

СЕСТРИНСКИЙ ПРОТОКОЛ: ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

DOI: 10.37586/2686-8636-3-2021-381-385

УДК: 616-083

Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Шарашкина Н.В., Лесина Е.И.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

Резюме

Болевой синдром у пожилых пациентов требует проведения ряда диагностических и лечебных мероприятий, которые не всегда выполняются в условиях повседневной клинической практики, особенно у пациентов пожилого возраста. Регулярное проведение оценки боли и организация адекватных мер по уходу являются важной задачей сестринского сопровождения пожилых пациентов. Медицинские сестры, которые наиболее часто контактируют с пациентами, могут играть ведущую роль в обеспечении своевременной коррекции и обучении пациентов и их родственников обезболиванию.

Ключевые слова: болевой синдром; гериатрические синдромы; уход.

Для цитирования: Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Шарашкина Н.В., Лесина Е.И. Сестринский протокол: ведение пациентов пожилого и старческого возраста с болевым синдромом. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2021; 3(7): 381–385. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2021-381-385

NURSING PROTOCOL: MANAGEMENT OF OLDER AND SENILE PATIENTS WITH PAIN SYNDROME

Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Kotovskaya Yu.V., Sharashkina N.V., Lesina E.I.

Pirogov Russian National Research Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Moscow, Russia

Abstract

Pain syndrome in older patients requires a number of diagnostic and therapeutic measures that are not always performed in everyday clinical practice, especially in older patients. Regularly assessing of chronic pain and organizing adequate care measures is an essential task when older patients nursing. Nurses who are most in contact with patients can play a leading role in screening and ensuring timely corrections.

Keywords: pain syndrome; geriatric syndromes; care.

For citation: Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Kotovskaya Yu.V., Sharashkina N.V., Lesina E.I. Nursing protocol: management of older and senile patients with pain syndrome. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2021; 3(7): 381-385. DOI: 10.37586/2686-8636-3-2021-381-385

I. ЦЕЛИ

Пожилые пациенты должны получать адекватное обезбоживание. Обезбоживание должно быть либо полным, либо интенсивность боли должна быть уменьшена до уровня, обеспечивающего максимально высокий функциональный статус больного.

II. ВВЕДЕНИЕ В ПРОБЛЕМУ

1. Боль у пожилых пациентов часто носит субъ-ективный характер и может быть обусловлена как острыми состояниями, такими как состояние после хирургического вмешательства, травмы, так и различными хроническими заболеваниями, например остеоартритом.

2. Болевой синдром требует проведения ряда диагностических и лечебных мероприятий, которые не всегда выполняются в условиях повседневной клинической практики, особенно у пациентов пожилого возраста.

3. Деменция особенно затрудняет ведение пациентов, испытывающих боль, поскольку данные пациенты не всегда могут сообщить о ней.

4. Медицинские сестры, которые являются связующим звеном в команде специалистов различного профиля, должны быть обучены ведению пациентов с болевым синдромом и иметь представление об ошибочных концепциях проблемы боли в пожилом возрасте. Существуют ложные представления, что обезбоживание обязательно приводит

к лекарственной зависимости, или что боль является нормальным проявлением процесса старения. Медицинские сестры также должны уметь обучить пациентов и их родственников обезболиванию.

III. ПРЕДПОСЫЛКИ

1. Боль определяется как неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением тканей. Основными характеристиками боли являются продолжительность (острая или хроническая боль) и причины возникновения (ноцицептивная или нейропатическая боль). Данные определения важны для выбора стратегии ведения боли.

2. Острая боль возникает в ответ на повреждение (хирургическое вмешательство, травма, ранения) и может сопровождаться характерными симптомами, связанными с активацией автономной нервной системы (тахикардия и потоотделение). Обычно острая боль ограничена по времени и прекращается после выздоровления больного.

3. Хроническая боль присутствует на протяжении длительного периода (как правило, более трех месяцев) и связана с хроническим заболеванием (например, остеоартрит). Длительность боли не всегда является основной характеристикой, но она длится и после формального выздоровления. Для хронической боли нехарактерны вегетативные реакции, однако она часто приводит к функциональным ограничениям, расстройствам настроения, изменениям в поведении и снижению качества жизни.

4. Ноцицептивная боль обусловлена раздражением периферических или висцеральных болевых рецепторов. Данный вид боли может возникать на фоне прогрессирования различных заболеваний (остеоартрит и др.), повреждения мягких тканей (например, при падениях), медицинских вмешательств (хирургическая операция, венопункция и др.). Как правило, такая боль является локализованной и хорошо поддается лечению.

5. Нейропатическая боль возникает в ответ на повреждение центральной или периферической нервной системы. Данный вид боли может быть связан с диабетической нейропатией, постгерпетической невралгией и невралгией тройничного нерва, инсультом, химиотерапией при онкологических заболеваниях. Для нейропатической боли характерны распространенный характер и меньшая эффективность обезболивающих препаратов.

Хроническая боль отмечается у 50% пожилых пациентов, проживающих в домашних условиях, и у 85% пациентов, проживающих в домах престарелых. Боль часто встречается у госпитализированных пожилых пациентов.

Более 80% пожилых людей имеют хронические заболевания, сопровождающиеся болевым синдромом (остеоартрит, заболевания периферических

сосудов и др.). Как правило, для пожилых людей характерно наличие множества хронических и/или острых заболеваний, что приводит к возникновению болей различного характера и происхождения.

Боль оказывает серьезное влияние на здоровье, функциональный статус и качество жизни. При отсутствии адекватного лечения боль может привести к следующему:

- 1) замедление выздоровления;
- 2) ограничение подвижности;
- 3) послеоперационные осложнения, связанные с неподвижностью пациента (тромбозы и тромбоэмболии, пневмония и др.);
- 4) расстройства сна;
- 5) депрессия, тревожность;
- 6) снижение социальной активности;
- 7) функциональные ограничения и зависимость от посторонней помощи;
- 8) прогрессирование когнитивных нарушений;
- 9) увеличение потребности в медицинской помощи.

Медицинские сестры должны играть ключевую роль в ведении пациентов с болью. Обеспечение комфорта и облегчение боли имеют фундаментальное значение в сестринской практике. Важным аспектом является работа в команде с другими специалистами. Необходимо также проводить обучение пациентов и их родственников лечению боли.

Рекомендуется проводить систематическую оценку боли на регулярной основе у всех госпитализированных пациентов. Так как пожилые люди составляют значительную долю пациентов стационара, медсестры должны иметь соответствующие знания и навыки для оказания помощи данной категории больных.

IV. ПАРАМЕТРЫ ОЦЕНКИ

1. Большинство госпитализированных пожилых пациентов страдают как от острой, так и от хронической боли.

2. Пациенты с когнитивными нарушениями часто не могут сказать об испытываемой боли.

3. Пациенты и лица, оказывающие медицинскую помощь, имеют по поводу боли и ее ведения собственные суждения, которые могут влиять на лечение боли и должны быть учтены при оказании мероприятий по облегчению боли.

4. Оценка боли должна быть регулярной и систематической, а также фиксироваться документально.

5. Эталоном оценки боли является сообщение пациентами о своих болях.

6. Эффективная оценка боли требует индивидуального подхода.

А. Первичная, быстрая оценка боли

1. Проводится у пожилых людей с болью умеренной и тяжелой интенсивности.

2. Определяется локализация боли, ее интенсивность, продолжительность, характерные особенности, время начала.

3. Оцениваются жизненно важные функции организма. Если изменений этих функций нет, это не указывает на отсутствие боли.

Б. Комплексная оценка боли

1. Оценка проводится по данным истории болезни, результатов медицинского осмотра, лабораторных и диагностических тестов для определения этиологии боли.

2. Оцените когнитивный статус больного (деменция, делирий и др.), его психическое состояние (тревожность, возбужденность, депрессия и др.), функциональный статус. В случае наличия когнитивных нарушений будет неправильным полагать, что пациент не способен сообщить о своих болях. Дополняйте жалобы больного данными осмотра и опроса окружающих пациента лиц, который нужно проводить по принципу доверия (сначала спрашивайте того, кому доверяете больше остальных).

3. Дайте оценку боли, присутствующей на момент осмотра, включая ее интенсивность, характер, частоту, паттерн (набор характерных признаков и особенностей проявления), локализацию и продолжительность, а также факторы, провоцирующие или облегчающие боль.

4. Ознакомьтесь с историей боли, включая какие-либо повреждения, заболевания и хирургические вмешательства в анамнезе, дайте оценку пережитым болевым ощущениям, а также влиянию боли на повседневную деятельность.

5. Дайте оценку проводимому лечению, включая текущие и ранее применявшиеся лекарства, а также дополнительным методам лечения (включая народные средства). Определите, какие способы облегчения боли были эффективны по отношению к данному пациенту ранее. Оцените отношение пациента к боли, к использованию анальгетиков, адъювантных препаратов, нефармакологических средств. Определите, имеет ли место злоупотребление алкоголем.

6. Дайте оценку жалобам пациента на боль, используя стандартные шкалы. Выбирайте шкалы из официально опубликованных и учитывайте, что некоторые пожилые люди могут испытывать сложности с 10-балльными количественными шкалами оценки. Для таких пациентов более эффективными могут быть вертикальная вербальная шкала и шкала с лицами.

7. Оценивайте боль регулярно и часто, минимум раз в четыре часа. Отслеживайте интенсивность боли после приема лекарств для оценки их эффективности.

8. Не упускайте из виду невербальные и поведенческие признаки боли, такие как гримасы, отстраненность, защитная фиксация очагов боли за счет напряжения мышц, потирание больного

места, хромота, перемена позы, агрессия, возбужденность, депрессия, стоны, плач, а также отклонения от обычного поведения.

9. Соберите сведения о болевых ощущениях, пережитых пациентом, от членов его семьи. Узнайте от них о вербальных и невербальных признаках боли у пациента, особенно если это пожилой человек или пациент, страдающий деменцией.

10. В случае если есть подозрение на болевой синдром, но оценка не дала определенных результатов, сообщите врачу о необходимости начать лечение.

V. ПЛАН МЕРОПРИЯТИЙ, ВЫПОЛНЯЕМЫХ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРОЙ

Ведение боли должно быть пациент-ориентированным.

Пожилые пациенты, испытывающие боль, нуждаются в индивидуальном плане лечения, в котором определена цель, описана тактика лечения и преследуется минимизация болевого синдрома и его влияния на функциональный статус, сон, настроение и поведение.

Составьте план ведения боли в письменной форме при госпитализации больного или перед хирургической операцией/иным медицинским вмешательством. Помогите пациенту поставить реалистичные цели лечения, зафиксируйте их и сам план документально.

Проводите оценку боли регулярно и часто для адекватного ведения.

По назначению врача предупреждайте появление боли, применяйте обезболивающие препараты до, во время и после болезненной диагностической процедуры или медицинского вмешательства. Давайте пациенту болеутоляющие средства за 30 минут до запланированных мероприятий.

Обучайте пациентов, членов их семей, других медицинских сотрудников использовать обезболивающие в качестве профилактики перед болезненными процедурами и после них.

Сообщите пациентам и членам их семей о болеутоляющих средствах, их побочных эффектах и нежелательных явлениях, связанных с их приемом, проблемах, связанных со злоупотреблением болеутоляющими, лекарственной зависимостью и толерантностью.

Сообщите пациентам о необходимости регулярно принимать обезболивающие препараты, чтобы избежать усиления болей.

Сообщите пациентам и членам их семей, коллегам о применении нефармакологических методов облегчения боли (релаксация, массаж, тепло и холод).

Фармакологическое лечение

1. Регулярно обеспечивайте пациента необходимыми лекарственными препаратами.

2. Документально отражайте план лечения для согласованности терапевтических вмешательств.

3. Применяйте дозы, назначенные лечащим врачом, для оптимального облегчения боли и минимальных побочных эффектов.

4. При ведении боли после оперативного вмешательства используются наименее инвазивные способы: предпочтительнее всего будет внутривенное введение, а внутримышечного введения препаратов стоит избегать. Переход от парентеральных к пероральным препаратам нужно осуществлять при разрешении перорального приема по назначению врача.

5. Подбор анальгетиков и их дозировок осуществляется лечащим врачом: опиаты подходят для ведения боли интенсивностью от умеренной до тяжелой, а неопиоидные препараты — для боли от легкой до умеренной. При выборе препарата учитывается анамнез, сопутствующие заболевания, прием других лекарственных средств и реакция пациента на лекарства.

6. Ацетаминофен используется при терапии боли от легкой до умеренной. Максимальная рекомендованная доза составляет 4 г/сутки (3 г/сутки для хрупких пожилых людей). Максимальная доза должна быть снижена до 50–75% для пациентов со сниженной функцией печени или имеющих злоупотребления алкоголем в анамнезе.

7. Нестероидные противовоспалительные препараты должны использоваться с большой осторожностью при лечении пожилых пациентов. Необходим мониторинг состояния пациента на предмет желудочно-кишечного кровотечения, других кровотечений, токсического поражения почек и делирия. Может быть целесообразно применение ингибиторов протонной помпы для снижения раздражения желудка по назначению врача.

8. Пожилые пациенты подвержены повышенному риску развития нежелательных реакций на действие препаратов из-за особенностей фармакокинетики и фармакодинамики, необходимо следить за эффективностью фармакологической терапии, выявлять нежелательные явления.

Немедикаментозное лечение

1. Узнайте об отношении пожилого пациента к немедикаментозному лечению или об опыте такого лечения.

2. Подберите методы немедикаментозного облегчения боли для конкретного пациента.

3. Психологические способы облегчения боли, направленные на изменение ее восприятия (релаксация, отвлечение и др.), могут не подходить пациентам с нарушением когнитивных функций.

4. Используйте физические методы облегчения боли, создавая комфорт и изменяя физиологические реакции на боль (тепло, холод, электротерапевтические приборы с аппликаторами), они достаточно безопасны и эффективны.

Действия после оценки

1. Отслеживайте эффекты обезболивания в первый час после приема препарата пациентом и затем не реже, чем через каждые четыре часа.

2. Учитывайте облегчение боли и побочные эффекты лечения.

3. Фиксируйте документально реакцию пациента на терапию.

4. Отражайте схему лечения пациента в плане ухода за больным.

VI. ЦЕЛИ ОЦЕНКИ БОЛИ И ОЖИДАЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

А. Для пациента:

1) полное избавление от боли или снижение ее до уровня, который является индивидуально переносимым;

2) поддержание максимального уровня ухода за собой, функциональной активности, автономности пациента;

3) снижение риска развития таких ятрогенных осложнений, как падения, желудочно-кишечные расстройства и кровотечения, изменение когнитивного статуса.

Б. Для персонала:

1) ведение медицинской документации, отражающей непрерывную и комплексную оценку боли, быстрого и эффективного обезболивания, для систематической оценки эффективности лечения;

2) ведение болевого синдрома у пожилых пациентов, знание стратегий оценки боли, обезболивающих препаратов, нефармакологических мероприятий, умение проводить обучение пациента и членов его семьи.

В. Для учреждения:

1) формирование внутреннего протокола по ведению боли и утверждение стандартных процедур;

2) формирование команды специалистов по ведению боли, которые несут ответственность и обладают всеми необходимыми знаниями. Такой подход к ведению боли включает участие различных специалистов (психиатры, психологи, неврологи и другие специалисты) и укрепляет сотрудничество между ними;

3) документирование сведений об оценке боли, предпринятых мерах, а также оценке эффективности лечения, внесение информации по первичной и вторичной оценке боли в историю болезни и электронные формы;

4) обеспечение персонала всем необходимым для ведения боли (образование, информационные материалы, доступ к руководствам и другой информации через Интернет).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Ostapenko V.S., Sharashkina N.V., Mkhitarian E.A., Onuchina J.S., Lysenkov S.N., Yakhno N.N., Press Y. Prevalence of geriatric syndromes among people aged

65 years and older at four community clinics in Moscow. *Clinical Interventions in Aging*. 2018. T. 13. C. 254–259. DOI: 10.2147/CIA.S153389.

2. Bökberg C., Ahlström G., Karlsson S. Significance of quality of care for quality of life in persons with dementia at risk of nursing home admission: a cross-sectional study. *BMC Nurs*. 2017 Jul 14; 16: 39. DOI: 10.1186/s12912-017-0230-6.

3. National Collaborating Centre for Chronic Conditions (UK). Osteoarthritis: National Clinical Guideline for Care and Management in Adults. London: Royal College of Physicians (UK); 2008. PMID: 21290638.

4. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Воробьева Н.М., Остапенко В.С., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А., Переверзев А.П., Дудинская Е.Н. Клинические рекомендации «Старческая астения». *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020. № 1. С. 11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.

5. Esses G., Deiner S., Ko F., Khelemsky Y. Chronic post-surgical pain in the frail older adult. *Drugs Aging*. 2020; 37(5): 321–329. DOI: 10.1007/s40266-020-00761-2.