

УПРАВЛЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛЮ
АДАптиРОВАННОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ СЕСТРИНСКОЕ РУКОВОДСТВО

Нур-Султан 2019

УДК 616
ББК 53.5
У-66

Рецензенты:

Нургожаев Е.С. – д.м.н., профессор кафедры нервных болезней с курсом нейрохирургии НАО КазНМУ им. С.Асфендиярова, Президент ОО «Ассоциация неврологов РК»;
Жумадилов А.Ш. - д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии МУА, председатель Правления «КОАР»;
Куанышбаева А.М. - Президент РОО специалистов сестринского дела «Парыз».

Авторы:

Жунусова Д.К., Балтаева Ж.Ш., Мутиева У.Б., Бижанова Ш.А., Бигелдинова И.А.

Под редакцией:

Умбетжанова А.Т., Байгожина З.А.

У-66 Управление хронической болью: Адаптированное клиническое сестринское руководство/ Жунусова Д.К., Балтаева Ж.Ш., Мутиева У.Б., Бижанова Ш.А., Бигелдинова И.А. - Нур-Султан: 2019. – 44с.

ISBN 978-601-7606-07-7

Руководство содержит рекомендации для медицинских сестер расширенной практики в целях улучшения ухода за пациентами с хронической болью. В руководстве предоставлены рекомендации, основанные на современных принципах доказательной медицины, для наилучшего ведения и лечения пациентов с хронической неспецифической болью.

УДК 616
ББК 53.5

Клиническое руководство обсуждено и одобрено на заседании экспертного совета Республиканского центра развития здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 46 от 26 декабря 2019 г.)

© Жунусова Д.К., Балтаева Ж.Ш., Мутиева У.Б., Бижанова Ш.А., Бигелдинова И.А.

Список сокращений

ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
КПТ	Когнитивно-поведенческая терапия
МТ	Мануальная терапия
НПВП	Нестероидные противовоспалительные препараты
РКИ	Рандомизированные клинические исследования
ССЗ	Сердечно-сосудистые заболевания
ТЦА	Трициклические антидепрессанты
✓	Наилучшая практика

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Адьюванты - Это фармакологические средства, у которых основное действие не обезболивание, но которые могут дополнять действие анальгетиков, делая его более эффективным.

Депрессия – (от лат. depressio - подавление) эмоциональное состояние человека, в котором он переживает подавленность, тоску, отчаяние. У человека в состоянии депрессии ослабевает сила воли, пропадают обычные желания и потребности.

Доказательство - информация, которая является ближайшей к фактическому состоянию проблемы. Форма доказательств зависит от контекста. Наиболее точные доказательства обеспечиваются результатами высококачественных, методологически соответствующих исследований. Поскольку исследования часто являются неполными, а иногда и противоречивыми или недоступными, другие виды информации являются необходимыми для дополнения или замещения исследований. Основанием для принятия решения является множественные формы доказательств, объединенные для обеспечения сбалансированности строгости и целесообразности, с преобладанием первого компонента над вторым (Canadian Health Services Research Foundation, 2005).

Кокрановский обзор (сотрудничество) -это международная организация, целью работы которой является оказание помощи в выборе информированного решения в области здравоохранения путем подготовки и распространения систематических обзоров об эффекте проведенных исследований.

Консенсус - общее согласие по обсуждаемому вопросу, достигнутое в порядке обсуждения, без процедуры голосования.

Качество жизни - это восприятие индивидами их положения в жизни в контексте культуры и системе ценностей, в которых они живут, в соответствии с целями, ожиданиями, нормами и заботами

Клиническое сестринское руководство - инструмент принятия решений для медсестры

Когнитивные нарушения (проблемы) – нарушения наиболее сложных функций головного мозга, с помощью которых осуществляется рациональное познание мира и взаимодействие с ним.

Когнитивно-поведенческая терапия – это форма психотерапии, объединяющая в себе техники когнитивной и поведенческой терапии. Она ориентирована на конкретную проблему и нацелена на результат

Когортное исследование - это аналитическое проспективное исследование, проводится для поиска причин, факторов риска, определения прогноза заболеваний.

Мультидисциплинарная команда – команда различных специалистов здравоохранения, работающих совместно для оказания современной и качественной помощи и услуг пациентам внутри одного медицинского учреждения, между несколькими медицинскими учреждениями.

Мета-анализ - объединение результатов нескольких исследований методами статистики для проверки одной или нескольких взаимосвязанных научных гипотез//обобщение количественных данных двух и более исследований с определением средних показателей.

Нейробиология - общее название для отрасли науки, занимающейся изучением нервной системы и ее главного органа - мозга. Она включает анализ на многих уровнях, начиная с рассмотрения химической структуры отдельных молекул и заканчивая исследованием сложнейших поведенческих явлений.

Нейропатическая боль — это вид боли, который, в отличие от обычной боли, возникает не вследствие реакции на физическое повреждение, а в результате патологического возбуждения нейронов. Она может быть постоянной и / или эпизодической. Причиной нейропатической боли могут быть патологические процессы в периферической и центральной нервной системе

Ноцицептивная боль - это активность в афферентных (чувствительных) нервных волокнах периферической и центральной нервной системы, причиной ноцицептивной боли является травма тканей тела. Травма может быть в виде пореза, кровоподтека, перелома кости в результате аварии, ожога или другого вида повреждения ткани. Большинство видов боли — это ноцицептивная боль. Она возникает вследствие стимуляции болевых рецепторов травмы тканей (ноцицепторов), которые расположены в основном в коже или внутренних органах. Боль этого типа обычно ноющая, резкая или пульсирующая, однако она может быть тупой.

Обсервационное исследование – клиническое исследование, в котором исследователь собирает данные путём простого наблюдения событий в их естественном течении, не вмешиваясь в них активно.

Описательные исследования - исследования, которые генерируют гипотезы и описывают характеристики выборки в определенный момент времени. Исследователи не применяют вмешательств, воздействия фактора риска или лечения для тестирования гипотезы, но отвечают на вопросы «кто, где и когда» в привязке к исходам (CDC, 2013; The Cochrane Collaboration, 2005). Описательные исследования включают поперечные исследования. Поперечные исследования - исследования, изучающие

распространенность некоторых характеристик в популяции в определенный момент времени (The Cochrane Collaboration, 2005).

Пациент – индивид, с которым поставщик услуг здравоохранения занимается терапией. В большинстве случаев пациент является физическим лицом, но этот термин может также включать членов семьи человека и / или заменяющих лиц, принимающих решения (группу или сообщество) (CNO, 2013а).

Плацебо - вещество без явных лечебных свойств, используемое для имитации лекарственного средства в исследованиях, где оцениваемый эффект может быть искажён верой самого пациента в действенность препарата, или для улучшения самочувствия пациента в случаях отсутствия более действенного лекарственного средства.

Полипрагматизация - одновременное (нередко необоснованное) назначение множества лекарственных средств. Причиной одновременного назначения нескольких лекарств может быть наличие сопутствующих заболеваний (мультиморбидность), доступность лекарственных средств, а также клинические рекомендации, руководства профессиональных медицинских обществ, стандарты лечения, содержащие в некоторых случаях рекомендации по применению в комплексной терапии более 5 препаратов только по одному показанию, эффективность которых соответствует высоким уровням доказательности.

Рандомизированное контролируемое исследование – тип научного эксперимента, при котором его участники случайным образом делятся на группы, в одной из которых проводится исследуемое вмешательство, а в другой применяются стандартные методики или плацебо.

Ретроспективное исследование - изучаются исходы проведенных ранее клинических исследований, т.е. исходы наступают до того, как начато исследование

Самоменеджмент - это способность отдельного человека управлять симптомами, лечением, физическими, психологическими последствиями и изменением образа жизни. Самоменеджмент включает участие пациента в обучении, направленное на достижение конкретных результатов, подготовку к ежедневному мониторингу, развитие навыков и способностей, необходимых для снижения физического и эмоционального воздействия болезни, с участием или без участия команды специалистов

Скрининг - это ряд диагностических мероприятий, направленных на раннее выявление какого-либо заболевания путем поголовного обследования людей, составляющих группу риска.

Систематический обзор - обзор, который «пытается сопоставить все эмпирические данные, которые соответствуют заранее определенным критериям приемлемости

для ответа на конкретный исследовательский вопрос» (The Cochrane Collaboration, 2011). Систематический обзор использует систематические, ясные и воспроизводимые методы для выявления, отбора и критической оценки соответствующих исследований, а также для сбора и анализа данных из исследований, включенных в обзор (The Cochrane Collaboration, 2005, 2011).

Случай-контроль – исследование, в котором сравнивается группа пациентов с конкретным заболеванием или интересующим исходом с группой лиц из той же популяции без заболевания или интересующего исхода (The Cochrane Collaboration, 2005).

Уровень доказательности - инструмент для выражения надежности информации об исследованиях, которые лежат в рекомендациях.

Чек-лист - список действий, необходимых для работы

1. ВЕДЕНИЕ

1.1 Как пользоваться клиническим руководством

Клинические руководства основаны на имеющихся результатах научных исследований и практическом опыте. Данное клиническое сестринское руководство* является документом, предоставляющим информацию для доказательной сестринской практики. Их использование гарантирует, что пациент получает самый качественный уход. Качественно разработанные руководства способствуют улучшению результатов для пациента. Данное клиническое сестринское руководство предназначено для специалистов сестринского дела в Республике Казахстан. Клиническое сестринское руководство может быть использовано другими медицинскими работниками, а также пациентами и членами их семей.

Клинические сестринские руководства — это не алгоритмы, объясняющие выполнение процедур, а скорее инструмент принятия решений для медсестры. При применении клинического сестринского руководства на практике, нужно учитывать тип медицинской организации, условия использования руководства, а также предпочтения пациентов и их семей. Важно отметить, что соблюдение данных рекомендаций не обязательно приводит к улучшению состояния пациента*¹. Клиническое сестринское руководство не отменяет ответственности медсестры в принятии соответствующих решений и аргументированного использования руководства в зависимости от ситуации.

В данном документе представлены предпосылки и процесс разработки клинического сестринского руководства. Цели и методы описаны в начале документа. В основную часть включены рекомендации для сестринской практики. В конце клинического сестринского руководства описан процесс разработки и перечислены разработчики. Кроме этого, даны термины и определения, отмеченные знаком *.

При использовании данного клинического сестринского руководства в медицинской организации рекомендуется оценить его на предмет соответствия и приемлемости в конкретных условиях.

Данное клиническое сестринское руководство является адаптацией шотландского руководства SIGN 136 Management of chronic pain и разработано в соответствии с «Методологическими рекомендациями по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2) [1].

1.2 Краткое содержание

В руководстве подробно описаны рекомендации, основанные на современных доказательных данных по уходу за пациентами с хронической болью. При этом основное

¹ Определение терминов, помеченных * дано в начале документа

внимание уделяется оценке боли, планированию и самообслуживанию больных с хронической болью.

Руководство включает в себя рекомендации для медицинских сестер по организации планирования по улучшению ухода, включая психологические вмешательства, физиотерапию, нетрадиционные методы лечения и рекомендации по питанию.

В клиническом руководстве представлены высококачественные мета-анализы*, систематические обзоры* и рекомендуемая передовая практика.

В руководстве представлены инструменты оценки боли, пути взаимодействия пациента и специалиста, мультидисциплинарные программы по обезболиванию, когнитивно-поведенческой терапии*, регулирование сроков вмешательств оказания медицинской помощи.

Имеется информация для медицинских сестер, предназначенная для обсуждения с пациентами и их семьями/ лицами, осуществляющими уход (коммуникации, барьеры для понимания, обучение пациентов).

В приложениях клинического руководства даются рекомендации для пациентов с хронической болью, определение степени интенсивности и оценки хронической боли и определение эффективности лечения.

Кроме того, имеется список терминов определений, сокращений и использованных источников литературы.

1.3 Уровень доказательности*

Уровень доказательности - это инструмент для выражения надежности информации об исследованиях, которые лежат в основе рекомендаций. Клинические сестринские руководства в Республике Казахстан являются адаптацией оригинальных международных руководств, где используются различные способы градации доказательств*. Чем выше градация, тем более значима доказательность данных рекомендаций.

В данном клиническом сестринском руководстве уровни доказательности описаны в следующей таблице (Табл.1).

Таблица 1. Уровни достоверности.

Уровень достоверности рекомендаций	Уровень убедительности доказательств	Источники доказательств	Уровень доказательности оригинального руководства (SIGN)
A	Высокая достоверность	Высококачественные или хорошо	1+++ 1++

		спланированные мета анализы или систематические обзоры РКИ, РКИ с очень низкой и низкой вероятностью систематической ошибки	1+
В	Умеренная достоверность	Высококачественные систематические обзоры когортных исследований* или исследований случай-контроль* или когортных исследований и исследований случай-контроль с очень низкой вероятностью систематической ошибки	2++
С	Ограниченная достоверность	Хорошо спланированные когортные исследования и исследования случай-контроль с низкой вероятностью систематической ошибки	2+
D	Строгие научные доказательства	Описательные исследования* (описания случаев и серии случаев) и мнения экспертов	3 4
GP (good practice)	Наилучшая практика	Рекомендуемая наилучшая практика, основанная на клиническом опыте	✓

✓ Знаком обозначены рекомендации, основанные на наилучшей клинической практике, выделены курсивом

2. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ

2.1 Управление хронической болью

Хроническая боль является серьезной клинической проблемой: по оценкам, во всем мире каждый пятый взрослый страдает от боли, а у каждого десятого ежегодно диагностируется хроническая боль [2]. 10% населения мира - около 60 миллионов человек - страдают от хронической боли [2], и достаточно надежные оценки в отдельных

странах и регионах указывают на то, что распространенность хронической боли приближается к 20-25% [3-5].

Распространенность и огромные социальные и медицинские последствия хронической боли требуют, чтобы медицинское сообщество уделяло этому вопросу должное внимание.

Хотя болевой синдром встречается у различных групп населения, независимо от возраста, пола, дохода, расы/этнической принадлежности или географического положения, она неравномерно распределена по всему земному шару. Боль может быть острой, хронической, периодической (непостоянного характера) или возможна комбинация всех трех видов. К основным причинам боли относится рак, остео- и ревматоидный артрит, операции и травмы, а также проблемы с позвоночником, что делает этиологию боли сложной, междисциплинарной проблемой. Боль сопровождается множественными серьезными последствиями, в том числе депрессией, ведет к инвалидности, нарушением социальных отношений и суицидальными мыслями [2].

2.2 Цель руководства

Цель руководства-улучшить уход за пациентами с хронической болью. В этом руководстве предоставлены рекомендации, основанные на современных принципах доказательной медицины, для наилучшего ведения и лечения пациентов с хронической неспецифической болью.

2.3. Целевые пользователи

Данное руководство предназначено для медицинских сестер расширенной практики. Также оно может быть использовано другими медицинскими и немедицинскими работниками, вовлеченными в процесс оказания помощи, включая врачей общей практики, фармацевтов, реабилитологов, физиотерапевтов, психологов, организаторов здравоохранения, пациентов с хронической болью, лиц, осуществляющих уход.

2.4.Целевая популяция

Целевая популяция для данного клинического сестринского руководства – это пациенты с хронической болью, находящиеся на амбулаторном лечении.

2.5.Клинические вопросы, рассмотренные в руководстве

Каковы наиболее оптимальные сестринские стратегии по ведению больных с хронической болью?

Каковы наиболее подходящие сестринские стратегии в достижении оптимального контроля пациентов с хронической болью, включая самоменеджмент/самоконтроль*?

Какое образование и обучение требуется медсестрам при планировании ухода за больными с хронической болью?

3. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Следующие рекомендации были выделены группой разработчиков руководства в качестве основных клинических рекомендаций, которые должны быть приоритетными для реализации.

3.1 Оценка и планирование ухода

- ✓ *Краткий анамнез, обследование, физикальная и психосоциальная оценка с выявлением типа боли (нейропатическая*/ноцицептивная*), тяжести, функционального воздействия должны проводиться у всех пациентов с хронической болью. Это послужит основой для выбора наиболее эффективных вариантов лечения.*

3.2 Поддерживающий самоменеджмент/самоконтроль

- ✓ *Медицинским работникам следует рекомендовать пациентам ресурсы самоменеджмента. Самоменеджмент может использоваться на ранней стадии болевого синдрома в качестве части долгосрочной стратегии лечения.*

3.3 Фармакологический менеджмент

Лекарственная терапия является важнейшей составной частью лечебного процесса. От того насколько умело и грамотно медицинская сестра вводит назначенные пациенту лекарственные средства, во многом зависит успех лечения. ***Медицинская сестра имеет право вводить лекарственные средства только по назначению врача!***

- ✓ *Пациентам, использующим анальгетики для снятия хронической боли, необходимо проводить осмотр не реже одного раза в год, а в случае смены лекарственных препаратов или изменении болевого синдрома и/или сопутствующих заболеваний - чаще.*

- D *Следует рекомендовать пациенту обращение к врачу-специалисту в случае необходимости увеличения дозировки лекарственного препарата или при неэффективности принимаемого обезболивающего.*

3.4 Психологические вмешательства

С | Пациентам с хронической болью следует предложить программу обезболивания

3.5 Физиотерапия

В | Пациентам с хронической болью рекомендована физиотерапия и лечебная физкультура

А | В дополнение к лечебной физкультуре пациентам с хронической болью в пояснице следует советовать поддерживать режим общей активности для улучшения состояния в долгосрочной перспективе.

4. МЕТОДЫ

4.1 Методы, используемые для сбора и выбора доказательств

Систематический обзор литературы проводился с использованием определенной стратегии поиска. Базы данных, в которых проводился поиск, включают Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований (CENTRAL), Национальный институт исследований в области здравоохранения - оценка технологий здравоохранения (NIHR-HTA), Medline, Medline In-Process, Embase, Cinahl, PsycINFO и Кокрановская библиотека. Поиск проводился по публикациям за период 2009-2019 годы. Каждый из выбранных источников оценивался двумя членами группы с использованием стандартных чек-листов*.

4.2. Методы, используемые для оценки и анализа доказательств

Группой разработчиков руководства рассматривается совокупность доказательств по каждому клиническому вопросу. Перед принятием решения о включении данных исследования в руководство проводится оценка найденных доказательств. Основное внимание уделяется качеству имеющихся данных, а не выводам.

4.3. Методы для формулировки рекомендаций

Группа разработки руководств формулирует рекомендации путем неформального консенсуса*.

5. РЕКОМЕНДАЦИИ

5.1. Оценка и планирование ухода

5.1.1. ИНСТРУМЕНТЫ ОЦЕНКИ

Необходимым условием для управления процессом лечения и оценки его успешности является оценка степени тяжести и вида боли до начала лечения. [6,7].

4+

В практике используются краткие и хорошо зарекомендовавшие себя инструменты оценки

боли в неспециализированных учреждениях. К ним относятся инструменты для измерения степени тяжести боли и/или ее функционального воздействия, для выявления нейропатической боли, а также для прогнозирования риска хронизации боли при острых болевых ощущениях.

В исследованиях по качеству жизни пациентов с хронической болью для оценки результатов лечения пациенты с поясничной болью были поделены на группы с низким, средним и высоким риском плохого прогноза. Лица, входящие в группу среднего риска, направляются на физиотерапию, а лицам, входящим в группу повышенного риска, дополнительно показана консультация психолога.

1
+

✓ У всех пациентов с хронической болью следует собрать краткий анамнез, провести обследование, оценку физического и психосоциального статуса, выявляя тип боли (нейропатическая/ноцицептивная/смешанная), тяжесть, функциональное воздействие. Это послужит основой для выбора наиболее эффективных вариантов лечения.

Траектория проведения оценки боли и ее интенсивности представлена в **Приложении 3**

5.1.2 СРОКИ ВМЕШАТЕЛЬСТВА

Специальные ресурсы для лечения хронических болей ограничены, и между началом заболевания, диагностикой хронической боли, направлением к специалисту и посещением врача-специалиста часто проходит много времени.

✓ Когда неспецифическое лечение не помогает, хроническая боль плохо поддается контролю, имеют место стрессовые ситуации, необходимо направить пациента к нужному специалисту.

Исследования высокого качества доказали, что длительная задержка с консультацией специалистов приводит к ухудшению состояния к моменту проведения этих консультаций. Существует консенсус в отношении того, что задержка более чем на шесть месяцев является неприемлемой с медицинской точки зрения [8].

2+
+

5.1.3 ОРГАНИЗАЦИЯ УХОДА

Организация ухода включает в себя оценку потребностей пациента, разработку индивидуального плана ухода, управление доступом к другим услугам, а также мониторинг и переоценку этих потребностей [9]. Стратегии управления лечением используются в первичной медико-санитарной помощи при многих видах хронической боли и направлены на повышение качества ухода

Многие исследования показали, что подходы к управлению уходом при боли возможны, но требуют значительных финансовых и ресурсных издержек и не всегда ведут к клинически значимому улучшению результатов[10, 11].

5.1.4 ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ ПАЦИЕНТА И СПЕЦИАЛИСТА (МЕДИЦИНСКОГО РАБОТНИКА)

Исследования показывают, что подходы, ориентированные на привлечение пациентов с хронической болью в процесс принятия решений с профессионалами, как правило, улучшает удовлетворенность пациентов взаимодействием, снижает уровень тревоги и боли [12-18]. Необходима специальная подготовка специалистов по применению этих подходов	3 2+ 1+ 2+ +
--	--------------------------

- ✓

<i>Пациент-ориентированный подход в оценке и лечении хронической боли может оптимизировать терапевтическую среду и повысить шансы на успешный результат.</i>
--

5.2 Поддерживающий самоменеджмент/самоконтроль

Программы само менеджмента-это безопасные, низко технологичные, доступные по цене мероприятия, призванные помочь пациентам лучше справиться со своими болями [19]. Поддерживающий самоменеджмент отличается от простого обучения навыкам. Эти структурированные программы направлены на то, чтобы позволить людям принимать активное участие в лечении хронической боли [20]. Эти программы носят, в основном, образовательный характер, направлены на самообслуживание и осуществляются непрофессионалами. Форма предоставления может быть групповой или индивидуальной, очной, через обычную или электронную почту. Важнейшим компонентом является взаимодействие между участником	1+
--	----

и обучающим.

В исследованиях установлено, что участие в программе самоменеджмента снижает заболеваемость и инвалидность у пациентов с артритом на срок до 12 месяцев. [19]. Исследования программ самообразования пациентов с различными хроническими болями, показали повышение уверенности участников в способности управлять своим здоровьем, улучшение общего состояния посредством применения аэробных упражнений [20]. Пациенты нуждаются в консультациях и специальных инструкциях к соответствующим упражнениям. Простых советов недостаточно.[25]	1+
---	----

С При лечении пациентов с хронической болью следует иметь в виду, что ресурсы для самообразования пациентов могут быть рассмотрены как дополнение к другим видам терапии.

✓ *Медицинские работники могут рекомендовать пациентам различные ресурсы (в том числе интернет)самоконтроля и самопомощи. Самоконтроль может использоваться при ранней стадии боли в качестве долгосрочной стратегии лечения*

5.3 Фармакологический менеджмент

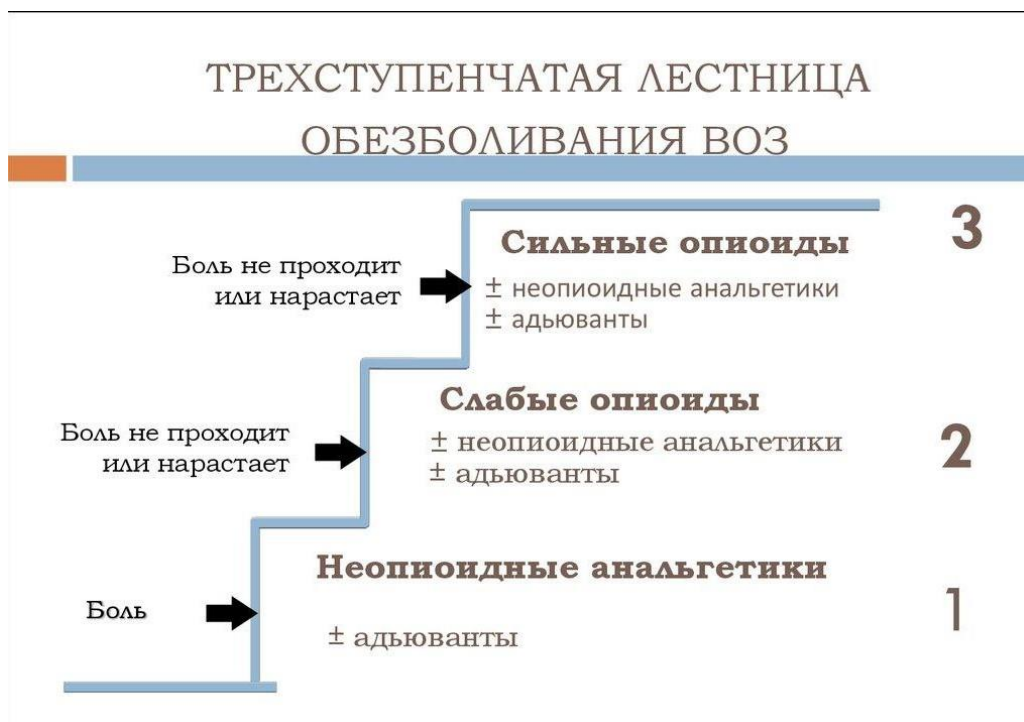
Фармакологическая терапия является функционалом врача. Только врач имеет право назначать лекарственные препараты, изменять дозировку или производить замену одного лекарственного средства на другое. Медикаментозная терапия является одним из важнейших лечебных мероприятий, это зависимое сестринское вмешательство, направленное на выполнение врачебных назначений. Медицинская сестра должна обладать хорошими теоретическими знаниями и практическими умениями, понимать механизм действия препаратов, их дозировку, пути и скорость введения, возможные побочные действия и осложнения, которые могут возникнуть при введении лекарственных средств. Сильнодействующие, наркотические и психотропные вещества медицинская сестра имеет право вводить только по предписанию врача.

Данная глава носит информационный характер, в ней даются базовые сведения о характеристике, основных принципах и целях применения лекарственных препаратов при лечении пациентов с хронической болью

В лечении хронических болей врачами используется широкий спектр анальгетиков. В данном разделе рассматривается не только каждый анальгетик в отдельности, но ряд общих аспектов, которые нужно учитывать при их применении.

Последующая информация предназначена для повышения общей осведомленности медицинских сестер в вопросах фармакологического менеджмента боли.

Всемирная организация здравоохранения широко использует и рекомендует *Принцип «лестницы»* (ступенчатое обезболивание – «анальгетическая лестница») для базового лечения острых и хронических болей: последовательное применение анальгезирующих препаратов, которое основано на использовании единых (унифицированных) диагностических подходов, позволяющих определять в динамике изменение состояния пациента и, соответственно, менять лекарственное средство [26,27]. Для назначения адекватной лекарственной терапии необходима оценка, диагностика и дальнейшая плановая оценка боли с отслеживанием побочных эффектов. (См. Приложение 1, 2 для получения информации о способах оценки и организации ухода).



Существуют значительные различия в реакции пациентов на обезболивание, как с точки зрения эффективности, так и побочных эффектов [28]. Даже при одном и том же хроническом болевом синдроме, нейробиология* у людей различна. [29,30]. Так, например, если пациент не переносит препарат, либо испытывает неадекватную

анальгезию, то стоит рассмотреть другой препарат из того же класса лекарственных средств.

Применение полипрагмазии* научно обосновано при купировании острой послеоперационной боли, где используется комбинация анальгетиков из-за сложного характера нейробиологии боли[31]. В Кокрановском обзоре* имеются сведения о применении комбинированной терапии у пациентов с нейропатическими болями, получены хорошие доказательства эффективности двух и более лекарственных комбинаций[32].

Независимо от вида обезболивания, регулярный контроль и повторная оценка боли необходима для определения -сохраняет ли данное лекарственное средство свою ценность и может использоваться для обеспечения постоянного качественного лечения

- ✓ Пациенты, использующие анальгетики для лечения хронической боли, должны проходить осмотр не реже одного раза в год, а в случае смены лекарств или изменения болевого синдрома и/или сопутствующих болей – несколько раз в год.

НЕОПИОИДНЫЕ АНАЛЬГЕТИКИ

НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фармак. группа	Препарат	Показания	Уровень доказат	Побочные эффекты	Дополнительная информация
Неопиоидные анальгетики: НПВП [33-35]	пироксикам, напроксен, целекоксиб	Неспецифические хронические боли в пояснице	1++ 2+	Боли в животе, диарея, отек, сухость во рту, сыпь, головокружение, головная боль и усталость. Есть риск развития ССЗ, инсульта и сердечной недостаточности, а также развитие серьезных нарушений в верхних отделах ЖКТ [36]	Селективные ингибиторы циклооксигеназы 2 дают меньше побочных эффектов, чем традиционные НПВП. Наибольший риск кровотечения/перфорации в верхних отделах ЖКТ наблюдается при приеме неселективных НПВП - препаратов с длительным периодом полураспада и медленным высвобождением. Наибольший риск связан с пироксикамом, затем следует напроксен, тогда как ингибиторы циклооксигеназы-2,

					такие как <i>целекоксиб</i> , связаны с наименьшим риском [36].
	ибупрофен, диклофенак, этороксиб		1+	увеличение риска развития инфаркта миокарда и смерти от ишемической болезни сердца [37]	Сочетание парацетамола (1000 мг) и ибупрофена (400 мг) показали значительно больший эффект, чем один парацетамол 1000 мг при болевых ощущениях в коленных суставах [45]
<i>НПВП местного действия</i>	диклофенак местного действия [47]	при заболеваниях опорно-двигательного аппарата, особенно у пациентов, которые не переносят пероральные НПВП	1++	легкие кожные реакции	
	Капсаицин местного действия	невропатические боли при герпетической невралгии и ВИЧ пациенты с нейропатией	1+ 1++		выпускается в виде крема 0,025% или 0,075% основного вещества или в виде пластыря с высокой дозой (8%) основного вещества
	Лидокаиновый пластырь местного действия [51,52]	Постгерпетическая невралгия	1++		

ОПИОИДЫ

Для качественной организации и выполнения назначений врача медсестре необходимо знать особенности использования лекарственных средств, в том числе сильнодействующих, наркотических и психотропных. Она должна также хорошо ориентироваться в симптоматике возможных побочных эффектов и осложнений, которые могут возникнуть при приеме лекарственных препаратов.

В последние несколько десятилетий опиоиды все чаще используются для лечения хронической боли. Существуют различные классификации опиоидов, но в настоящем руководстве будут описаны слабые опиоиды с ограниченной активностью и сильные опиоиды с большей активностью.

Фарм. группа	Препарат	Показания	Уровень доказат	Побочные эффекты	Дополнительная информация
--------------	----------	-----------	-----------------	------------------	---------------------------

Опиоиды слабого действия	трамадол	Хронические болевые состояния: невропатические или смешанные боли.	1+	В организме данные препараты подвержены изменениям метаболизма, что иногда приводит к непредсказуемым последствиям у пациентов[55]	У пожилых пациентов возможно негативное воздействие на психическое здоровье[66]
Сильнодействующие опиоиды	морфин, фентанил,		2+ 2++	Диспепсия, тошнота, запоры [67,68], головная боль, усталость, летаргия, сонливость, сложности с мочеиспусканием (задержка мочи, дискомфорт) [60], седативное действие и респираторная депрессия.	У пациентов пожилого возраста эффект обезболивания опиоидами длительного действия выше, чем у опиоидов короткого действия [66] Длительная опиоидная терапия может привести к повышению риска переломов[69] В пожилом возрасте вероятность злоупотребления опиоидами ниже [66]

✓ *Всем пациентам получающим, сильные опиоиды необходимо регулярно проводить мониторинг оценки боли, побочных эффектов и критериев качества жизни*, для постепенного снижения препарата до минимальной эффективной дозы*

ПРОТИВОЭПИЛЕПТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ И АНТИДЕПРЕССАНТЫ

Фармак. группа	Препарат	Показания	Уровень доказат	Побочные эффекты	Дополнительная информация
Противоэпилептические препараты	Габапентин	Постгерпетическая невралгия, болезненная диабетическая невропатия или смешанная невропатия [73] Центральная невропатия и	1++ 1+	головокружение, сонливость, периферический отек и нарушения походки[75]	

	Прегабалин	фибромиалгия [75]. Прегабалин является эффективной адъювантной терапией при хроническом панкреатите[76].	1++ 1+		Прегабалин не помогает при лечении пациентов страдающих хроническим простатитом, тазовыми болями или ВИЧ-невропатией [77,78]
	Карбамазепин	Нейропатическая боль	1++	Кожная сыпь [79].	
	Леветирацетам	Полинейропатия[85]	1++		
Антидепрессанты	амитриптилин	фибромиалгия и нейропатическая боль [89]	1++		Использование ТЦА для лечения пациентов с фибромиалгией уменьшает болевые ощущения, проявления депрессии и нарушения сна, улучшает качество жизни [89].
	Дулоксетин флуоксетин	Хроническая боль в пояснице[94], фибромиалгия [95] болезненнаядиабетическая периферическая нейропатия[96] остеоартроз [97,98, 99]	1++ 1+		

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ С СОПУТСТВУЮЩЕЙ ДЕПРЕССИЕЙ

✓ *Депрессия - это общее астеническое состояние пациентов с хронической болью. Пациенты должны находиться под наблюдением и получать необходимое лечение от депрессии, назначенное соответствующим врачом*

5.4 Психологические вмешательства

Уже давно признано, что восприятие боли неразрывно связано с эмоциональным, когнитивным и социальным восприятием человека [103]. Жизнь с хронической болью может существенно повлиять на психическое здоровье человека и, следовательно, его реакцию на лечение [104].

✓ *Медицинские работники, направляющие пациентов на психологическую оценку,*

должны понимать, что целью психологических вмешательств является повышение навыков преодоления трудностей и улучшение качества его жизни на фоне проблем, связанных с болями.

5.4.1 МУЛЬТИДИСЦИПЛИНАРНЫЕ ПРОГРАММЫ ПО ОБЕЗБОЛИВАНИЮ

Мультидисциплинарное лечение включает психотерапию, физиотерапию, методы релаксации, обучение пациентов и специфическое лечение. Мультидисциплинарный подход эффективен при лечении пациентов с фибромиалгиями, у лиц с невропатической болью после травмы спинного мозга[105-111].

С | Пациентам с хронической болью рекомендованы специальные программы обезболивания, оказываемые специалистами

5.4.2. ОБУЧЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Хроническая боль отличается от острой, поэтому пациенту необходимо помочь понять механизм боли, рассказать о различии, помочь справиться с ней. Методики обучения в изучении и контролированию боли различаются по продолжительности, представленным темам, профессионализмом тех, кто их проводит, и по возможности, сочетанием их с другими методами терапии.

Обучение для пациентов с хроническими болями в пояснице ведет к уменьшению нетрудоспособности и сокращению сроков пребывания на больничном листе по сравнению с обычным уходом. Обучение пациентов укреплению мышц спины, включая йогу, физиотерапию, тренировки, акупунктуру и массаж дает высокую эффективность долгосрочной перспективе [112, 113].

1++
1+

5.4.3 ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Лечение пациента в данном случае направлено на изменение системы физиологической реакции организма на боль путем снижения мышечного напряжения. Теоретической основой этого подхода является предположение о существовании цикла боли-напряжения, когда боль рассматривается как причина и результат мышечного напряжения. Биологическая обратная связь, релаксация и гипноз являются эффективными для снижения интенсивности боли после лечения и снижения уровня депрессии [114,115].

Оперантная поведенческая терапия основана на представлении, что бесполезные реакции могут быть усилены либо собственным поведением человека, либо поведением

других людей. Например, ошибочное представление, что избежать боли можно за счет неподвижности или исключения активности. С другой стороны, очень обеспокоенная семья, друзья или медицинские работники могут непреднамеренно окружить чрезмерной заботой и обеспечить полный покой, что может повлечь за собой негативные последствия.

✓ *Медицинские работники должны осознавать возможность того, что их собственное поведение и клиническая среда могут влиять на развитие и укрепление вредных поведенческих привычек у пациентов*

5.4.4. КОГНИТИВНО-ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

Психологические вмешательства, основанные на доказательствах, в том числе когнитивно-поведенческая терапия могут осуществляться как на уровне первичного звена, так и в специализированных учреждениях. Несмотря на то, что многие программы обезболивания основаны на познавательных-поведенческих принципах, когнитивно-поведенческая терапия (КПТ) может также осуществляться как монодисциплинарное вмешательство при содействии персонала с соответствующей квалификацией. Хотя большинство медсестер не принимают непосредственного участия в оказании такого рода помощи, важно, чтобы они понимали показания, принципы и знали о доступности такого рода помощи для больного. Также стоит информировать пациента о продолжительности и сути такого метода лечения.

Применение КПТ показало улучшение в виде снижения чувствительности к боли, уменьшения депрессии и увеличения трудоспособности при орофасциальной боли (боль в области лица, челюстей и губ) в течение трех месяцев [116, 117]. Также, КПТ оказала эффективное действие при хронической боли в спине [114, 115]. У пациентов, страдающих ревматоидным артритом, после проведения КПТ отмечено снижение С-реактивного белка [118]. Значительные улучшения в общем состоянии здоровья отмечалось у пациентов с распространенной хронической болью после проведения телефонной и Интернет КПТ [119, 120].

1++

С Когнитивно-поведенческая терапия рекомендуется для лечения пациентов с хронической болью

5.4.5 МЕДИТАЦИЯ

Медитация сознания становится все более актуальным методом лечения хронической боли и других патологических состояниях, когда рекомендуется подбодрить участников, призвать к терпению, выдержке и готовности к восприятию боли. Медитация сознания часто проводится в рамках обучающего цикла, составленного в виде инструкций. Это структурированная программа, которая сочетает в себе различные медитативные практики с модифицированными упражнениями по йоге и воспитанием ума и тела.

Данный вид терапии побуждает участников переоценить отношение к своему опыту, к себе и своим мыслям. Используется, чтобы помочь людям стать более гибкими психологически, способствует сосредоточению внимания на постановке целей, основанных на ценностях.

5.5 Физиотерапия

5.5.1 МАНУАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Мануальная терапия (МТ) является всеобъемлющим термином, который все чаще используется для обозначения различных форм практического лечения, включая манипуляцию и мобилизацию. Мобилизация включает в себя медленные, пассивные движения сустава; как правило, пациент не может выполнять эти движения самостоятельно, но они находятся в пределах нормального физиологического диапазона движения сустава. Манипуляция - это пассивная техника, при которой применяется специально направленная мануальная нагрузка на сустав, на уровне или вблизи конца физиологического диапазона движения.

Эффективность различных МТ-методик, как правило, сравниваются с плацебо. Есть несколько непосредственных исследований различных подходов.

Показана эффективность спинальных манипуляций в качестве обезболивающего средства в сочетании с другими вмешательствами. [126]. Массаж обеспечивает краткосрочное обезболивание для пациентов с хроническими болями в пояснице [127].	1++
---	-----

В Мануальная терапия используется для краткосрочного купирования боли у пациентов с хроническими болями.

Продемонстрировано долговременное улучшение при болевых ощущениях в шее при сочетании МТ и упражнений [128, 129].	1++
---	-----

В При лечении пациентов с хроническими болями в шее следует рассматривать возможность проведения мануальной терапии в сочетании с
--

5.5.2 УПРАЖНЕНИЯ

Упражнения по аэробике и силовые тренировки эффективны у пациентов с фибромиалгией. Аэробика только на рекомендованных уровнях интенсивности положительно влияет на общее самочувствие и физическую функцию [130]. При неспецифических хронических болях в области поясницы эффективны упражнения по облегчению движения и стабилизации. Для профилактики обострения болевого синдрома при неспецифических хронических поясничных болях, легкие упражнения так же полезны, как и энергичные [131]. Исследования показали, что Т'ай-Чи оказывает незначительное положительное влияние на уменьшение боли и улучшение здоровья людей с хроническим артритом. Влияние пилатеса не более эффективно, чем другие виды упражнений по уменьшению боли у лиц с хроническими неспецифическими болями в пояснице [133]. Йога может быть полезным дополнительным подходом к лечению с умеренным воздействием на боль [134]. **Терапевтические водные упражнения** полезны для пациентов с хроническими болями поясницы [135]. Физические и реабилитационные мероприятия у пациентов с хронической неспецифической болью в пояснице продолжительностью более 12 недель в сравнении с обычной лечебной физкультурой и рекомендациями по сохранению активности, показали значительное снижение интенсивности боли [135].

В	При лечении пациентов с хронической болью, независимо от их формы, рекомендуется проводить физические упражнения и физиотерапию
В	Для улучшения выполнения упражнений следует использовать следующие подходы: индивидуальные упражнения под наблюдением инструктора, а также предоставление дополнительного материала в виде комбинированной программы групповых и домашних упражнений.
С	

5.6 ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

АКУПУНКТУРА

Исследования показали небольшое клинически значимое преимущество акупунктуры для краткосрочного обезболивания пациентов с хроническими болями коленных суставов [144,145]. Мета-анализ исследований акупунктуры в сравнении с исследованиями без ее применения показал преимущество данного

1++

<p>метода для облегчения боли и функционального состояния у пациентов с заболеваниями спины, шеи и остеоартритом [146]. У пациентов с остеоартрозом акупунктура показала положительную динамику[147-148].</p>	
<p>Систематический обзор исследований применения акупунктуры у пациентов с хроническим небактериальным простатитом / синдромом хронического тазового заболевания обнаружил девять РКИ, которые показали, что акупунктура является эффективной в сочетании с другими методами лечения [149].</p>	1++
<p>Мета-анализ пяти исследований показал, что аурикулярная акупунктура является эффективным методом лечения различных типов боли, по сравнению с щадящей акупунктурой, плацебо или обычным уходом [150]. Недостаточно доказательств в поддержку использования акупунктуры у пациентов с ревматоидным артритом и фибромиалгией[151].</p>	1++
<p>Акупунктура, проводимая квалифицированными специалистами, не связана с серьезными побочными эффектами [146,147,151].</p>	1++
<p>А</p>	<p>Акупунктура должна рассматриваться для краткосрочного снятия боли у пациентов с хроническими заболеваниями спины или остеоартрозом</p>

ДРУГИЕ ВИДЫ ЛЕЧЕНИЯ

РКИ влияния таких видов лечения болевых ощущений как музыкальная терапия, ароматерапия, гомеотерапия, рефлексология, фитотерапия, гипнотерапия не обнаружили значительной разницы с плацебо, чаще всего имели невысокое качество или показали непоследовательные результаты [151, 153].

5.7 Диетотерапия

Имеется мало высококачественных РКИ по диетическим добавкам для лечения пациентов с хронической болью[154]. Диетотерапия оказалась наиболее эффективной в сочетании с методами глубокого дыхания и акупунктурой. 4
 Натуропатический подход был связан с улучшением качества жизни, снижением индекса массы тела и боли в по сравнению с физиотерапией[157]. Омега-3 жирная кислота, принимаемая в качестве рыбьего жира, эффективна для уменьшения болей в суставах. У пациентов с остеоартрозом показана эффективность биофлавоноидов (экстракты сосновой коры) и шиповника[152].

6. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ

6.1 Вовлечение заинтересованных сторон

Отчет о процессе оценки оригинального клинического руководства доступен на веб-сайте SIGN в разделе вспомогательных материалов для этого руководства [159].

Адаптированная для Республики Казахстан версия клинического сестринского руководства прошла оценку внешними экспертами, привлеченными с целью предоставления комментариев по содержанию, надежности и применимости в условиях РК. Сбор рецензий осуществлялся координационной группой по адаптации руководств. Группа рецензентов была представлена специалистами как сестринского дела так и врачами, имеющими соответствующие знания и практический опыт и работающими с данной категорией пациентов. С целью обеспечения качества клиническое сестринское руководство было направлено на рецензирование в профессиональные ассоциации. Группа по адаптации понимает важность вовлечения в процесс разработки пациентов. Интересы данной группы были учтены при разработке оригинального руководства [159].

6.2 Внешняя оценка и процесс консультирования, использование обратной связи: Для оценки руководства использовалась форма оценки (Приложение 9 к Методическому руководству 2 по адаптации клинических сестринских руководств (Модель заимствована NRF 2013)). Обратная связь была использована для совершенствования качества с целью обеспечения оптимальной применимости руководства в Республике Казахстан.

Рецензенты:

1	Нургожаев Смагулович	Еркин	д.м.н., профессор кафедры нервных болезней с курсом нейрохирургии НАО КазНМУ им.С.Асфендиярова, Президент ОО «Ассоциация неврологов РК»;
2	Жумадилов Шаймарданович	Агзам	д.м.н., профессор кафедры анестезиологии и реаниматологии МУА, председатель Правления «КОАР»;
3	Куанышбаева Алия Муратовна		Президент Ассоциации медсестер РК РОССД «Парыз», Главная медсестра Центр дерматологии, г. Нур-Султан
4	Джумахаева Сериковна	Алия	Руководитель инсульта центра ГКП на ПХВ «Городская многопрофильная больница №2
5	Молдабекова Жусуповна	Аклима	Старшая медицинская сестра инсульта отделения ГКП на ПХВ «Городская больница №1»
6	Нейман Людмила Павловна		Медицинская сестра общего отдела ГКП на ПХВ «Областная больница г.Атырау»
7	Дарин Даурен Бакузанович		Ассистент кафедры неврологии ЗКМУ им. М. Оспанова, Магистр медицинских наук, главный внештатный невролог Управления здравоохранения Актюбинской области

6.3 Консультанты с дополнительными знаниями и опытом: Процесс адаптации проходил при поддержке внешних консультантов из Финляндии, привлеченных в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана-SHIP-Путешествие к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования.

Тиина Эвелина Кивинен, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.

Мерья Мерасто, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

7. ВНЕДРЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО РУКОВОДСТВА

7.1 Стратегия внедрения

Основные положения клинического сестринского руководства реализуются в повседневной клинической практике медицинской сестры.

Клиническое сестринское руководство предназначено для поддержки принятия информированного решения по уходу за пациентами. Цель разработки руководств – повышение *информированности* всех медицинских сестер о национальных клинических сестринских рекомендациях и обеспечение возможности применения информации и рекомендаций, основанных на доказательных данных в своей клинической практике. На основании клинических сестринских рекомендаций также будут подготовлены стандартные операционные процедуры (СОПы).

В Республике Казахстан также разрабатываются и проводятся национальные тренинги по клиническим сестринским руководствам. Подготовленные таким образом национальные тренеры организуют курсы для медсестер в своих областях. Обучение, включающее в себя теорию и практику, направлено на поддержку внедрения клинических сестринских руководств.

При внедрении клинического сестринского руководства необходимо учитывать факторы, способствующие внедрению и барьеры для успешного внедрения. Все заинтересованные стороны должны быть вовлечены в процесс внедрения руководств. Всемирная поддержка со стороны Министерства здравоохранения и местных исполнительных органов здравоохранения, со стороны руководства организаций здравоохранения, хороший обмен информацией и организация качественного обучения медсестер способствует внедрению клинических руководств. Потенциальными препятствиями для внедрения руководств являются, например, слабая управленческая поддержка или устоявшаяся практика, которая не позволяет медсестрам следовать рекомендациям в своей работе.

7.2 Предложения по внедрению

Все медсестры могут следовать основанной на доказательствах информации и клиническим сестринским рекомендациям при уходе за пациентами, которые относятся к целевой группе. Участие в тренинге по клиническим сестринским рекомендациям будет способствовать внедрению клинических рекомендаций по уходу. Для стандартизации процесса внедрения, а также с целью обеспечения единообразного понимания стратегии внедрения следует разработать план внедрения.

8. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА

8.1 Адаптация

Данное руководство является адаптацией клинического руководства «**Management of chronic pain**».

Оригинальное руководство охватывает широкий спектр ведения больных хронической болью. Для адаптации были использованы некоторые разделы оригинального руководства, отражающие роль медицинской сестры в сестринском уходе за пациентами с хронической болью в условиях ПМСП и стационаре с учетом социальных и экономических условий Республики Казахстан.

Получено официальное разрешение от руководства Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) на адаптацию данного клинического руководства:

«This guideline was produced only for NHSScotland in 2013 by SIGN. The current status of SIGN guidelines in Scotland is available at www.sign.ac.uk. The grant of permission to any other person or body outside the UK to reprint or otherwise use the guidelines in any way is given on the strict understanding that such a person or body is not the intended user of the guidelines and the guidelines are used entirely at the person's or body's own risk. SIGN, Healthcare Improvement Scotland and NHSScotland accept no responsibility for any adverse outcomes resulting from such use».

«Это клиническое руководство было разработано SIGN для национальной системы здравоохранения Шотландии в 2013 году. Текущую ситуацию по данному клиническому руководству можно посмотреть на www.sign.ac.uk. Разрешение на копирование, адаптацию любому другому лицу, за пределами Объединенного Королевства было дано при строгом понимании, того что это лицо или организация не является изначальным пользователем руководства, и они используют его руководствуясь собственными рисками. SIGN, Healthcare Improvement Scotland и NHSScotland не несут ответственности в случае наступления нежелательных эффектов в результате такого применения».

8.2 Группа по адаптации

1	Жунусова Динара Каиргелдиевна	доцент кафедры ОВП с курсом доказательной медицины, кандидат медицинских наук, НАО «Медицинский университет Астана»
2	Балтаева Жемис Шолтыровна	ассистент кафедры невропатологии НАО МУА, независимый аккредитованный эксперт
3	Мутиева Улбосын Букеновна	ассистент кафедры клинических дисциплин «УКЦ Астана», специалист сестринского дела
4	Бижанова Шнар Ануарбековна	старшая медсестра физиотерапевтического отделения ГБ №1 г. Нурсултан
5	Бигелдинова Ирина Амангельдиевна	медсестра неврологического отделения БСМП, г. г. Актобе

8.3 Руководящая группа и внешние консультанты

1.	Умбетжанова Таймысовна	Аягёз	ассистент кафедры ОВП с курсом доказательной медицины, НАО «Медицинский университет Астана»
2.	Жунусова Каиргелдиевна	Динара	доцент кафедры ОВП с курсом доказательной медицины, НАО «Медицинский университет Астана»
3.	Бекбергенова Борамбаевна	Жанагуль	ассистент кафедры ОВП с курсом доказательной медицины, НАО «Медицинский университет Астана»
4.	Киспаева Тохтаровна	Токжан	Д.м.н., профессор кафедры медицинской психологии и коммуникативных навыков НАО МУК
5.	Аканов Амангали Балтабекович		к.м.н., начальник отдела науки РЦРЗ

Внешние консультанты

6.	Тиина Эвелина Кивинен		Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.
7.	Мерья Мерасто		Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, JAMK Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

8.4 Конфликт интересов

Участники группы адаптации заявили об отсутствии конфликта интересов.

8.5 Финансирование и другие источники

При адаптации данного руководства источников финансирования не было. Однако при адаптации данного руководства разработчиков были затрачены интеллектуальные, временные и материально-технические ресурсы членов группы.

8.6 Процесс обновления и рассмотрения

Оригинальное руководство выпущено в декабре 2013 года. История пересмотра и любые обновления руководящих принципов в промежуточный период будут отмечены в отчете на сайте разработчиков:

<https://www.sign.ac.uk/guideline-programme.html>

<https://www.sign.ac.uk/current-proposals.html>

В условиях РК данное руководство должно обновляться по мере появления новых доказательных данных, но не реже чем раз в 5 лет.

9. ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИСТОЧНИКИ

1. Эвелина Кивинен, Ханна Хопия, Сари Ярвинен, Илка Вяяннен, 2018, «Методологические рекомендации по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2)
2. International Association for the Study of Pain. Unrelieved pain is a major global healthcare problem. <http://www.iasp-pain.org/AM/Template.cfm?Section=Home&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=2908>
3. Ollila E. Global health priorities - priorities of the wealthy? *Global Health*. 2005;1:6. doi: 10.1186/1744-8603-1-6. [PMC free article] [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
4. Institute of Medicine. Relieving pain in America: A blueprint for transforming prevention, care, education and research. <http://www.iom.edu/Reports/2011/Relieving-Pain-in-America-A-Blueprint-for-Transforming-Prevention-Care-Education-Research.aspx>
5. Gureje O, Von Korff M, Simon GE, Gater R. Persistent pain and well-being: a World Health Organization Study in Primary Care. *JAMA*. 1998;280(2):147–51. doi: 10.1001/jama.280.2.147. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]
6. Haanpää M, Attal N, Backonja M, Baron R, Bennett M, Bouhassira D, et al. NeuPSIG guidelines on neuropathic pain assessment. *Pain* 2011;152(1):14-27.
7. Hara KW, Borchgrevink P. National guidelines for evaluating pain - Patients' legal right to prioritised health care at multidisciplinary pain clinics in Norway implemented 2009. *Scand j Pain* 2010;1(1):60-3.
8. Lynch ME, Campbell F, Clark Aj, Dunbar Mj, Goldstein D, Peng P, et al. A systematic review of the effect of waiting for treatment for chronic pain. *Pain* 2008;136(1-2):97-116.
9. Scottish Government. Better outcomes for older people: Framework for joint services. 2005. [cited 18 Oct 2013]. Available from url: <http://www.scotland.gov.uk/Publications/2005/05/13101338/13397>
10. Dobscha SK, Corson K, Perrin NA, Hanson GC, Leibowitz RQ, Doak MN, et al. Collaborative care for chronic pain in primary care: a cluster randomized trial. *JAMA* 2009;301(12):1242-52.
11. Becker A, Leonhardt C, Kochen MM, Keller S, Wegscheider K, Baum E, et al. Effects of two guideline implementation strategies on patient outcomes in primary care: a cluster randomized controlled trial. *Spine* 2008;33(5):473-80.
12. Manias E, Williams A. Managing pain in chronic kidney disease: patient participation in decision-making. *J Adv Nurs* 2008;61(2):201-10.
13. Alamo MM, Moral RR, Perula de Torres LA. Evaluation of a patient centred approach in generalized musculoskeletal chronic pain/ fibromyalgia patients in primary care. *Patient Educ Couns* 2002;48(1):23-31.
14. Stones RW, Lawrence WT, Selfe SA. Lasting impressions: influence of the initial hospital consultation for chronic pelvic pain on dimensions of patient satisfaction at follow-up. *J Psychosom Res* 2006;60(2):163-7.
15. Main Cj, Buchbinder R, Porcheret M, Foster N. Addressing patient beliefs and expectations in the consultation. *Best Pract Res Clin Rheumatol* 2010;24(2):219-25.
16. Cremeans-Smith jK, Stephens MAP, Franks MM, Martire LM, Druley JA, Wojno WC. Spouses' and physicians' perceptions of pain severity in older women with osteoarthritis: Dyadic agreement and patients' well-being. *Pain* 2003;106(1-2):27-34.
17. Bieber C, Müller KG, Blumenstiel K, Hochlehnert A, Wilke S, Hartmann M, et al. A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: effects of a randomized controlled trial. *J Psychosom Res* 2008;64(1):13-20.
18. Stomski Nj, Mackintosh S, Stanley M. Patient self-report measures of chronic pain consultation measures: a systematic review. *Clin j Pain* 2010;26(3):235-43
19. Du S, yuan C, Xiao X, Chu j, Qiu y, Qian H. Self-management programs for chronic musculoskeletal pain conditions: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns* 2011;85(3):e299-e310.
20. Foster G, Taylor SJC, Eldridge S, Ramsay j, Griffiths Cj. Selfmanagement education programmes by lay leaders for people with chronic conditions. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4.

21. Berman RL, Iris MA, Bode R, Drengenberg C. The effectiveness of an online mind-body intervention for older adults with chronic pain. *J Pain* 2009;10(1):68-79.
22. Carpenter KM, Stoner SA, Mundt JM, Stoelb B. An online selfhelp CBT intervention for chronic lower back pain. *Clin J Pain* 2012;28(1):14-22.
23. Chiauuzzi E, Pujol LA, Wood M, Bond K, Black R, yiu E, et al. painACTION-back pain: a self-management website for people with chronic back pain. *Pain Med* 2010;11(7):1044-58.
24. Ruhlman LS, Karoly P, Enders C. A randomized controlled evaluation of an online chronic pain self management program. *Pain* 2012;153(2):319-30.
25. Liddle SD, Gracey JH, Baxter GD. Advice for the management of low back pain: a systematic review of randomised controlled trials. *Man Ther* 2007;12(4):310-27.
26. zech D, Grond S, Lynch j, Hertel D, Lehmann KA. validation of World Health Organization Guidelines for cancer pain relief: a 10-year prospective study. *Pain* 1995;63(1):65-76.
27. ventafredda v, Tamburini M, Caraceni A, De Conno F, Naldi F. A validation study of the WHO method for cancer pain relief. *Cancer* 1987;59(4):850-6.
28. Moore RA, Derry S, McQuay HJ, Straube S, Aldington D, Wiffen P, et al. Clinical effectiveness: an approach to clinical trial design more relevant to clinical practice, acknowledging the importance of individual differences. *Pain* 2010;149(2):173-6.
29. Rowbotham MC. Mechanisms of neuropathic pain and their implications for the design of clinical trials. *Neurology* 2005;65(12 Suppl 4):S66-73.
30. Maier C, Baron R, Tölle TR, Binder A, Birbaumer N, Birklein F, et al. Quantitative sensory testing in the German Research Network on Neuropathic Pain (DFNS): somatosensory abnormalities in 1236 patients with different neuropathic pain syndromes. *Pain* 2010;150(3):439-50.
31. Dworkin RH, Turk DC, Basch E, Berger A, Cleeland C, Farrar JT, et al. Considerations for extrapolating evidence of acute and chronic pain analgesic efficacy. *Pain* 2011;152(8):1705-8.
32. Chaparro LE, Wiffen PJ, Moore RA, Gilron I. Combination pharmacotherapy for the treatment of neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 7.
33. Roelofs PD, Deyo RA, Koes BW, Scholten RJ, van Tulder MW. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
34. Chou R, Huffman LH. Medications for acute and chronic low back pain: A review of the evidence for an American Pain Society/ American College of Physicians clinical practice guideline. *Ann Intern Med* 2007;147(7):505-14.
35. Kuijpers T, van Middelkoop M, Rubinstein SM, Ostelo R, Verhagen A, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of pharmacological interventions for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J* 2011;20(1):40-50.
36. Masso Gonzalez EL, Patrignani P, Tacconelli S, Garcia Rodriguez LA. variability among nonsteroidal antiinflammatory drugs in risk of upper gastrointestinal bleeding. *Arthritis Rheum* 2010;62(6):1592-601.
37. Coxib and traditional NSAID Trialists' (CNT) Collaboration, Bhala N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, et al. vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013;382(9894):769-79.
38. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of early rheumatoid arthritis. Edinburgh: SIGN; 2011. (SIGN publication no.123). [cited 18 Oct 2013]. Available from url: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/123/index.html>
39. Jordan KM, Cameron JS, Snaith M, Zhang W, Doherty M, Seckl J, et al. British Society for Rheumatology and British Health Professionals in Rheumatology guideline for the management of gout. *Rheumatology* 2007;46(8):1372-4.
40. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Osteoarthritis: the care and management of osteoarthritis in adults. London: NICE; 2008. (NICE guideline CG59). [cited 18 Oct 2013]. Available from url: <http://publications.nice.org.uk/osteoarthritiscg59>
41. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Rheumatoid arthritis: national clinical guideline for management and treatment in adults. London: NICE; 2009. [cited 18 Oct 2013]. Available from url: <http://publications.nice.org.uk/rheumatoidarthritis-cg79>
42. Zhang W, Doherty M, Bardin T, Pascual E, Barskova V, Conaghan P, et al. EULAR evidence based recommendations for gout. Part II: Management. Report of a task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT) *Ann Rheum Dis* 2006;65(10):1312-24.
43. Davies RA, Maher CG, Hancock MJ. A systematic review of paracetamol for non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2008;17(11):1423-30.
44. Towheed TE, Maxwell L, Judd MG, Catton M, Hochberg MC, Wells G. Acetaminophen for osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 1.
45. Doherty M, Hawkey C, Goulder M, Gibb I, Hill N, Aspley S, et al. A randomised controlled trial of ibuprofen, paracetamol or a combination tablet of ibuprofen/paracetamol in community-derived people with knee pain. *Ann Rheum Dis* 2011;70(9):1534-41

46. Richards BL, Whittle SL, Buchbinder R. Neuromodulators for pain management in rheumatoid arthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 1.
47. Derry S, Massey T, Moore RA, McQuayHj. Topical NSAIDS for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 4.
48. Derry S, Moore RA. Topical capsaicin (low concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 9.
49. De Silva v, El-Metwally A, Ernst E, Lewith G, Macfarlane Gj, Arthritis Research UK Working Group on Complementary and Alternative Medicines. Evidence for the efficacy of complementary and alternative medicines in the management of osteoarthritis: a systematic review. *Rheumatology* 2011;50(5):911-20.
50. Derry S, Sven-Rice A, Cole P, Tan T, Moore RA. Topical capsaicin (high concentration) for chronic neuropathic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 2.
51. Khaliq W, Alam S, Puri N. Topical lidocaine for the treatment of postherpetic neuralgia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2.
52. Finnerup NB, Sindrup SH, Jensen TS. The evidence for pharmacological treatment of neuropathic pain. *Pain* 2010;150(3):573-81.
53. Matthews P, Derry S, Moore RA, McQuayHj. Topical rubefaciants for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
54. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Control of pain in adults with cancer. Edinburgh: SIGN; 2008. (SIGN publication no.106). [cited 18 Oct 2013]. Available from url: <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/106/index.html>
55. Searle R, Hopkins PM. Pharmacogenomic variability and anaesthesia. *Br j Anaesth* 2009;103(1):14-25.
56. Bekkering GE, Soares-Weiser K, Reid K, Kessels AG, Dahan A, Treede RD, et al. Can morphine still be considered to be the standard for treating chronic pain? A systematic review including pair-wise and network meta-analyses. *Curr Med Res Opin* 2011;27(7):1477-91
57. Deshpande A, Furlan A, Mailis-Gagnon A, Atlas S, Turk D. Opioids for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 3.
58. Manchikanti L, Ailinani H, Koyyalagunta D, Datta S, Singh v, Eriator I, et al. A systematic review of randomized trials of long-term opioid management for chronic non-cancer pain. *Pain Physician* 2011;14(2):91-121.
59. Martell BA, O'Connor PG, Kerns RD, Becker WC, Morales KH, Kosten TR, et al. Systematic review: opioid treatment for chronic back pain: prevalence, efficacy, and association with addiction. *Ann Intern Med* 2007;146(2):116-27.
60. Noble M, Treadwell jR, TregearSj, Coates vH, WiffenPj, Akafomo C, et al. Long-term opioid management for chronic noncancer pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1.
61. Steiner D, Munera C, Hale M, Ripa S, Landau C. Efficacy and safety of buprenorphine transdermal system (BTDS) for chronic moderate to severe low back pain: a randomized, double-blind study. *J Pain* 2011;12(11):1163-73.
62. yarlas A, Miller K, Wen W, Dain B, Lynch Sy, Pergolizzijv, et al. A randomized, placebo-controlled study of the impact of the 7-day buprenorphine transdermal system on health-related quality of life in opioid-naïve patients with moderate-to-severe chronic low back pain. *J Pain* 2013;14(1):14-23.
63. Haroutiunian S, McNicol ED, Lipman AG. Methadone for chronic non-cancer pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 11.
64. Afilalo M, Etropolski MS, Kuperwasser B, Kelly K, Okamoto A, van Hove I, et al. Efficacy and safety of Tapentadol extended release compared with oxycodone controlled release for the management of moderate to severe chronic pain related to osteoarthritis of the knee: a randomized, double-blind, placebo- and active-controlled phase III study. *Clin Drug Investig* 2010;30(8):489-505
65. Lange B, Kuperwasser B, Okamoto A, Steup A, Haufel T, Ashworth j, et al. Efficacy and safety of tapentadol prolonged release for chronic osteoarthritis pain and low back pain. *AdvTher* 2010;27(6):381-99.
66. Papaleontiou M, Henderson jr CR, Turner Bj, Moore AA, Olkhovskaya y, Amanfo L, et al. Outcomes associated with opioid use in the treatment of chronic noncancer pain in older adults: A systematic review and meta-analysis. *J Am GeriatrSoc* 2010;58(7):1353-69.
67. Devulder j, Jacobs A, Richarz U, Wiggert H. Impact of opioid rescue medication for breakthrough pain on the efficacy and tolerability of long-acting opioids in patients with chronic non-malignant pain. *Br j Anaesth* 2009;103(4):576-85.
68. Annemans L. Pharmacoeconomic impact of adverse events of long-term opioid treatment for the management of persistent pain. *Clin Drug Investig* 2011;31(2):73-86.
69. Takkouche B, Montes-Martínez A, Gill SS, Etminan M. Psychotropic medications and the risk of fracture: a meta-analysis. *Drug Saf* 2007;30(2):171-84.
70. Chou R, FanciulloGj, Fine PG, Miaskowski C, Passik SD, Portenoy RK. Opioids for chronic noncancer pain: prediction and identification of aberrant drug-related behaviors: a review of the evidence for an

- American Pain Society and American Academy of Pain Medicine clinical practice guideline. *J Pain* 2009;10(2):131-46.
71. British Pain Society. Opioids for persistent pain: good practice. London: British Pain Society; 2010. [cited 18 Oct 2013]. Available from url: http://www.britishpainsociety.org/pub_professional.htm#opioids
 72. Dunn KM, Saunders KW, Rutter CM, Banta-Green Cj, Merrill jO, Sullivan MD, et al. Opioid prescriptions for chronic pain and overdose: A cohort study. *Ann Intern Med* 2010;152(2):85-92.
 73. Moore RA, WiffenPj, Derry S, McQuayHj. Gabapentin for chronic neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 3.
 74. Kimos P, Biggs C, Mah j, Heo G, Rashid S, Thie NM, et al. Analgesic action of gabapentin on chronic pain in the masticatory muscles: a randomized controlled trial. *Pain* 2007;127(1-2):151-60.
 75. Moore RA, Straube S, WiffenPj, Derry S, McQuayHj. Pregabalin for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 3.
 76. Olesen SS, Bouwense SA, Wilder-Smith OH, van Goor H, Drewes AM. Pregabalin reduces pain in patients with chronic pancreatitis in a randomized, controlled trial. *Gastroenterology* 2011;141(2):536-43.
 77. Pontari MA, Krieger jN, Litwin MS, White PC, Anderson RU, McNaughton-Collins M, et al. Pregabalin for the treatment of men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a randomized controlled trial. *Arch Intern Med* 2010;170(17):1586-93.
 78. Simpson DM, Schifitto G, Clifford DB, Murphy TK, Durso-De Cruz E, Glue P, et al. Pregabalin for painful HIV neuropathy: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Neurology* 2010;74(5):41320.
 79. WiffenPj, Derry S, Moore RA, McQuayHj. Carbamazepine for acute and chronic pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 1.
 80. Gill D, Derry S, WiffenPj, Moore RA. valproic acid and sodium valproate for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 10.
 81. Hearn L, Derry S, Moore RA. Lacosamide for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 2.
 82. WiffenPj, Derry S, Moore RA. Lamotrigine for acute and chronic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2.
 83. Birse F, Derry S, Moore RA. Phenytoin for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5
 84. Corrigan R, Derry S, WiffenPj, Moore RA. Clonazepam for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 5.
 85. Holbechjv, Otto M, Bach FW, Jensen TS, Sindrup SH. The anticonvulsant levetiracetam for the treatment of pain in polyneuropathy: a randomized, placebo-controlled, cross-over trial. *Eur J Pain* 2011;15(6):608-14
 86. Watson CPN, Gilron I, Sawynok j. A qualitative systematic review of head-to-head randomized controlled trials of oral analgesics in neuropathic pain. *Pain Res Manag* 2010;15(3):147-57
 87. Mujakperuo HR, Watson M, Morrison R, Macfarlane Tv. Pharmacological interventions for pain in patients with temporomandibular disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 10.
 88. Urquhart DM, HovingjL, AssendelftWWjj, Roland M, van Tulder MW. Antidepressants for non-specific low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
 89. Hauser W, Bernardy K, Uceyler N, Sommer C. Treatment of fibromyalgia syndrome with antidepressants: a meta-analysis. *JAMA* 2009;301(2):198-209.
 90. Khoromi S, Cui L, Nackers L, Max MB. Morphine, nortriptyline and their combination vs. placebo in patients with chronic lumbar root pain. *Pain* 2007;130(1-2):66-75.
 91. Rintala DH, Holmes SA, Courtade D, Fiess RN, TastardLv, Loubser PG. Comparison of the effectiveness of amitriptyline and gabapentin on chronic neuropathic pain in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2007;88(12):1547-60.
 92. Goldman RH, Stason WB, Park SK, Kim R, Mudgal S, Davis RB, et al. Low-dose amitriptyline for treatment of persistent arm pain due to repetitive use. *Pain* 2010;149(1):117-23.
 93. Moore RA, Derry S, Aldington D, Cole P, WiffenPj. Amitriptyline for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 12.
 94. Skljarevski v, Ossanna M, Liu-Seifert H, Zhang Q, Chappell A, Iyengar S, et al. A double-blind, randomized trial of duloxetine versus placebo in the management of chronic low back pain. *Eur J Neurol* 2009;16(9):1041-8.
 95. Roskell NS, Beard SM, Zhao Y, Le TK. A meta-analysis of pain response in the treatment of fibromyalgia. *Pain Pract* 2011;11(6):516-27.
 96. Lunn MP, Hughes RA, WiffenPj. Duloxetine for treating painful neuropathy or chronic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4.
 97. Hochberg MC, Wohlreich M, Gaynor P, Hanna S, Risser R. Clinically relevant outcomes based on analysis of pooled data from 2 trials of duloxetine in patients with knee osteoarthritis. *J Rheumatol* 2012;39(2):352-8.

98. Chappell AS, Desai D, Liu-Seifert H, Zhang S, Skljarevski V, Belenkov Y, et al. A double-blind, randomized, placebo-controlled study of the efficacy and safety of duloxetine for the treatment of chronic pain due to osteoarthritis of the knee. *Pain Pract* 2011;11(1):33-41.
99. Skljarevski V, Zhang S, Desai D, AlakaKj, Palacios S, Miazgowski T, et al. Duloxetine versus placebo in patients with chronic low back pain: a 12-week, fixed-dose, randomized, double-blind trial. *J Pain* 2010;11(12):1282-90.
100. Häuser W, Ürrütia G, Tort S, Üçeyler N, Walitt B. Serotonin and noradrenaline reuptake inhibitors (SNRIs) for fibromyalgia syndrome. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2013, Issue 1.
101. Derry S, Gill D, Phillips T, Moore RA. Milnacipran for neuropathic pain and fibromyalgia in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2012, Issue 3.
102. Kroenke K, Bair MJ, Damush TM, Wu J, Hoke S, Sutherland J, et al. Optimized antidepressant therapy and pain self-management in primary care patients with depression and musculoskeletal pain: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009;301(20):2099-110.
103. Melzack R, Wall PD. Pain mechanisms: a new theory. *Science* 1965;150(3699):971-9.
104. vonKorff M, Simon G. The relationship between pain and depression. *Br J Psychiatry Suppl* 1996;30:101-8.
105. Engel G. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977;196(4286):129-36.
106. Ravenek MJ, Hughes ID, Ivanovich N, Tyrer K, Desrochers C, Klinger L, et al. A systematic review of multidisciplinary outcomes in the management of chronic low back pain. *Work* 2010;35(3):349-67.
107. vanMiddelkoop M, Rubinstein SM, Kuijpers T, Verhagen AP, Ostelo R, Koes BW, et al. A systematic review on the effectiveness of physical and rehabilitation interventions for chronic non-specific low back pain. *Eur Spine J* 2011;20(1):19-39.
108. vanGeen JW, Edelaar MJ, Janssen M, van Eijk JT. The long-term effect of multidisciplinary back training: a systematic review. *Spine* 2007;32(2):249-55.
109. Scascighini L, Toma V, Dober-Spielmann S, Sprott H. Multidisciplinary treatment for chronic pain: a systematic review of interventions and outcomes. *Rheumatology* 2008;47(5):670-8.
110. vanKoulik S, van Lankveld W, Kraaijmaat FW, van Helmond T, Vedder A, van Hoorn H, et al. Tailored cognitive-behavioral therapy and exercise training for high-risk patients with fibromyalgia. *Arthritis Care Res* 2010;62(10):1377-85.
111. Heutink M, Post MWM, Bongers-Janssen HMH, Dijkstra CA, Snoek GJ, Spijkerman DCM, et al. The CONECSE trial: Results of a randomized controlled trial of a multidisciplinary cognitive behavioral program for coping with chronic neuropathic pain after spinal cord injury. *Pain* 2012;153(1):120-8.
112. Brox JI, Storheim K, Grotle M, Tveito TH, Indahl A, Eriksen HR. Systematic review of back schools, brief education, and fear avoidance training for chronic low back pain. *Spine J* 2008;8(6):948-58.
113. Engers AJ, Jellema P, Wensing M, van der Windt DAWM, Grol R, van Tulder MW. Individual patient education for low back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 1.
114. Henschke N, Ostelo RWJG, van Tulder MW, Vlaeyen JWS, Morley S, Assendelft WJ, et al. Behavioural treatment for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 7.
115. Hoffman BM, Papas RK, Chatkoff DK, Kerns RD. Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychol* 2007;26(1):1-9.
116. Aggarwal VR, Lovell K, Peters S, Javidi H, Joughin A, Goldthorpe J. Psychosocial interventions for the management of chronic orofacial pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 11.
117. Monticone M, Baiardi P, Vanti C, Ferrari S, Nava T, Montironi C, et al. Chronic neck pain and treatment of cognitive and behavioural factors: results of a randomised controlled clinical trial. *Eur Spine J* 2012;21(8):1558-66.
118. Sharpe L, Schrieber L. A blind randomized controlled trial of cognitive versus behavioral versus cognitive-behavioral therapy for patients with rheumatoid arthritis. *Psychother Psychosom* 2012;81(3):145-52.
119. McBeth J, Prescott G, Scotland G, Lovell K, Keeley P, Hannaford P, et al. Cognitive behavior therapy, exercise, or both for treating chronic widespread pain. *Arch Intern Med* 2012;172(1):48-57.
120. Buhrman M, Nilsson-Ihrfeldt E, Jannert M, Strom L, Andersson G. Guided internet-based cognitive behavioural treatment for chronic back pain reduces pain catastrophizing: a randomized controlled trial. *J Rehabil Med* 2011;43(6):500-5.
121. Veehof MM, Oskam MJ, Schreurs KM, Bohlmeijer ET. Acceptance-based interventions for the treatment of chronic pain: a systematic review and meta-analysis. *Pain* 2011;152(3):533-42.
122. Schmidt S, Grossman P, Schwarzer B, Jena S, Naumann J, Walach H. Treating fibromyalgia with mindfulness-based stress reduction: results from a 3-armed randomized controlled trial. *Pain* 2011;152(2):361-9.
123. Wong SY, Chan FWK, Wong RLP, Chu MC, Kitty Lam YY, Mercer SW, et al. Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction and multidisciplinary intervention programs for chronic pain: A randomized comparative trial. *Clin J Pain* 2011;27(8):724-34.

124. Chiesa A, Serretti A. Mindfulness-based interventions for chronic pain: a systematic review of the evidence. *J Altern Complement Med* 2011;17(1):83-93
125. Wetherell JL, Afari N, Rutledge T, Sorrell JT, Stoddard JA, Petkus AJ, et al. A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain* 2011;152(9):2098-107.
126. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 2.
127. Furlan AD, Imamura M, Dryden T, Irvin E. Massage for low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4.
128. Miller J, Gross A, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manual therapy and exercise for neck pain: a systematic review. *Man Ther* 2010;15(4):334-54.
129. Gross A, Miller J, D'Sylva J, Burnie SJ, Goldsmith CH, Graham N, et al. Manipulation or mobilisation for neck pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1.
130. Busch AJ, Schachter CL, Overend TJ, Peloso PM, Barber KA. Exercise for fibromyalgia: a systematic review. *J Rheumatol* 2008;35(6):1130-44.
131. May S, Johnson R. Stabilisation exercises for low back pain: a systematic review. *Physiotherapy* 2008;94(3):179-89
132. Hendrick P, Te Wake AM, Tikki Setty AS, Wulff L, Yap C, Milosavljevic S. The effectiveness of walking as an intervention for low back pain: a systematic review. *Eur Spine J* 2010;19(10):1613-20
133. Lim EC, Poh RL, Low Ay, Wong WP. Effects of Pilates-based exercises on pain and disability in individuals with persistent nonspecific low back pain: a systematic review with meta-analysis. *J Orthop Sports Phys Ther* 2011;41(2):70-80
134. Bussing A, Ostermann T, Ludtke R, Michalsen A. Effects of yoga interventions on pain and pain-associated disability: a meta-analysis. *J Pain* 2012;13(1):1-9.
135. Waller B, Lambeck J, Daly D. Therapeutic aquatic exercise in the treatment of low back pain: a systematic review. *Clin Rehabil* 2009;23(1):3-14.
136. Jordan JL, Holden MA, Mason EE, Foster NE. Interventions to improve adherence to exercise for chronic musculoskeletal pain in adults. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1.
137. Teasell RW, McClure JA, Walton D, Pretty J, Salter K, Meyer M, et al. A research synthesis of therapeutic interventions for whiplash-associated disorder (WAD): part 4 - noninvasive interventions for chronic WAD. *Pain Res Manag* 2010;15(5):313-22
138. Clarke JA, van Tulder MW, Blomberg SE, de Vet HC, van der Heijden GJ, Bronfort G, et al. Traction for low-back pain with or without sciatica. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 2.
139. Nnoaham KE, Kumbang J. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) for chronic pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 3
140. Dubinsky RM, Miyasaki J. Assessment: efficacy of transcutaneous electric nerve stimulation in the treatment of pain in neurologic disorders (an evidence-based review): report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology* 2010;74(2):173-6.
141. Khadilkar A, Odebiyi DO, Brosseau L, Wells GA. Transcutaneous electrical nerve stimulation (TENS) versus placebo for chronic low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 4.
142. Kroelinger P, Gross A, Goldsmith CH, Burnie SJ, Haines T, Graham N, et al. Electrotherapy for neck pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 4.
143. Yousefi-Nooraie R, Schonstein E, Heidari K, Rashidian A, Pennick V, Akbari-Kamrani M, et al. Low level laser therapy for nonspecific low-back pain. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2008, Issue 2
144. Hopton A, MacPherson H. Acupuncture for chronic pain: is acupuncture more than an effective placebo? A systematic review of pooled data from meta-analyses. *Pain Pract* 2010;10(2):94-102
145. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Kuijpers T, Ostelo R, Verhagen AP, de Boer MR, et al. A systematic review on the effectiveness of complementary and alternative medicine for chronic non-specific low-back pain. *Eur Spine J* 2010;19(8):1213-28.
146. Vickers AJ, Cronin AM, Maschino AC, Lewith G, Macpherson H, Foster NE, et al. Acupuncture for chronic pain: individual patient data meta-analysis. *Arch Intern Med* 2012;172(19):1444-53
147. Manheimer E, Cheng K, Linde K, Lao L, Yoo J, Wieland S, et al. Acupuncture for peripheral joint osteoarthritis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010, Issue 1.
148. Reinhold T, Witt CM, Jena S, Brinkhaus B, Willich SN. Quality of life and cost-effectiveness of acupuncture treatment in patients with osteoarthritis pain. *Eur J Health Econ* 2008;9(3):209-19.
149. Posadzki P, Zhang J, Lee MS, Ernst E. Acupuncture for chronic nonbacterial prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a systematic review. *J Androl* 2012;33(1):15-21
150. Asher GN, Jonas DE, Coeytaux RR, Reilly AC, Lohy L, Motsinger-Reif AA, et al. Auriculotherapy for pain management: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *J Altern Complement Med* 2010;16(10):1097-108.

151. Arthritis Research UK. Practitioner-based complementary and alternative therapies for the treatment of rheumatoid arthritis, osteoarthritis, fibromyalgia and low back pain. Chesterfield: Arthritis Research UK; 2013. [cited 18 Oct 2013]. Available from url: <http://www.arthritisresearchuk.org/arthritis-information/complementary-and-alternative-medicines/complementary-and-alternative-therapies.aspx>
152. Arthritis Research UK. Complementary and alternative medicines for the treatment of rheumatoid arthritis, osteoarthritis and fibromyalgia. Chesterfield: Arthritis Research UK; 2012. [cited 18 Oct 2013]. Available from url: <http://www.arthritisresearchuk.org/arthritis-information/complementary-and-alternative-medicines/complementary-and-alternative-medicines.aspx>
153. Cepeda MS, Carr DB, Lau J, Alvarez H. Music for pain relief. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 2.
154. Sesti F, Capozzolo T, Pietropolli A, Collalti M, Bollea MR, Piccione E. Dietary therapy: A new strategy for management of chronic pelvic pain. Nutr Res Rev 2011;24(1):31-8.
155. Hagen KB, Byfuglien MG, Falzon L, Olsen SU, Smedslund G. Dietary interventions for rheumatoid arthritis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2009, Issue 1.
156. Straube S, Derry S, Moore RA, McQuay HJ. vitamin D for the treatment of chronic painful conditions in adults. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 1
157. Szczurko O, Cooley K, Bussej W, Seely D, Bernhardt B, Guyatt GH, et al. Naturopathic care for chronic low back pain: a randomized trial. PLoS ONE 2007;2(9):e919.
158. British Pain Society. Pain Assessment and Management Pathways. [cited 18 Oct 2013]. Available from url: <http://bps.mapofmedicine.com/evidence/bps/index.html>
159. https://www.sign.ac.uk/assets/sign147_consultation_report.pdf

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Способы оценки хронических болей, раннего лечения и планирования ухода в неспециализированных учреждениях.

В основе этого способа лежит доказательная база, указанная в руководстве, информация, экстраполированная в исследовании для руководства, клинический опыт и консенсус группы по разработке руководства [159]. Лечение хронических болей должно быть сосредоточено на нефармакологических стратегиях в той же мере, что и применение анальгетиков.

Шаг 1. Первичная оценка	Разделить оценку и первичное ведение на несколько этапов. Инвестирование времени в первичную консультацию может улучшить результаты для пациентов и минимизировать бесполезную трату ресурсов в будущем
	Использовать подход с учетом интересов пациентов и культурных особенностей - Объяснить варианты лечения. - Поощрять участие пациентов в принятии решений.
	Учитывать тревожные сигналы - Учитывать серьезную патологию, проводить исследование и, при необходимости, направить к специалистам. - Избегать лишних исследований, если нет подозрений в наличии серьезной патологии. - Определить этап, на котором исследования больше не планируются, и четко объяснить это пациенту.
	Определить продолжительность болевых ощущений - Установить четкую диагностику хронических болей, если это возможно. Болевые ощущения, которые наблюдаются уже более 12 недель. - Записать диагноз и закодировать его в электронном виде в карту пациента.
	Выявить элемент нейропатической боли. Характерные особенности:

	<p>характер болевых ощущений (жжение, пульсация), аллодиния (боль из-за раздражителя, который обычно не провоцирует боль), гипералгезия (повышенная реакция на болевой стимул), непредсказуемые боли, другие аномальные ощущения, чувствительные аномалии и/или изменения кожи при клинических исследованиях; симптомы и признаки невроанатомического воздействия в зависимости от причины возникновения.</p>
	<p>Оценить тяжесть болевых ощущений в различных местах</p> <ul style="list-style-type: none"> - Учитывать анамнез заболевания, чтобы прояснить сложность и интенсивность болевых ощущений. - Рассмотреть возможность использования визуальной аналоговой шкалы или цифрового показателя для оценки реакции на лечение. Оценить функциональное воздействие в рамках биопсихосоциальной оценки - Учитывать работу, взаимоотношения, сон, настроение, ограниченные возможности и т.д. Глубина оценки будет зависеть от серьезности проблемы и может быть проведена в ходе многочисленных консультаций. Выявить пациентов с повышенным риском плохих результатов. - Использовать клинические суждения. - Помнить о наличии значительных сопутствующих заболеваний. Психические расстройства (включая депрессию, тревогу, расстройства личности, посттравматический стресс), когнитивные расстройства, злоупотребление психоактивными веществами, беременность, полипрагмазия, значительные почечные или печеночные нарушения - Быть внимательным при наличии желтых флажков
Биомедицинские желтые флажки	Сильная боль или возникновение нетрудоспособности при ее появлении, предыдущие сильные болевые эпизоды, болевые ощущения в нескольких местах, ятрогенные факторы.
Психологические желтые флажки	Убедиться, что боль причиняет вред, ожидание того, что пассивное, а не активное лечение будет наиболее полезным, поведение избегания страха, катастрофическое мышление («сгущение красок»), слабая способность решать проблемы, пассивные стратегии преодоления, нетипичные представления о здоровье, психосоматическое восприятие, высокий уровень стресса.
Социально-желтые флажки	Низкое ожидание возвращения на работу, отсутствие уверенности в себе при выполнении работы, препятствие к выздоровлению, низкий уровень контроля над темпами работы, плохие рабочие отношения, социальные дисфункции, медико-правовые вопросы.

Шаг 2. Вмешательства	Выслушать больного, прояснить, поддержать, придать уверенность, убедить, что боль может полностью не исчезнуть
	Поощрять подход, основанный на самоменеджменте (см. раздел 5.2). Медицинский работник должен решить, какие индивидуальные подходы подойдут каждому пациенту и обозначить их

	соответствующим образом. Привлекать, где это возможно и целесообразно, представителя или опекуна, чтобы помочь понять и мотивировать изменения, связанные с болью
	<p>Посоветовать пациенту оставаться активным</p> <p>- Подумать о направлении терапии: Лечебная гимнастика, Лечебная физкультура там, где это возможно (см. раздел 5.5) мануальная терапия (например, физиотерапия; см. раздел 5.5.1) или акупунктура, где это возможно (см. раздел 5.6.1).</p>
	<p>Поддержка пациента, с целью сохранения его трудоспособности.</p> <p>Подумать о направлении к специалистам по гигиене труда и рекомендации по льготам</p>
	<p>По возможности устранить первопричину боли</p> <p>– Регулировать правильное применение безрецептурных анальгетиков</p> <p>- Иметь в виду, что лечение умеренной или сильной депрессии (там, где это возможно) может уменьшить боль.</p>

Шаг 3. Дополнительные вмешательства	Проводить комплексную биопсихосоциальную оценку для пациентов, подверженных повышенному риску неблагоприятных прогнозов	
	Биомедицинская оценка	Тщательный анализ боли, оценка всех дискретных болевых ощущений пациента (локализация, характер, интенсивность, продолжительность, факторы усиления и облегчения, ночная боль, предполагаемая причина), причины развития боли, предшествующий анамнез заболевания, дополнительное обследование, предыдущие исследования; предыдущее и текущее лечение
	Психологическая оценка	Констатация плохого настроения, тревоги или депрессии; выявление в анамнезе употребление алкоголя или запрещенных препаратов, зависимость или злоупотребление алкоголем, выяснение физического или сексуального насилия в прошлом; определение желтых флажков (см. выше); выявление причин потери доверия, слабой мотивации, нежелания изменить образ жизни, нереальные ожидания от себя и других.
	Социальная оценка	Способность к самообслуживанию, к профессиональной деятельности, влияние семьи на уменьшение болевого синдрома и его поведение, неудовлетворенность работой.
	Согласовать план обезболивания в устной форме, и в письменном виде, составляя план лечения на раннем этапе. В случаях выраженного болевого синдрома, при отсутствии эффекта от лечения рассмотреть возможность направления к профильным специалистам для продления лечения, с целью уменьшения болевого синдрома.	

Шаг 4. Анальгетические	При назначении врачом анальгетических препаратов медицинская сестра должна предоставить информацию о лекарственных препаратах
---------------------------	---

препараты	<ul style="list-style-type: none"> - Согласовать цели терапии, например, уменьшение боли, улучшение настроения. - Согласовать продолжительность предварительного обследования. - Обсудить возможные побочные эффекты всех назначенных препаратов. - Обсудить существенные риски, связанные с конкретными лекарственными средствами, особенно НПВП и опиоидами. - Обсудить краткосрочный положительный эффект и возможное снижение эффективности данного препарата с течением времени. - По возможности избегать одновременного назначения седативных и гипнотических препаратов и быть осведомленным о сопутствующем употреблении алкоголя. - Быть осторожным при одновременном назначении безрецептурного лечения и консультировать пациентов, которые продолжают испытывать слабо контролируемую боль. <hr/> <ul style="list-style-type: none"> - Необходимо планировать меры по управлению с обострением. - информировать о том, что, если первый препарат неэффективен, есть возможность замены на другие препараты того же класса. - Если лечение неэффективное, врач может отменить или прекратить лечение. - Знать о неблагоприятных последствиях одновременного назначения лекарственных средств одного и того же класса, учитывать безопасность и эффективность лекарственных средств при комбинированном лечении.
-----------	--

Шаг 5 Направление	<p>Знать и быть информированным когда пациент нуждается в дальнейшем направлении врачом :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ на психологическую терапию (включая КПТ, поведенческую терапию, медитацию сознания) (см. раздел 5.4), когда пациент: <ul style="list-style-type: none"> -находится в состоянии среднего или высокого уровня стресс -не может приспособиться к жизни из-за боли -пытается изменить свое поведение, чтобы сохранить нормальную деятельность. <p><i>Для пациентов с ранее существовавшими эмоциональными проблемами обсудить любое предложенное направление с их нынешним лечащим врачом или с командой, которая будет предоставлять новую терапию. Выбор конкретного терапевтического подхода, скорее всего, будет определяться доступностью на местном уровне, но необходимо учитывать предпочтения пациентов, если таковые имеются.</i></p> ✓ на мультидисциплинарную программу обезболивания (см. раздел 5.4.1) при наличии у пациента: <ul style="list-style-type: none"> -недостаточных функциональных возможностей -стресс умеренного или высокого уровня -социальные и профессиональные проблемы, связанные с болью -не смог получить облегчение от другой терапии -предпочтение самоменеджмента вместо медицинского подхода. <p><i>Убедиться в понимании пациентом, что программа обезболивания будет групповым лечением, ориентированным на улучшение качества жизни и участие в нормальной деятельности. Также важно, чтобы пациент понимал вероятный состав команды программы обезболивания</i></p>
----------------------	---

Шаг 6 Консультация	Начальная консультация
	- После достижения стабильности следующая консультация должна быть проведена не более чем через шесть месяцев
	Последующие консультации
	Последующие консультации должны проводиться не реже одного раза в год. - В каждой консультации повторно оценивается согласованность и эффективность лекарственных средств, побочные эффекты, употребление алкоголя и запрещенных препаратов, настроение и, при необходимости, пересматривается план лечения. - Рассмотреть возможность использования системы напоминания для облегчения проведения ежегодных консультаций.

Шаг 7 Обострения	Переоценка
	- Рассмотреть возможность повторного обследования на предмет выявления новых или ухудшающихся патологий и возможной необходимости проведения дальнейших исследований - План использования нефармакологических стратегий - Избегать употребления сильных опиоидов короткого действия. Обычное использование сильных опиоидов во время обострений может повысить устойчивость и привести к необходимости увеличения дозы - Обезболивающие препараты между обострениями
	Перестраховка
	Убедить пациента в том, что обострения являются обычным явлением, не обязательно свидетельствующие об ухудшении его состояния, и могут быстро разрешиться. Полезным может оказаться обзор предыдущих случаев. - убедить пациента, что поддерживать нормальную повседневную жизнь на умеренном уровне безопасно. - во время обострения заболевания необходим отдых пациента

Приложение 2

Для оценки интенсивности боли используется следующий вид оценки боли:

Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера



Шкала гримас Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния взрослых пациентов и детей старше 3 лет. Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая). Специалист, оценивающий боль, должен объяснить пациенту в доступной форме о необходимости выбрать, какое из представленных лиц описывает уровень его боли

Шаги	Процедура
1	Провести обработку рук согласно методическим рекомендациям по обработке рук

	сотрудников медицинских организаций РК (приказ МЗ РК №111 от 23.04.2013г.)
2	Идентифицировать пациента в соответствии с протоколом учреждения
3	Установить конфиденциальность
4	Представиться и объяснить процедуру
5	Оценить жизненные показатели пациента, когнитивный статус, объективные и субъективные симптомы боли: -локализация; -длительность; -частота; -причина возникновения; -чем облегчается -характер боли: (острая, тупая, колющая, стреляющая, пульсирующая)
6	При необходимости, получить устное согласие и применить числовую шкалу оценки боли
7	Попросить пациента выбрать число по шкале от 0 до 10 в ответ на следующий вопрос: «По шкале от 0 до 10, где 0 – это не боль, а 10 – самая сильная боль, которую вы можете себе представить, какое число вы бы дали своей боли в этот момент?»
8	При необходимости задать тот же вопрос относительно выбора числа, которое лучше всего отражает среднюю интенсивность боли пациента в течение последних 24 часов или другого определенного периода времени.
9	В амбулаторных условиях рассмотреть возможность использования дополнительных версий того же вопроса, в том числе: <ul style="list-style-type: none"> • «По шкале от 0 до 10, где 0 - это не боль, а 10 - самая сильная боль, которую вы можете себе представить, как бы вы оценили свой обычный уровень боли за последнюю неделю?» • «По шкале от 0 до 10, где 0 -отсутствие боли, а 10 - самая сильная боль, которую вы только можете себе представить, как бы вы оценили свой лучший уровень боли за последнюю неделю?» «По шкале от 0 до 10, где 0- отсутствие боли, а 10 - самая сильная боль, которую вы только можете себе представить, как бы вы оценили наихудший уровень боли за последнюю неделю?»
10	Предоставить пациенту достаточно времени, чтобы обдумать свой ответ, ответить и записать его точный ответ.
11	Интерпретировать интенсивность боли пациента 0 = нет боли 1–3 = легкая боль 4–6 = умеренная боль 7–9 = сильная боль 10 = самая сильная боль, которую только можно представить
12	Обучить пациента интерпретации его выбора числа, указывающего его уровень боли, в зависимости от обстоятельств
13	Инициировать дискуссию о том, насколько успешным он считает текущую схему лечения для уменьшения боли.

14	Спросить пациента, какая оценка боли будет приемлемой или удовлетворительной для него, чтобы помочь установить реалистичную начальную цель для уменьшения боли
15	Объяснить пациенту, что после достижения первоначальной цели можно рассмотреть возможность дополнительного обезболивания.
16	Объяснить пациенту, что удовлетворительное облегчение боли- это уровень боли, который не беспокоит, и позволяет пациенту спать, есть и выполнять другие необходимые физические упражнения
17	Обновить план ухода и документ - Провести обработку рук - Документировать результат в соответствующей форме медицинской карты амбулаторного больного.

Переоценка боли: эффект проведенного обезболивания оценивается повторно по ранее использованной шкале оценки боли. Снижение интенсивности боли расценивают как:

- Снижение на 10 – 20% – минимальный эффект обезболивания;
- Снижение на 30% – умеренный эффект обезболивания;
- Снижение 50% – существенное снижение боли.

ЛИСТ ОЦЕНКИ БОЛИ

(для взрослых и детей от 3 лет)

- 1) первый раз боль оценивается при первичном сестринском осмотре.
- 2) повторную оценку боли (если боль продолжается или возникла позже) записать здесь.

Частота оценки боли зависит от состояния пациента, оценивается эффект обезболивания.

Цифровая шкала оценки боли ⇒
(дети от 8 лет и взрослые)

Бол и нет	Боль незначитель ная			Боль умеренная			Боль выраженная			Боль невыно симая
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	

Шкала гримас Вонг-Бейкера ⇒
(дети от 3 лет)



Локализация боли	ДАТА											
	(число / месяц)											

Укажите, где болит:

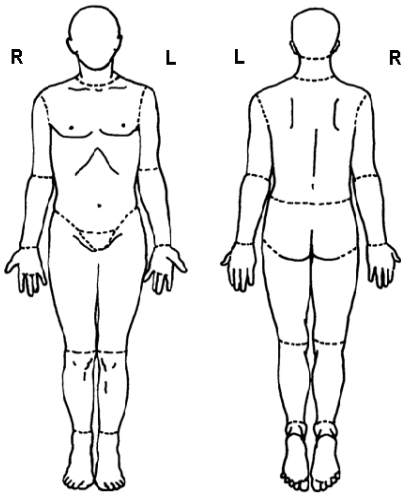


Таблица 1. Характер боли

Ж - жгучая	Р - режущая
Кол - колющая	Стр - стреляющая
Н - ноющая	Сх - схваткообразная
О - острая	Туп - тупая
П - постоянная	Тян - тянущая
Пл - пульсирующая	Др.:

Таблица 2. Оказана помощь

Медикаментоз.	немедикаментоз.
НР – наркотич.	п –психол., обуче
НН – ненаркотич.	у – упражн., массаж
СП – спазмолитик	м – местная терап.
АН – анестетик	и – иммобилизация
др.:	др.:

ВРЕМЯ (час : мин)																				
БАЛЛ ПО ШКАЛЕ																				
1																				
0																				
9																				
8																				
7																				
6																				
5																				
4																				
3																				
2																				
1																				
0																				

(поставит крестик X)
по горизонтали видна **эффективность** оказанной помощи – уменьшилась ли боль

Характер боли (Таблица 1)																				
-------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Оказана помощь (Таблица 2)																				
--------------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Побочные эффекты (поставить крестик X)																				
аллергия																				
привыкание																				
тошнота/рвота																				
боли в желудке																				
запор																				
др.:.....																				

Подпись или инициалы

Комментарии:.....
.....
.....
.....
.....
.....