанной с процедурами/медицинскими манипуляциями: аппликация местных анестетиков (крем/пластырь) за 1 час до процедуры (при постановке периферического катетера, пр.); местная анестезия (при постановке дренажа грудной клетки, наложении швов и др.), анальгетики через рот (морфин за 1 час до процедуры или кетамин 10 мг/кг за 30-60 минут до процедуры), бензодиазепины в комбинации с анальгетиками (при выраженном беспокойстве ребенка).

Боль в детской онкологии.

При болях в костях: нестероидные противовоспалительные средства, кортикостероиды, наркотические анальгетики, облучение, адъюванты, бисфосфонаты. При нейропатической боли: наркотические анальгетики, адъюванты, блокада регионарного нерва. При висцеральной боли: наркотические и ненаркотические анальгетики, адъюванты.

Перечень основных лекарственных средств:

МНН/Действующее вещество	Форма выпуска	Курсовая доза, 14 дней
Неопиоидные анальгетики и нестероидные противовоспалительные лекарственные средства (НПВС)		
Диклофенак натрия	<p>Таблетка, покрытые оболочкой 50 мг, 75 мг, покрытые пленочной оболочкой 12,5 мг, 25 мг, 50 мг, 100 мг;</p> <p>таблетки покрытые кишечнорастворимой оболочкой 25 мг, 50 мг,</p> <p>таблетки с замедленным высвобождением 75 мг, 100 мг, 150 мг, таблетки ретард, покрытые оболочкой 100 мг,</p> <p>порошок для приготовления раствора для приема внутрь 50 мг,</p> <p>раствор для инъекций 75 мг/3 мл, 75 мг/2 мл, 25 мг/мл,</p> <p>суппозитории ректальные 25 мг, 50 мг, 100 мг, мазь</p>	<p>Таблетка, покрытые оболочкой 50 мг, 75 мг, покрытые пленочной оболочкой 12,5 мг, 25 мг, 50 мг, 100 мг;</p> <p>таблетки покрытые кишечнорастворимой оболочкой 25 мг, 50 мг,</p> <p>таблетки с замедленным высвобождением 75 мг, 100 мг, 150 мг, таблетки ретард, покрытые оболочкой 100 мг,</p> <p>порошок для приготовления раствора для приема внутрь 50 мг,</p> <p>раствор для инъекций 75 мг/3 мл, 75 мг/2 мл, 25 мг/мл,</p> <p>суппозитории ректальные 25 мг, 50 мг, 100 мг, мазь</p>
Ибупрофен	таблетка 200 мг, 400 мг	56 таблеток
Парацетамол	таблетка 200 мг, 500 мг; сироп 2,4% во флаконе, раствор, порошок для приема внутрь, суспензия; суппозитории 80 мг, 100 мг, 250 мг	84 таблетки
Ацетилсалициловая кислота	Таблетка 500мг	42 таблетки
Кеторолак	Раствор для инъекций 30 мг 1,0, таблетки 10 мг	42 таблетки, 42 ампулы

Кетопрофен	Капсулы 50 мг, 150 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением 200 мг, раствор для инъекций 50 мг, 100 мг 2,0 мл, табл. Покрытые пленочной оболочкой 100 мг, суппозитории 100 мг, гель 2,5%	42капсулы, 14 капсул 42ампулы, 28 ампул 28 суппозиторияев
Опиоидные анальгетики		
Трамадол	капсула 50 мг; раствор в ампуле 50 мг/1 мл; суппозитории 100 мг	84 ампулы, 56 таблеток, 56 свечей
Морфин короткого действия	раствор для инъекций в ампуле 1% по 1 мл, таблетки, 5 мг или 10 мг	84 ампулы
Оксикодон/налоксон	таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой; 5мг/2.5мг; 10мг/5мг; 20мг/10мг и 40мг/20мг	28 таблеток
Фентанил	трансдермальный пластырь 25 мкг/час, 50 мкг/час, 75 мкг/час,100 мкг/час, трансдермальный пластырь 12,5 мкг/час, 25 мкг/час, 50 мкг/час, 75 мкг/час,100 мкг/час, Сублингвальные таблетки 100, 200, 300, 400, 600, 800 мкг	5 пластырей 42 таблетки
Кортикостероиды		
Преднизолон	раствор для инъекций 30 мг/мл; таблетка 5 мг	От 60-220 мг
Дексаметазон	раствор для инъекций 4 мг/мл таблетка 0,5 мг	От 8 ло 32 мг
Миорелаксанты		
Баклофен	Таблетка 0,025	100 мг
Препараты для местной анестезии		
Лидокаин	раствор для инъекций, 1%, 2%, 10%; аэрозоль 10 %	56 ампул, 5 флаконов
Прокаин	раствор для инъекций 0,5% 2,0,5,0	42 ампулы
Противорвотные препараты		
Метоклопрамид	Раствор для инъекций 0,5%, 10 мг/2 мл, 5 мг/мл, табл.10 мг	42 ампулы 42 таблетки
Ондансетрон	Р-р для инъекций 2 мг/2 мл, 4 мг/ 2 мл, табл, табл покрытые плен. оболочкой	28 ампул 28 таблеток

Анксиолитики и снотворные лекарственные средства		
Диазепам	раствор для инъекций в ампуле 10 мг/2 мл; таблетки, покрытые оболочкой 5 мг	28 ампул, 28 таблеток
Зопиклон	Таблетка, покрытая оболочкой 7,5 мг	14 таблеток
Феназепам	Табл 0,5 мг, 1 мг, 2,5 мг	21 табл
Антидепрессанты		
Амитриптилин	раствор для инъекций, 10 мг/1 мл, 20 мг/2 мл, таблетка, покрытая оболочкой 25 мг	28 ампул, 42 таблетки
Противосудорожные и противоэпилептические лекарственные средства		
Прегабалин	Капсула 75 мг, 150 мг, 300 мг	28 капсул
Карбамазепин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг	28 таблеток
Антиангинальные лекарственные препараты		
Пропранолол	Таблетки 10 мг, 40 мг	14 таблеток
Метопролол	Таблетки 0,025 мг; 0,05 мг; 0,1 мг	14 таблеток
Диуретики		
Фуросемид	Раствор для инъекций 20 мг/мл, 1% таблетка 40мг	9 ампул, 9 таблеток
Антацидные и другие противоязвенные лекарственные средства		
Омепразол	таблетка 20 мг, 40 мг	28 таблеток, 14 таблеток
Ранитидин	таблетка 150 мг, 300 мг; раствор для инъекций в ампуле 25 мг/мл	28 таблеток, 28 ампул
Спазмолитические препараты		
Папаверина гидрохлорид	раствор для инъекций 2% в ампуле 2 мл	28 ампул
Слабительные		
бисакодил	Таблетки, 5 мг, суппозитории ректальные 10 мг, капли	20 таблеток 10 суппозиториев 1 флакон
лактuloза	Сироп, суспензия для приема внутрь	1 флакон - 500 мл

Перечень дополнительных лекарственных средств:

Лекарственные средства, применяемые для лечения заболеваний центральной нервной системы

Антипсихотические лекарственные средства

галоперидол	раствор для инъекций в ампуле 0,5%, 5мг/1мл, табл. 0,0005, 0,001	14 ампул, 14 таблеток
-------------	--	-----------------------

Атропина сульфат	раствор для инъекций 1 мг/мл	0,003 г
------------------	------------------------------	---------

Антацидные и другие противоязвенные лекарственные средства

Рабепрозол	таблетка 10 мг, 20 мг	28 таблеток, 14 таблеток
------------	-----------------------	--------------------------

Фамотидин	таблетки, покрытые пленочной оболочкой 10 мг, 20 мг, 40 мг; порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инъекций 20 мг	28 таблеток
-----------	---	-------------

Противорвотные препараты

домперидон	Табл 10 мг, суспензия 0,1 % 200,0 мл	56 табл, 2 флакона
------------	--------------------------------------	--------------------

Противоаллергические лекарственные средства и лекарственные средства, употребляемые при анафилаксии

Преднизолон	раствор для инъекций 30 мг/мл; таблетка 5 мг	14 ампул
-------------	--	----------

Антифибринолитические препараты и гемостатические препараты

Аминокапроновая кислота	Раствор для инфузий 100,0	3-5 флаконов
-------------------------	---------------------------	--------------

Растворы применяемые для коррекции нарушений водного, электролитного баланса

Натрия хлорид	Раствор для инфузий 0,9% 200,0, 400,0	14 флаконов
---------------	---------------------------------------	-------------

Антихолинергические средства

скополамин	Раствор 0,05% в ампулах по 1 мл; 0,25% раствор с метилцеллюлозой во флаконах по 5 и 10 мл.	42 амп
------------	--	--------

Антидиарейные (симптоматические) лекарственные средства

Лоперамид	Таблетки, капсулы, таблетки для рассасывания 2 мг	70 капсул
-----------	---	-----------

Анестетики

Кетамин	раствор для инъекций 50 мг/мл, 10 мл	Дети 150-400 мкг на кг от 1 мес до 12 лет
---------	--------------------------------------	---

Отравление опиоидами.

Острое отравление морфином и опиатами.

- сужение зрачка (миоз) позволяет отличить отравление морфином от отравления снотворными;
- нарастающее угнетение дыхания (Чейна – Стокса), цианоз слизистых оболочек, кожные покровы бледные, холодные системное АД низкое;
- перистальтика кишечника угнетена;
- морфиновая кома (падение АД, брадикардия, гипотермия, анурия, миоз (при выраженной гипоксии зрачки расширяются).

Меры помощи при остром отравлении морфином и опиатами.

- введение налоксона - полного антагониста НА.
- введение атропина (устранение вагусных эффектов) и спазмолитиков (предотвращение разрыва мочевого пузыря и бронхоспазма).
- промывание желудка раствором перманганата калия $KMnO_4$ (окисляет морфин и опиаты), если интервал между началом оказания помощи и применением опиатов (независимо от путей введения!, т.к. в результате рециркуляции морфин в больших количествах поступает в просвет ЖКТ) менее 2 часов.

Независимо от путей и времени введения морфина необходимо промыть желудок 0,05% раствора калия перманганата (окисляет морфин в неактивную форму – оксиморфин).

- адсорбирующие средства, солевые слабительные, форсированный диурез. Повторное введение Атропина сульфата для снижения тонуса парасимпатической нервной системы.
- Искусственное дыхание.

5.3 Хирургическое вмешательство: при наличии патологических симптомов (например: асцит, плеврит), усугубляющих болевой синдром, могут применяться следующие виды хирургического вмешательства:

- лапароцентез;
- плевроцентез.

6. ДАЛЬНЕЙШЕЕ ВЕДЕНИЕ (сопровождение пациента на амбулаторном уровне):

После выписки из стационара осуществляется наблюдение пациента врачом, консультации, коррекция схемы обезболивания, повторная госпитализация при необходимости.

7. ИНДИКАТОРЫ ЭФФЕКТИВНОСТИ паллиативного лечения:

Индикатор эффективности	Критерий эффективности
Купирование болевого синдрома	Улучшение качества жизни пациент

8. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

8.1 Список разработчиков протокола с указанием квалификационных данных:

- 1) **Кайдарова Диляра Радиковна** – доктор медицинских наук, директор РГП на ПХВ «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии», член-корреспондент НАН РК.
- 2) **Кунирова Гульнара Жайлигалиевна** – президент ОЮЛ «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи», исполнительный директор ОФ «Вместе против рака».
- 3) **Острецова Татьяна Петровна** – кандидат медицинских наук, педиатор, паллиатор, директор филиала ОО «Ассоциация семейных врачей Казахстана» в Западно-Казахстанской области.
- 4) **Касенова Асем Толегеновна** – паллиатор, ОЮЛ «Казахстанская ассоциация паллиативной помощи».
- 5) **Ансабаева Толганай Насыровна** – магистр медицинских наук, детский онколог РГП на ПХВ «Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии».
- 6) **Калиева Шолпан Сабатаевна** – кандидат медицинских наук, доцент, клинический фармаколог, руководитель кафедры клинической фармакологии и доказательной медицины НАО «Медицинский университет Караганды».

8.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

8.3 Список рецензентов:

- 1) **Сирота Валентина Брониславовна** – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой онкологии НАО «Медицинский университет Караганды».

8.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

8.5 Список использованной литературы:

1. Indelicato, R. A. and R. K. Portenoy, "Opioid rotation in the management of refractory cancer pain," J.Clin.Oncol. 20 (1): 348-352 (2002).
2. Kaasa, S. and F. De Conno, "Palliative care research," Eur.J.Cancer37 Suppl 8: S153-S159 (2001).
3. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee (WHO Technical Report Series, No. 804). Geneva: World Health Organization.
4. Colleau SM, Weis N. WHO guidelines on cancer pain, opioid availability, symptom control and palliative care: ordering information. University of Wisconsin Pain and Policy Studies Group / WHO Collaborating Center for Policy and Communications in Cancer Care; Madison, Wisconsin, USA. Prepared for 19th World Congress on Pain, Vienna, Austria, August 19-26, 2005
5. Sepulveda C., Marlin A., Yoshida T., Ullrich A. Palliative Care: The World Health Organization's Global Perspective. Journal of Pain and Symptom Management 2002, 24: 91-96.
6. World Health Organization. National cancer control programmes: policies and managerial guidelines, 2nd ed. Geneva: World Health Organization, 2002.
7. Clark D., Write M. Transitions in End-of-Life Care: Hospice and Related Developments in Eastern Europe and South Asia. Philadelphia: Open University Press; 2003; p. 150-161.
8. Weiler K, Garand L. Evidence-based protocol. Advance directives. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 35 p.
9. Савва Н.Н., Кумирова Э.В., Притыко А.Г., Масчан А.А., Поляков В.Г. Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков при оказании паллиативной помощи в стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждениях здравоохранения. М: 2014.
10. Рекомендации Европейской ассоциации паллиативной помощи, breakthroughcancerpain.org



Казахстанская ассоциация паллиативной помощи

- это союз организаций и лиц, заинтересованных в развитии паллиативной помощи в Казахстане.

Мы видим нашу **МИССИЮ** в консолидации всего казахстанского общества для того, чтобы каждый житель Казахстана, столкнувшийся с угрожающим жизни заболеванием, мог реализовать свое **право на достойную и максимально активную жизнь без боли и страданий**.

Членами КАПП могут стать: неправительственные организации, образовательные учреждения, хосписы (центры паллиативной помощи), больницы сестринского ухода, онкологические и другие специализированные медучреждения любой формы собственности

Свои **ЦЕЛИ** КАПП намерена выполнять через:

- распространение философии паллиативной помощи
- расширение членства и сотрудничества
- защиту интересов и представительство на международном уровне
- организацию обучения специалистов паллиативной помощи
- мониторинг и изменение законодательства
- поддержку научных исследований
- поддержку проектов по оказанию паллиативной помощи на местах
- развитие волонтерского движения

Головной офис КАПП находится в г. Алматы, по адресу:

ул.Бегалина,д.73А.Телефон+7708 973 03 03; e-mail:palliative.kz@gmail.com
Подробная информация об Ассоциации www.palliative.kz