

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
7 сентября 2022 г. № 96

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 и подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить клинический протокол «Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому» (прилагается).

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 10 декабря 2010 г. № 1318 «Об утверждении клинического протокола «Фармакотерапия хронической боли у пациентов с онкологической патологией»;

приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 17 октября 2014 г. № 1070 «Об утверждении клинического протокола диагностики и лечения пациентов (взрослое население) с хронической неонкологической болью».

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

Д.Л.Пиневич

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной безопасности
Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия
наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
07.09.2022 № 96

**КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ
«Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов)
при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам (взрослое
население) в стационарных, амбулаторных условиях и на дому»**

**ГЛАВА 1
ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ**

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к фармакотерапии основных патологических симптомов (синдромов) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи в стационарных, амбулаторных условиях и на дому.

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

адекватный контроль боли – устойчивое обезболивание, при котором интенсивность персистирующей хронической боли в течение суток составляет 3 и менее баллов по нумерологической оценочной шкале (далее – НОШ), или оценивается в ином эквиваленте переносимой боли и (или) полной анальгезии, и не сопровождается нежелательными реакциями;

адьюванты – лекарственные препараты, которые не оказывают непосредственного обезболивающего действия, однако способствуют уменьшению боли и обладают морфин-сберегающим эффектом;

анорексия – патологический симптом, характеризующийся снижением либо отсутствием аппетита;

асцит – патологическим симптом, характеризующийся скоплением свободной жидкости в брюшной полости пациента;

бессонница – патологический синдром, характеризующийся неудовлетворенностью качеством и продолжительностью сна, приводящий к постсомническим нарушениям (снижение дневной активности, психологическая дисфункция, повышенная утомляемость);

боль – неприятное сенсорное и (или) эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей;

гиперсаливация (сиалорея) – патологический симптом, характеризующийся избыточным выделением слюны;

депрессия – патологический синдром, проявляющийся сниженным, подавленным настроением, утратой прежних интересов и способности получать удовольствие, снижением активности, энергичности, способности к деятельности;

диарея – патологический симптом, характеризующийся частым, более 3 раз в сутки выделением жидких каловых масс;

дисфагия – патологический симптом, характеризующийся затруднением или дискомфортом при глотании; дисфагия часто сочетается или является следствием ксеростомии, гиперсаливации, мукозита;

дисфагия орофарингеальная – расстройство глотания на уровне ротовой полости, глотки или верхнего пищевода сфинктера. Дисфагия возникает при первых глотательных движениях, сопровождается назальной регургитацией, аспирацией в гортань, возможен кашель, удушье;

дисфагия эзофагеальная – расстройство глотания на уровне пищевода, нижнего эзофагеального сфинктера. Ощущения локализованы ретростернально или у мечевидного отростка;

запор (констипация) – патологический симптом, характеризующийся опорожнением кишечника менее 3 раз в неделю, при котором акт дефекации сопровождается дополнительными усилиями с выделением непластичных уплотненных каловых масс и не приносит удовлетворения пациенту;

затрудненное мочеиспускание – патологический симптом, который включает в себя затрудненное начало мочеиспускания, медленное мочеиспускание и дриблинг (подтекание мочи каплями после мочеиспускания);

злокачественная кишечная непроходимость – гетерогенный клинический синдром, в основе которого лежит нарушение пассажа по нижним отделам желудочно-кишечного тракта (далее – ЖКТ) в результате наличия интраабдоминального злокачественного образования (первичной опухоли или метастазов);

зуд – патологический симптом, описываемый пациентом как изнуряющее ощущение раздражения, жжения и покалывания в каком-либо участке тела;

икота – патологический симптом, при котором происходит спонтанное миоклоническое сокращение диафрагмы и (или) межреберных мышц;

кахексия – патологический синдром, характеризующийся потерей мышечной массы с уменьшением массы жировой ткани или без нее;

кашель – патологический симптом в случаях, когда он неэффективен (сухой или непродуктивный), отрицательно влияет на сон, отдых, питание или социальную активность и (или) вызывает другие патологические симптомы;

кишечная непроходимость – патологический синдром, обусловленный нарушением продвижения содержимого по кишечнику вследствие различных причин. Кишечная непроходимость может быть полной или частичной;

ксеростомия – патологический симптом, характеризующийся сухостью в полости рта и развивающийся при уменьшении (гипосаливация) или при полном отсутствии секреции слюны (асалия);

миоклония – патологический симптом, характеризующийся произвольными, кратковременными, нерегулярными сокращениями мышц или групп мышц, как правило, являющийся следствием гипоксии, отека головного мозга, неврологических нарушений, метаболических нарушений, почечной или печеночной недостаточности, синдрома отмены (бензодиазепинов, барбитуратов, алкоголя, морфина);

мукозит – объединяющий термин для воспалительных (эритематозных и (или) эрозивно-язвенных) поражений слизистой рта, глотки, пищевода и других отделов ЖКТ в результате противоопухолевого лечения (химиотерапия, лучевая терапия);

одышка (диспноэ) – субъективное ощущение дыхательного дискомфорта, связанное с внешним дыханием и представленное различными ощущениями, варьирующими по своей интенсивности и качеству;

опиоид-наивный пациент – пациент, никогда не получавший опиоидную терапию, либо принимающий менее 60 мг перорального морфина в сутки не более 2 недель или эквивалентную дозу другого опиоидного анальгетика;

опиоид-толерантный пациент – пациент, принимающий, как минимум, 60 мг перорального морфина в сутки или эквивалентную дозу другого опиоидного анальгетика на протяжении 2 недель и более;

отек – патологический симптом, характеризующийся увеличением тканей в объеме, вызванным накоплением жидкости в интерстициальном пространстве, часто наблюдающийся на поздних стадиях хронических заболеваний;

патологический симптом (синдром) – проявления нарушенных заболеваниями функций, ухудшающих качество жизни пациента, которые нельзя радикально устранить, но можно облегчить с помощью фармакотерапии;

повышенная утомляемость – неприятное субъективное ощущение постоянного физического, эмоционального или умственного переутомления, не пропорционального нагрузке, связанное с заболеванием или его лечением, которое значительно влияет на повседневную жизнь;

привыкание (толерантность) – снижение чувствительности к лекарственному препарату после повторных введений, когда для получения прежнего эффекта требуется повышение дозы;

прорывная боль – эпизод сильной боли, возникающий на фоне персистирующей хронической боли, которая адекватно контролируется опиоидной терапией;

психомоторное возбуждение – патологический синдром, характеризующийся двигательным беспокойством, речевым возбуждением, ярко выраженным аффективным расстройством, возникающий при гипоксии, интоксикациях, в том числе, как нежелательная реакция при применении лекарственных препаратов, у пациентов с сосудистой деменцией, при болезни Альцгеймера, пациентов пожилого возраста;

рвота – патологический симптом, характеризующийся непроизвольным, толчкообразным выталкиванием содержимого желудка через рот наружу;

синдром анорексии – кахексии – комплексный многофакторный синдром, характеризующийся выраженным снижением массы тела и скелетной мускулатуры с потерей жировой ткани или без таковой, что сопровождается нарушением белкового и энергетического обмена;

синдром отмены (абстинентный синдром) – комплекс симптомов, возникающих при резком прекращении приема или снижении дозы лекарственного препарата, применяемого в высоких дозах или длительно; может быть вызван применением препарата-антагониста; является критерием сформировавшейся физической зависимости;

смена (ротация) опиоидного анальгетика – клиническая практика замены одного лекарственного препарата на другой в связи с дозопонижающими нежелательными реакциями и (или) недостаточным обезболивающим действием или иными причинами, препятствующими продолжению применения прежнего лекарственного препарата;

спазмы мочевого пузыря – транзиторные, часто мучительные ощущения в надлобковой области и уретре (пенисе). Обычно спазмы вторичны по отношению к раздражению или гипервозбудимости мочепузырного треугольника;

судорожный синдром – патологический синдром, проявляющийся непроизвольными, болезненными сокращениями поперечнополосатой мускулатуры;

титрование дозы опиоидного анальгетика – выбор лекарственного препарата и подбор его дозы, обеспечивающей адекватное обезболивание;

тошнота – патологический симптом, описываемый пациентом как неприятное тягостное ощущение в подложечной области и глотке, которое обычно сопровождается бледностью, холодным потом, повышенным слюноотделением, тахикардией;

тревога – патологический синдром, проявляющийся как комплекс типичных соматовегетативных проявлений и психических симптомов, отражающих страх, беспокойство, опасения;

учащенное мочеиспускание – патологический симптом, проявляющийся частыми (более 8 раз в сутки) эпизодами мочеиспускания;

хронический болевой синдром – патологический синдром, формирующийся при персистирующей боли, сопровождающейся нейрофизиологическими и психическими изменениями, которые обуславливают сохранение болевых ощущений даже после ликвидации первичной зоны повреждения;

эквивалентная (эквивалентная) доза – доза наркотического лекарственного средства, вызывающая анальгезию, соответствующую по эффекту дозе перорального морфина.

4. Фармакотерапия основных патологических симптомов (синдромов) у пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, осуществляется в соответствии со следующими принципами:

выявление причины каждого патологического симптома (синдрома);

информирование пациента (его законного представителя) о планируемой фармакотерапии до начала лечения;

персонализированный подход при назначении фармакотерапии;

назначение опиоидных анальгетиков в дозах, превышающих рекомендуемые инструкциями по медицинскому применению (листочками-вкладышами) (off-label);

оценка эффективности и безопасности фармакотерапии.

5. Основные группы патологических симптомов (синдромов) для проведения фармакотерапии при оказании паллиативной медицинской помощи в стационарных, амбулаторных условиях и на дому следующие:

хронический болевой синдром;

нарушения пищеварения;

психические и неврологические нарушения;

нарушения дыхания;

урогенитальные нарушения;

прочие нарушения.

6. Перечень лекарственных препаратов, используемых в фармакотерапии патологических симптомов (синдромов) при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам, приведен в приложении 1.

ГЛАВА 2

МЕДИЦИНСКИЕ ПОКАЗАНИЯ К ФАРМАКОТЕРАПИИ ОСНОВНЫХ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ (СИНДРОМОВ) ПО ОСНОВНЫМ ГРУППАМ ЗАБОЛЕВАНИЙ (СОСТОЯНИЙ)

7. Медицинские показания к фармакотерапии основных патологических симптомов (синдромов) у пациентов с неизлечимыми, ограничивающими продолжительность жизни заболеваниями, оцениваются на основании выявления общих медицинских показаний и медицинских показаний по основным группам заболеваний (состояний).

Наличие двух и более общих медицинских показаний в сочетании с одним или несколькими медицинскими показаниями по основным группам заболеваний (состояний) является основанием для оказания пациентам паллиативной медицинской помощи в соответствии с настоящим клиническим протоколом.

8. Общие медицинские показания следующие:

ухудшение общего состояния, физических и (или) когнитивных функций на фоне прогрессирования неизлечимого заболевания и неблагоприятный прогноз течения заболевания, несмотря на оптимально проводимое специализированное лечение;

снижение функциональной активности пациента;

потеря массы тела более чем на 10 % за последние 6 месяцев.

9. Медицинскими показаниями по основным группам заболеваний (состояний) являются:
- 9.1. злокачественные новообразования:
наличие метастатических поражений при незначительном ответе на специализированную терапию и (или) медицинские противопоказания к ее проведению;
наличие метастатических поражений центральной нервной системы (далее – ЦНС), печени, легких;
наличие боли и других симптомов заболевания, ухудшающих качество жизни;
- 9.2. различные формы деменции, в том числе болезнь Альцгеймера:
прогрессирующее нарушение глотания;
нарушение функции тазовых органов;
наличие хронических ран и контрактур;
- 9.3. тяжелые необратимые последствия нарушений мозгового кровообращения:
персистирующая кома различной степени или состояние минимального сознания, когнитивные нарушения;
прогрессирующее нарушение глотания;
нарушение функции тазовых органов;
наличие хронических ран и контрактур;
парезы и параличи со значительной потерей функции;
- 9.4. болезни органов кровообращения:
конечные стадии хронической сердечной недостаточности (далее – ХСН) (III и IV функциональный класс по NYHA, II–III по Стражеско-Василенко в модификации Всероссийского научного общества кардиологов);
стабильная стенокардия IV функционального класса;
нуждаемость в длительной кислородотерапии;
тяжелое, неоперабельное заболевание периферических сосудов;
- 9.5. болезни органов дыхания:
дыхательная недостаточность 3 степени;
нуждаемость в респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности;
- 9.6. болезни мочевыделительной системы:
хроническая болезнь почек 4 или 5 стадии с прогрессирующим ухудшением;
прекращение диализа или отказ от его начала;
- 9.7. болезни печени:
цирроз печени, стадия С, класс тяжести по шкале Чайлд-Пью не менее 10 баллов;
цирроз с одним или несколькими осложнениями в течение прошедшего года;
асцит, резистентный к действию диуретиков;
печеночная энцефалопатия;
гепаторенальный синдром;
спонтанный бактериальный перитонит;
повторные кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода;
невозможность проведения трансплантации печени;
- 9.8. дегенеративные заболевания нервной системы, боковой амиотрофический склероз (далее – БАС) и другие заболевания двигательных нейронов, рассеянный склероз, дегенеративные заболевания экстрапирамидной системы:
прогрессирующее нарушение глотания;
нуждаемость в респираторной поддержке вследствие дыхательной недостаточности;
- 9.9. социально значимые инфекционные заболевания:
терминальная стадия ВИЧ-инфекции;
ВИЧ-инфекция с хроническим болевым синдромом, обусловленным злокачественным новообразованием и (или) другими заболеваниями, состояниями;
ВИЧ-инфекция с деменцией, двигательными неврологическими и (или) трофическими расстройствами;

генерализованный туберкулез и отказ от высокоактивной антиретровирусной терапии у пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции;

туберкулез с множественной лекарственной устойчивостью или туберкулез с широкой лекарственной устойчивостью при неэффективности 2 курсов полноценной контролируемой химиотерапии или после двукратного прерывания лечения при сохранении бактериовыделения;

фиброзно-кавернозный туберкулез легких, цирротический туберкулез легких независимо от лекарственной чувствительности микобактерии туберкулеза при отсутствии эффективности терапевтического лечения и невозможности выполнить хирургическое вмешательство из-за тяжести основного заболевания, в том числе его осложнений (сердечно-сосудистая недостаточность, амилоидоз внутренних органов, поражение костей) или при наличии тяжелых сопутствующих поражений;

9.10. заболевания костно-мышечной системы, диффузные болезни соединительной ткани, васкулиты:

функциональная недостаточность суставов 3 степени (ФК IV) при наличии стойкого болевого синдрома;

другие симптомы прогрессирующей полиорганной недостаточности;

9.11. сочетанная соматическая и (или) психическая патология, значимо влияющая на качество жизни и (или) симптомы основного заболевания.

ГЛАВА 3 ФАРМАКОТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА

10. Боль классифицируется по следующим критериям:

по причине: онкологическая и неонкологическая;

по длительности: острая (до 3 месяцев), хроническая (более 3 месяцев), прорывная;

по интенсивности: слабая – 1–3 балла, умеренная – 4–6 баллов, сильная – 7–10 баллов, в соответствии с НОШ согласно приложению 2;

по механизму возникновения: ноцицептивная, нейропатическая, дисфункциональная, смешанная.

Типы хронической боли приведены в приложении 3.

11. Ноцицептивная боль вызвана раздражением мультимодальных болевых рецепторов – ноцицепторов (хемо-, термо-, баро-, других) из-за деформации или повреждения тканей. При этом, функция сенсорных нервных волокон (соматических или висцеральных) не нарушена.

В зависимости от локализации активированного ноцицептора выделяют:

ноцицептивную соматическую боль (кожа, мышцы, сухожилия, кости), которая чаще всего хорошо локализована, может быть преходящей или постоянной, вариабельной по характеру (тупая или острая, давящая, пульсирующая, дергающая, сверлящая, грызущая, распирающая, иная);

ноцицептивную висцеральную боль (внутренние органы, оболочки органов), которая плохо локализована, имеет разлитой характер (тупая, приступообразная, сжимающая, схваткообразная, тянущая, изнуряющая, иная).

12. Нейропатическая боль является результатом повреждения соматосенсорной нервной системы. Патологический механизм заключается в повышенной возбудимости нейронов и спонтанной активности в месте повреждения (периферическая сенситизация), каскаде нейробиохимических и физиологических изменений в ЦНС, преимущественно в задних рогах спинного мозга (центральная сенситизация). Это приводит к спонтанному возникновению боли, гипералгезии (слабые болевые стимулы воспринимаются как более сильные) и аллодинии (неболевые стимулы вызывают боль) в областях, прилежащих к зоне повреждения. Чаще всего нейропатическая боль вызвана сдавлением или повреждением нервных волокон, нарушением функции сенсорных нервных волокон (соматических или висцеральных), имеет характерное нейроанатомическое распределение. По характеру нейропатическая боль описывается как

поверхностная жгучая боль, особенно при периферических поражениях; спонтанная стреляющая или колющая боль, «как удар током», глубокая тупая боль. Для диагностики нейропатической боли используется опросник по диагностике нейропатической боли согласно приложению 4.

13. Дисфункциональная (ноципластическая) боль – боль, возникающая при отсутствии явных признаков поражения тканей или соматосенсорной нервной системы. Для пациентов с дисфункциональной болью характерны повышенная утомляемость, раздражительность, нарушения сна и функций висцеральных органов, неадаптивные стратегии преодоления боли, катастрофизация, которые обусловлены измененной реактивностью (дисфункцией) мозга в целом. В этих условиях любые стрессорные раздражители могут приводить к несбалансированной реакции (дисфункции) систем.

14. Смешанная боль – сочетание различных механизмов формирования хронической боли у одного пациента.

15. При диагностике и медицинском наблюдении за пациентом с хроническим болевым синдромом необходимо оценивать следующие факторы:

- число и локализацию очагов боли;
- длительность предшествующего болевого анамнеза;
- применяемые анальгетики;
- эффективность предшествующей терапии боли;
- влияние боли на физическую активность;
- влияние боли на продолжительность ночного сна;
- влияние боли на возможность приема пищи, другие.

16. Принципы фармакотерапии хронического болевого синдрома следующие:

дозу анальгетиков подбирают индивидуально в зависимости от интенсивности и характера боли, добиваясь ее устранения или облегчения в течение первых 48 часов от начала лечения;

назначают анальгетики регулярно строго «по часам», а не «по требованию», то есть очередную дозу лекарственного препарата пациент должен получать до прекращения действия предыдущей дозы;

анальгетики применяют «по восходящей», то есть от максимальной дозы слабо действующего лекарственного препарата к минимальной дозе сильнодействующего;

терапия опиоидными анальгетиками является основным методом лечения боли, опиоидные анальгетики титруют до получения клинического эффекта;

нежелательные реакции анальгетиков должны предупреждаться, а в случаях их возникновения адекватно лечиться;

основными способами введения лекарственных препаратов являются неинвазивные – пероральный, ректальный и трансдермальный; по возможности следует избегать инъекционного введения анальгетиков;

при лечении хронического болевого синдрома любой интенсивности прежде, чем увеличивать дозу анальгетика, необходимо назначить адъюванты.

Принципы фармакотерапии хронической боли разработаны в соответствии с «трехступенчатой лестницей обезболивания», рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения. Ступени обезболивания приведены в приложении 5.

17. Основными лекарственными препаратами фармакотерапии слабой боли (1–3 балла по НОШ, 1 степень обезболивания) являются парацетамол и нестероидные противовоспалительные препараты (далее – НПВП).

Парацетамол, таблетки 500 мг, таблетки шипучие 500 мг, 500–1000 мг для приема внутрь каждые 6–8 часов длительно, максимальная суточная доза 3000 мг; суппозитории ректальные 250 мг, 500 мг ректально до 4 раз в сутки, длительность курса не более 5 суток. При невозможности перорального и ректального введения, в условиях стационара применяют парацетамол, раствор для инфузий 10 мг/мл 50 мл, раствор для инфузий 10 мг/мл 100 мл, внутривенно капельно 500–1000 мг каждые 6–8 часов. Нежелательные реакции дозозависимы.

Выбор НПВП осуществляется эмпирически. Стратегия выбора конкретного лекарственного препарата для длительного применения включает оценку эффективности и безопасности лечения с учетом выраженности обезболивающего действия, избирательности относительно циклооксигеназы-1 и циклооксигеназы-2, наличия или отсутствия факторов риска со стороны ЖКТ, сердечно-сосудистой системы, почек, предпочтения пациента (для лиц, уже принимающих лекарственные препараты в течение длительного времени).

Общие факторы риска развития нежелательных реакций на лекарственные препараты (далее – нежелательные лекарственные реакции) со стороны ЖКТ следующие:

умеренный риск: пожилой возраст, язвенный анамнез (редкие рецидивы язв), прием глюкокортикостероидов (далее – ГКС), курение и прием алкоголя, наличие хеликобактерной инфекции;

высокий риск: язвенный анамнез, прием лекарственных препаратов, влияющих на свертываемость крови;

очень высокий риск: осложненные язвы (кровотечения, перфорации), часто рецидивирующие язвы, особенно НПВП-индуцированные, комбинация двух и более различных факторов риска.

Риск развития нежелательных лекарственных реакций со стороны пищевода и кишечника: заболевания пищевода, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь, заболевания тонкой и толстой кишки, хронические воспалительные заболевания кишечника, дивертикулы, клинически выраженное нарушение микробного равновесия.

Риск развития нежелательных лекарственных реакций со стороны печени: заболевания печени, сопровождающиеся нарушением функции, хронический алкоголизм, сопутствующий прием гепатотоксических препаратов.

Факторы риска развития нежелательных лекарственных реакций со стороны сердечно-сосудистой системы:

умеренный риск: компенсированные лечением артериальная гипертензия (далее – АГ) и ХСН, наличие традиционных кардиоваскулярных рисков при отсутствии ишемической болезни сердца (далее – ИБС);

высокий риск: некомпенсированные АГ и ХСН, неосложненная ИБС;

очень высокий риск: ИБС с перенесенным инфарктом миокарда, операции на сердце (аортокоронарное шунтирование, эндоваскулярное стентирование), ишемический инсульт.

Факторы риска развития нежелательных лекарственных реакций со стороны почек (НПВП-индуцированная нефропатия): заболевания почек, сопровождающиеся нарушением клубочковой фильтрации или протеинурией, заболевания печени, гиповолемия, существенное снижение артериального давления (далее – АД).

Лекарственные формы НПВП для наружного применения рекомендуется назначать на срок не более 14 суток с последующим перерывом на несколько дней. Применяются у пациентов со слабым болевым синдромом или в комплексном лечении болевого синдрома у пациентов со значительным числом коморбидных заболеваний и состояний, ограничивающих применение НПВП внутрь или парентерально.

Лекарственные формы НПВП для парентерального применения используются коротким курсом 3–5 дней.

НПВП для наружного применения:

ацеклофенак, крем для наружного применения 1,5 мг/г: наносить тонким слоем 3 раза/сутки;

диклофенак, гель для наружного применения 10 мг/г, гель для наружного применения 2 %, гель для наружного применения 50 мг/г, крем для наружного применения 1 мг/г: наносить тонким слоем 3 раза/сутки;

ибупрофен, мазь, для наружного применения 50 мг/г, гель 50 мг/г: наносить тонким слоем 3 раза/сутки;

нимесулид, гель для наружного применения 10 мг/г: наносить тонким слоем 3 раза/сутки;

кетопрофен, гель 25 мг/г, крем для наружного применения 50 мг/г: наносить тонким слоем 1–3 раза/сутки;

кетопрофен, пластырь 30 мг: аппликации на болезненные участки тела 1 раз в день.

НПВП для приема внутрь:

ацеклофенак, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг, капсулы, 100 мг, порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг в пакетах: внутрь по 100 мг 1–2 раза/сутки;

диклофенак, таблетки, покрытые оболочкой (покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 25 мг, таблетки, покрытые оболочкой (покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 50 мг, таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой (таблетки замедленного высвобождения, таблетки ретард, покрытые оболочкой), 100 мг: внутрь по 25–50 мг 3 раза в сутки или по 100 мг (таблетки ретард) 1 раз в сутки;

декскетопрофен, порошок для приготовления раствора для приема внутрь 25 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг: внутрь, по 12,5–25 мг 3 раза в сутки не более 5 дней;

ибупрофен, капсулы 200 мг, капсулы 400 мг, порошок для приготовления раствора для приема внутрь 400 мг, суспензия для внутреннего применения 200 мг/5 мл во флаконах, таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 200 мг, таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 400 мг: внутрь по 200–400 мг 3 раза/сутки;

кетопрофен, капсулы 25 мг; 50 мг: внутрь по 50 мг 3 раза/сутки; таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг, капсулы с медленным высвобождением, 150 мг: внутрь, 1 раз в сутки не более 10 дней;

лорноксикам, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 4 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 8 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой (быстрого высвобождения), 8 мг: внутрь по 8 мг 1 раз в сутки;

мелоксикам, таблетки, покрытые оболочкой, 7,5 мг; таблетки 15 мг: внутрь, по 7,5–15 мг 1 раз в сутки;

напроксен, таблетки, покрытые оболочкой, 275 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 550 мг: внутрь, по 550–825 мг 2 раза в сутки. Максимальная суточная доза – 1650 мг, для поддерживающей терапии в средней суточной дозе 550 мг за 2 приема (утром и на ночь) не более 5 дней;

нимесулид, порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения), 100 мг: внутрь по 100 мг 1–2 раза в сутки не более 5 дней;

теносикам, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг: внутрь, по 20 мг 1 раз в сутки не более 14 дней;

этодолак, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг: внутрь по 400 мг 2 раза в сутки, таблетки с модифицированным высвобождением, 600 мг: внутрь, по 600 мг 1 раз в сутки;

целекоксиб, капсулы 100 мг; капсулы 200 мг: внутрь по 100–200 мг 2 раза в сутки;

эторикоксиб, таблетки, покрытые оболочкой, 60 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 90 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 120 мг: внутрь, в дозе 60–90–120 мг 1 раз в сутки в зависимости от клинической ситуации.

НПВП для парентерального применения:

диклофенак, раствор для внутримышечного введения (раствор для инъекций), 25 мг/мл 3 мл; 75 мг 1 раз в сутки, внутримышечно, до 3 суток;

мелоксикам, раствор для внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 1,5 мл; внутримышечно 15 мг 1 раз в сутки, 2–3 дня;

теносикам, порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг; внутримышечно 20 мг, 1 раз в сутки до 3 суток;

лорноксикам, лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, 8 мг; внутримышечно 8 мг, 1 раз в сутки до 5 суток;

кетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) / концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл – 2 мл, внутримышечно 100 мг, 1–2 раза в сутки до 3 суток;

декскетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) / концентрат для приготовления инфузионного раствора 25 мг/мл 2 мл; внутримышечно 50 мг 2–3 раза в сутки, до 3 суток;

кеторолак, раствор для внутримышечного введения, 30 мг/мл 1 мл, внутримышечно 30–60 мг 1–2 раза в сутки, максимальная суточная доза 90 мг, до 3 суток.

При недостаточном анальгетическом эффекте лекарственного препарата первого выбора НПВП возможна замена на другой лекарственный препарат из этой же группы.

Назначать пациентам одновременно два и более НПВП нельзя. Допускается назначение комбинации парацетамола и НПВП.

Метамизол натрия, таблетки, 500 мг, внутрь 500 мг каждые 6 часов, до 5 суток, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг/мл 2 мл, внутримышечно по 500–1000 мг до 4 раз в сутки, максимальная суточная доза 3000 мг.

Метамизол натрия не используется в монотерапии слабой боли и чаще применяется в составе комбинированных лекарственных форм (питофенон в комбинации с анальгетиками (метамизолом натрия), метамизол натрия в комбинации с психолептиками) для лечения или предупреждения прорывной боли. Лицам пожилого возраста и пациентам с почечной или печеночной недостаточностью следует назначать с осторожностью.

При применении высоких доз НПВП, парацетамола, отсутствии целевого обезболивающего эффекта, нарастании риска развития нежелательных лекарственных реакций, пациентам назначают лечение лекарственными препаратами второй степени обезболивания.

18. Основными лекарственными препаратами фармакотерапии умеренной боли (4–6 баллов по НОШ, 2 степень обезболивания) являются «слабый» опиоидный анальгетик трамадол и «сильные» опиоидные анальгетики в низких дозах: тапентадол, оксикодон + налоксон, морфин, гидроморфон, фентанил.

Трамадол, капсулы 50 мг, таблетки 50 мг, раствор для инъекций 50 мг/мл 1 мл, раствор для инъекций 50 мг/мл 2 мл. При подборе суточной дозы и режима дозирования применение следует начинать с дозы 50 мг внутрь каждые 12 часов. В случае недостаточного анальгетического эффекта, через 60–90 минут можно повторить прием в той же дозе, но не более 400 мг в сутки.

В зависимости от характера и интенсивности боли, прием трамадола осуществляется через каждые 8 или 6 часов, разовая доза 50–100 мг. Разовую дозу следует увеличивать, учитывая ритм боли. При персистирующей боли без четкого ритма следует увеличить разовую дозу, принимаемую перед сном. В исключительных случаях, у пациентов с хорошей переносимостью трамадола, возможно сокращение интервала приема до 4 часов и увеличение суточной дозы до 600 мг.

Если при применении трамадола нежелательные лекарственные реакции равны или превалируют над анальгетическим действием, не поддаются коррекции в течение 3–5 дней, следует перевести пациента на пероральный морфин или другой «сильный» опиоидный анальгетик в эквивалентной дозе. Таблица пересчета эквивалентных доз наркотических лекарственных средств приведена в приложении 6.

Морфин принимается за эталон при расчете эквивалентных доз. При лечении боли 2-й степени суточная доза морфина не превышает 30 мг при пероральном приеме, или 10 мг в сутки при парентеральном введении, или используется другой «сильный» опиоидный анальгетик в эквивалентной дозе.

Морфин, раствор для приема внутрь 2 мг/мл, раствор для приема внутрь 20 мг/мл, таблетки 5 мг, таблетки 10 мг; для опиоид-наивных пациентов начальная разовая доза – 2,5 мг перорального морфина короткого действия с последующим подбором эффективной суточной дозы. В стандартной ситуации морфин назначается перорально каждые 4 часа

(максимально до 30 мг в сутки). В стационарных условиях возможно парентеральное введение (морфин, раствор для инъекций 10 мг/мл 1 мл) 10 мг в 20–50 мл раствора натрия хлорида 0,9 % с использованием шприцевого дозатора или инфузомата методом продленной 24-часовой инфузии подкожно или внутривенно.

Если в течение 2–3 дней подобранная суточная доза адекватно контролирует боль, можно перевести пациента на пролонгированные формы морфина или на другие опиоидные анальгетики в эквивалентной дозе, подобрав нужную разовую дозировку лекарственного препарата с учетом кратности его введения.

Тапентадол, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг. Стандартная доза для пациентов, ранее не принимавших опиоидные анальгетики, составляет 50 мг таблетки пролонгированного действия 2 раза в сутки (максимально не более 100 мг в сутки). Является препаратом выбора при лечении умеренной и сильной боли с выраженным нейропатическим компонентом.

Оксикодон + налоксон, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг /2,5 мг, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг /5 мг. Стандартная начальная доза для пациентов, ранее не принимавших опиоидные анальгетики, составляет 5 мг/2,5 мг внутрь 2 раза в сутки (максимально до 20 мг/сут). Является лекарственным препаратом выбора при лечении умеренной и сильной боли у пациентов с выраженными нарушениями моторики кишечника, так как позволяет снизить риск развития опиоид-индуцированного запора.

Гидроморфон, таблетки пролонгированного действия 4 мг. Стандартная начальная доза для пациентов, ранее не принимавших опиоидные анальгетики, составляет 4 мг внутрь 1 раз в сутки. Доза лекарственного препарата 4 мг предназначена для подбора суточной дозы в начале лечения с учетом индивидуальной чувствительности пациента.

Фентанил, трансдермальная терапевтическая система (далее – ТТС) (пластырь трансдермальный), 12,5 мкг/ч. Для терапии умеренной боли рекомендуется использовать в дозе 12,5 мкг/ч. Пластырь действует в течение 72 часов и является предпочтительным для пациентов с умеренной и тяжелой степенью почечной и печеночной недостаточности.

Для обеспечения адекватного контроля боли и нежелательных лекарственных реакций, замедления развития опиоидной толерантности назначение опиоидных анальгетиков осуществляется в комбинации с неопиоидными анальгетиками и адьювантами.

При лечении опиоидными анальгетиками следует тщательно и регулярно контролировать состояние пациента, своевременно диагностировать и устранять нежелательные лекарственные реакции фармакотерапии (тошнота, рвота, анорексия, задержка мочи, запор, головокружение, серотониновая токсичность у пожилых людей), а также оценивать оправданность дальнейшего приема опиоидного анальгетика.

19. Для фармакотерапии сильной боли (7–10 баллов по НОШ, 3 степень обезболивания) используют «сильные» опиоидные анальгетики. Для подбора суточной дозы опиоид-наивным пациентам, обеспечивающей анальгетический эффект, используют, как правило, метод титрования короткодействующими опиоидными анальгетиками.

Морфин, раствор для приема внутрь 2 мг/мл, раствор для приема внутрь 20 мг/мл, таблетки 5 мг, таблетки 10 мг назначают перорально в разовой дозе 5–10 мг 4 раза в сутки.

Максимальную эффективность назначенной дозы перорального морфина следует оценить через 60–90 минут после приема. Если эффект неудовлетворителен (боль сохраняется), то следует назначить дополнительную (дотационную) дозу морфина, не изменяя плановое время приема следующей дозы.

Для пожилых, ослабленных, пациентов с кахексией терапию пероральным морфином начинают с разовой дозы 2,5–5 мг (суточная – 10–20 мг).

Через 24 часа необходимо определить принятую за предыдущие сутки суммарную дозу и назначить пациенту схему терапии «по часам». Итоговую эффективную суточную дозу морфина оценивают путем простого суммирования всех примененных за сутки доз. Если в течение 3 дней подобранная суточная доза адекватно контролирует боль,

можно перевести пациента на пролонгированные формы морфина или на другие опиоидные анальгетики в эквивалентной дозе, подобрав нужную разовую дозу лекарственного препарата с учетом кратности его введения.

Если доза морфина короткого действия недостаточна, следует продолжить ее постепенное повышение (каждый раз не более чем на 30–50 % суточной дозы) до достижения полноценного контроля боли или появления трудноконтролируемых нежелательных реакций. В последнем случае следует рассмотреть вопрос об изменении лечения (отмене морфина и использовании другого опиоидного анальгетика, либо уменьшении дозы морфина и добавлении других лекарственных препаратов, использовании нефармакологических методов).

«Сильные» опиоидные анальгетики, применяемые на 3-й ступени, как правило, не имеют максимальной суточной дозы, могут применяться off-label. Максимальные дозы опиоидного анальгетика лимитируются исключительно нежелательными лекарственными реакциями и индивидуальной непереносимостью.

В зависимости от клинической ситуации (например, стабильный хронический болевой синдром), можно сразу назначить пролонгированные лекарственные формы наркотических анальгетиков:

морфин, таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 10 мг, таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 30 мг, таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 60 мг, таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 100 мг, действуют 12 часов и назначаются перорально после подбора суточной дозы 2 раза в сутки, стартовая доза 30 мг 2 раза в сутки (суточная доза 60 мг);

гидроморфон, капсулы с пролонгированным высвобождением 4 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением 8 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением 16 мг, капсулы с пролонгированным высвобождением 24 мг, таблетки пролонгированного действия 8 мг, таблетки пролонгированного действия 16 мг, таблетки пролонгированного действия 32 мг; назначаются перорально после подбора суточной дозы 1 раз в сутки, стартовая разовая доза – 8 мг;

фентанил, ТТС (пластырь трансдермальный) 12,5 мкг/ч, ТТС (пластырь трансдермальный) 25 мкг/ч, ТТС (пластырь трансдермальный) 50 мкг/ч, ТТС (пластырь трансдермальный) 75 мкг/ч, ТТС (пластырь трансдермальный) 100 мкг/ч; назначается при стабильном выраженном болевом синдроме, стартовая доза – 25 мкг/час на 72 часа. Анальгезирующий эффект реализуется через 12–18 часов и достигает пика, как правило, в период между 24 и 48 часами, продолжаясь до 72 часов. Если после первого применения адекватное обезболивание не достигнуто, то последующая доза может быть увеличена только после окончания действия предыдущей ТТС, то есть не ранее чем через 72 часа после размещения трансдермального пластыря на теле. Если требуется, то дозу увеличивают каждые 3 дня на 12,5–25 мкг/ч. При дозе, превышающей максимальную дозировку имеющегося в наличии фентанила в виде ТТС, одновременно наклеивают несколько систем в соответствующей суммарной дозировке. Фентанил в виде ТТС не рекомендуется применять у пациентов с кахексией, выраженной лимфедемой, внутричерепной гипертензией, противопоказан пациентам с гипергидрозом, гипертермией.

Пациентам, которые не могут глотать, подбор дозы опиоидного анальгетика осуществляется парентеральным введением. Морфин, раствор для инъекций 10 мг/мл 1 мл, назначают в дозах 2,5–5 мг каждые 6 часов подкожно. В стационарных условиях осуществляется титрование дозы методом продленной 24-часовой инфузии подкожно или внутривенно 20 мг морфина в 20–50 мл раствора натрия хлорида 0,9 % с использованием шприцевого дозатора или инфузомата. Стартовая доза для пожилых, ослабленных, пациентов с кахексией составляет 10 мг в течение 24 часов.

Тапентадол, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 75 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг, таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, таблетки

продолжительного действия, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг, таблетки продолжительного действия, покрытые пленочной оболочкой, 150 мг, таблетки продолжительного действия, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; стартовая доза по 100 мг, назначаются перорально 2 раза в сутки. Для титрования можно использовать лекарственную форму с немедленным высвобождением по 50 мг каждые 4–6 часов; причем, при отсутствии эффекта, вторая доза лекарственного препарата может быть принята через 1 ч после приема начальной дозы. Максимальная суточная доза 500 мг.

Оксикодон + налоксон, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг/2,5 мг, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг/5 мг, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 20 мг/10 мг, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой 40 мг/20 мг; стартовая суточная доза 20 мг/10 мг внутрь 1–2 раза в сутки, максимальная суточная доза 160 мг/80 мг.

Смена (ротация) опиоидного анальгетика и (или) способа его введения показана при недостаточном обезболивающем эффекте препарата и (или) при развитии непереносимых нежелательных реакций.

При ротации опиоидного анальгетика следует использовать начальную дозу нового лекарственного препарата на 25–50 % ниже, чем рассчитанную по таблице пересчета эквивалентных доз наркотических лекарственных средств согласно приложению 6.

При прорывной боли необходимо назначать дополнительную дозу опиоидного анальгетика короткого действия. Дотационная доза опиоидного анальгетика индивидуальна. Для предупреждения эпизодов предсказуемой прорывной боли, а также для купирования эпизода прорывной боли с медленным началом развития опиоидный анальгетик короткого действия принимается за 30–40 мин до известного провоцирующего воздействия.

Доза опиоидного анальгетика для предупреждения или купирования прорывной боли составляет 1/6 (10–15 %) получаемой суточной дозы опиоида.

Если в течение суток пациенту требуется 4 и более доз опиоидного анальгетика для купирования прорывной боли, необходимо пересмотреть суточную дозу принимаемого опиоидного анальгетика в сторону ее увеличения.

У всех пациентов, принимающих опиоидные анальгетики, часто развиваются нежелательные лекарственные реакции: запоры, тошнота и рвота, нарушения со стороны ЦНС.

Лечение запоров включает назначение слабительных лекарственных препаратов осмотического действия, лекарственных препаратов, стимулирующих функцию толстого и тонкого кишечника на фоне приема достаточного количества жидкости. Слабительные лекарственные препараты следует назначать на весь период опиоидной терапии. Их доза при постоянном приеме постепенно нарастает. Рекомендуется менять и (или) комбинировать слабительные лекарственные препараты.

Тошнота и (или) рвота при применении опиоидных анальгетиков возникает в начале терапии как временная нежелательная лекарственная реакция. В случае проявления указанного эффекта при первичном назначении опиоидных анальгетиков, особенно трамадола, необходимо назначать метоклопрамид. Длительность назначения противорвотных лекарственных препаратов и средств для устранения тошноты обычно не превышает 2 недель, поскольку к этому времени развивается толерантность к рвотному эффекту опиоидных анальгетиков. Если тошнота/рвота сохраняются, необходимо назначить лекарственный препарат с другим механизмом действия (например, галоперидол) или скорректировать дозу противорвотных средств, при отсутствии положительного эффекта сменить опиоидный анальгетик.

Степень нарушений со стороны ЦНС у пациентов, принимающих опиоидные анальгетики, может варьировать от легкого желания спать и усталости до тяжелой сонливости и комы, может сопровождаться другими нежелательными лекарственными

реакциями, такими как: галлюцинации, нарушение когнитивных функций, возбуждение, миоклония, угнетение дыхания и делирий.

Пациентам с умеренными и (или) тяжелыми явлениями со стороны ЦНС необходимо снизить дозу опиоидного анальгетика на 25–30 %, если болевой синдром контролируется эффективно, или ротировать опиоидный анальгетик, если болевой синдром не контролируется.

20. В клинических ситуациях, когда удается полностью или частично избавить пациента от причины боли, необходимо пересмотреть схему назначенного лечения и целесообразность опиоидной терапии.

Стратегия отмены опиоидных анальгетиков зависит от конкретной клинической ситуации. При отмене опиоидных анальгетиков, дозу лекарственного препарата следует снижать постепенно.

При краткосрочном использовании опиоидной терапии (менее 2 недель) постепенное снижение дозы требуется только при присутствии остаточного болевого синдрома. Если причина боли устранена полностью, прием опиоидного анальгетика можно прекратить немедленно без постепенного снижения дозы. В данной ситуации развитие физической зависимости маловероятно.

При использовании опиоидных анальгетиков от 2 до 4 недель дозу снижают на 10–50 % в неделю. Если возникают признаки синдрома отмены (абстинентного синдрома), такие как пристрастие к лекарственному препарату, тревожность, бессонница, боли в животе, рвота, диарея, обильное потоотделение, мидриаз, тремор, тахикардия или гусиная кожа, дозу лекарственного препарата следует поднять до предыдущего уровня и уменьшить процент снижения. При достижении самой низкой из возможных разовых доз, увеличивают промежуток времени между приемами лекарственного препарата. Прекращают прием опиоидного анальгетика после того, как промежуток между приемами достигнет 24 часа без признаков синдрома отмены. Вероятность развития физической зависимости маловероятна.

При длительном использовании (более 1 месяца) дозу лекарственного препарата снижают на 10 % в неделю. Если возникают признаки синдрома отмены, дозу лекарственного препарата снижают на 10 % каждые 2 недели. При достижении самой низкой из возможных разовых доз, увеличивают промежуток времени между приемами. Прекращают прием опиоидного анальгетика после того, как промежуток между приемами достигнет 24 часа без признаков синдрома отмены. Существует вероятность развития физической зависимости у опиоид-толерантных пациентов.

В целях оптимизации снижения дозы при отмене опиоидной терапии допускается перевод пациента, получающего пролонгированные формы опиоидных анальгетиков, на прием других лекарственных форм (таблетки, растворы для приема внутрь) короткого действия.

При длительном использовании и наличии у пациента нарушений, вызванных использованием опиоидных анальгетиков, стратегия снижения дозы или их отмены определяется лечащим врачом совместно с врачом-психиатром-наркологом.

21. В последние часы жизни подобранную дозу опиоидных анальгетиков не снижают из-за пониженного уровня АД или спутанности сознания.

При рефрактерном болевом синдроме, не поддающемся купированию, необходимо применение медикаментозной седации. Решение о ее назначении принимает врачебный консилиум, предварительно обсудив тактику лечения с пациентом (его законным представителем).

Медикаментозная седация осуществляется в соответствии с клиническим протоколом «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 августа 2021 г. № 99.

22. Основной целью применения адъювантных лекарственных препаратов является облегчение боли, которую не удалось устранить с помощью монотерапии анальгетиками,

и (или) уменьшение нежелательных реакций ее лечения (например, уменьшить дозу опиоидных анальгетиков).

Адьюванты могут быть лекарственными препаратами первой линии фармакотерапии при нейропатической боли.

Адьюванты назначаются индивидуально в зависимости от конкретной клинической ситуации.

Адьювантные лекарственные препараты уменьшают интенсивность болевых стимулов напрямую или изменяют передачу болевых импульсов при интенсивной персистирующей боли и (или) при повреждении нервной ткани.

Если болевой синдром обусловлен поражением костей вследствие первичного или вторичного опухолевого процесса, следует назначать бисфосфонаты:

золедроновая кислота, порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инфузий 4 мг во флаконах, концентрат для приготовления раствора для инфузий 4 мг/5 мл во флаконах, внутривенно капельно, разовая доза 4 мг, максимальная суточная доза 4 мг, повторное введение, как правило, через 4 недели, длительность курса зависит от конкретной клинической ситуации. Раствор для инфузии готовят в асептических условиях, 4 мг порошка растворяют в 5 мл воды для инъекций, полученный раствор разводят в 100 мл раствора натрия хлорида 0,9 % или глюкозы 5 %, концентрат также разводят в 100 мл раствора натрия хлорида 0,9 % или глюкозы 5 %, длительность внутривенной инфузии не менее 15 минут.

При спазмах скелетных мышц назначают миорелаксанты центрального действия и бензодиазепины:

баклофен, таблетки 10 мг, таблетки 25 мг, стартовая доза 5 мг 3 раза в сутки, через три дня приема разовая доза увеличивается вдвое, в последующие три дня разовая доза увеличивается до 15 мг, в течение следующих 3 дней до 20 мг, в случае клинической необходимости суточная доза может быть с осторожностью увеличена до 100 мг, пациенты, получающие суточную дозу более 60 мг/сутки, должны находиться в стационаре под постоянным медицинским наблюдением;

тизанидин, таблетки 2 мг, таблетки 4 мг, назначают по 2–4 мг 3 раза в сутки, начальная суточная доза не должна превышать 6 мг/сутки, разовая доза повышается постепенно на 2–4 мг интервалами 3–7 дней, кратность может быть увеличена до 4 раз в сутки, максимальная суточная доза не должна превышать 36 мг/сутки;

толперизон, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 150 мг, раствор для внутримышечного введения (100 мг + 2,5 мг)/мл – 1 мл в ампулах, раствор назначают в разовой дозе (100 мг + 2,5 мг)/мл – 1 мл 2 раза в сутки, максимальная суточная доза – 200 мг, таблетки назначают в разовой дозе 50–150 мг 3 раза в сутки, максимальная суточная доза 450 мг.

диазепам, таблетки 2 мг, таблетки 5 мг, перорально 2–5 мг на ночь, краткосрочная терапия;

мидазолам, ампулы, раствор для внутривенного, внутримышечного и ректального введения 15 мг/3 мл; раствор для внутривенного, внутримышечного и ректального введения 5 мг/1 мл в ампулах, назначают в последние дни жизни в виде непрерывной подкожной инфузии 10 мг/сутки, предварительно растворив 10 мг до 20 мл раствором натрия хлорида 0,9 %.

При спазмах гладкой мускулатуры назначают миотропные спазмолитики:

гиосцина бутилбромид, ампулы, раствор для инъекций 20 мг/мл – 1 мл, таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг, суппозитории ректальные 10 мг, разовая доза 10–20 мг, максимальная суточная доза 100 мг;

папаверин, ампулы, раствор для инъекций 20 мг/мл – 2 мл, подкожно или внутримышечно по 10–40 мг, максимальная разовая 100 мг, максимальная суточная 300 мг, при внутривенном введении разовая доза 20 мг, максимальная суточная доза 120 мг, внутривенно вводить медленно со скоростью 3–5 мл/мин, предварительно растворив 10–20 мг в 20 мл раствора натрия хлорида 0,9 %;

дротаверин, ампулы, раствор для инъекций 20 мг/мл – 2 мл, таблетки 40 мг, таблетки 80 мг, разовая доза 40–80 мг перорально или внутримышечно 1–3 раза в сутки, максимальная суточная доза – 240 мг.

Для уменьшения периферической сенситизации назначают комбинацию лекарственных препаратов из НПВП и ГКС, доза которых подбирается индивидуально в зависимости от медицинских показаний и тяжести состояния:

дексаметазон, таблетки 0,5 мг, раствор для инъекций 4 мг/мл – 1 мл, раствор для инъекций 4 мг/мл – 2 мл, перорально суточная доза 2–6 мг, по специальным медицинским показаниям до 15 мг и выше, внутримышечно разовая доза 4–8 мг, суточная доза 8–16 мг, по специальным медицинским показаниям суточная доза может быть увеличена до 24–32 мг и выше;

преднизолон, таблетки 5 мг, перорально суточная доза 5–60 мг, раствор для инъекций 30 мг/мл – 1 мл, внутримышечно разовая доза 30–45 мг, суточная доза 30–120 мг и выше.

При наличии эктопических очагов возбуждения, вызванных повреждением нервной ткани и центральной сенситизации, назначают антиконвульсанты; для активации антиноцицептивной системы – антидепрессанты, указанные в пункте 23 настоящего клинического протокола.

23. Фармакотерапия нейропатической боли представлена следующими подходами:

23.1. к первой линии фармакотерапии нейропатической боли относятся антиконвульсанты – габапентин, прегабалин, карбамазепин, а также антидепрессанты – трициклические (далее – ТЦА), в частности, amitриптилин и ингибиторы обратного захвата серотонина и норадреналина, в частности, дулоксетин и венлафаксин:

габапентин, капсулы 300 мг, назначается в дозе 300 мг внутрь, начиная с вечернего приема. Эффективная доза подбирается методом титрования, увеличивая суточную дозу на 300 мг до достижения эффекта. Как правило, суточная доза составляет 1800 мг;

прегабалин, капсулы 75 мг, капсулы 150 мг, назначается в дозе 75 мг внутрь, начиная с вечернего приема. Эффективная доза подбирается методом титрования, увеличивая суточную дозу на 75 мг до достижения эффекта. Как правило, суточная доза составляет 300 мг;

карбамазепин, таблетки, 200 мг, стартовая доза 100 мг внутрь 2 раза в сутки, эффективная доза подбирается методом титрования, увеличивая суточную дозу не более чем на 200 мг до достижения эффекта. Как правило, суточная доза составляет 600 мг. Учитывая выраженность нежелательных лекарственных реакций, применяется с осторожностью, имеет доказанную эффективность только при тригеминальной невралгии.

ТЦА показаны пациентам с диабетической, химиоиндуцированной полинейропатиями, при герпетической и тригеминальной невралгии, при фантомных болях, при нейропатической боли у пациентов с онкологической патологией (антидепрессанты назначаются с осторожностью пациентам с кардиальной патологией, стенокардией, глаукомой, почечной недостаточностью; в первые дни приема возможны: головокружение, астения, слабость, бессонница, повышенная нервная возбудимость, повышение АД, гиперемия кожи):

амитриптилин, таблетки 25 мг, назначается на ночь внутрь в дозе 12,5 мг. Эффективная доза подбирается методом титрования, увеличивая дозу на 12,5 мг в сутки. Как правило, суточная доза составляет 50 мг;

дулоксетин, капсулы кишечнорастворимые 30 мг, капсулы кишечнорастворимые 60 мг, назначается в разовых дозах 30–60 мг внутрь, начиная с вечернего приема. Суточная доза составляет 60–120 мг;

венлафаксин, таблетки 37,5 мг, таблетки 75 мг, применяется в разовой дозе 37,5–75 мг внутрь, начиная с вечернего приема (off-label). Суточная доза составляет 75–225 мг;

23.2. вторая линия терапии нейропатической боли представлена опиоидными анальгетиками. Назначение опиоидных анальгетиков описано в пункте 19 настоящего клинического протокола;

23.3. при локальных нейропатиях с преобладанием болевых расстройств кожной чувствительности (аллодиния, гипералгезия, патологический зуд, другие) применяется лидокаин, пластырь 700 мг, на болезненные участки от 1 до 3 пластырей, на 12 часов с последующим перерывом на 12 ч. Эффективен при постгерпетической невралгии и при диабетической полинейропатии.

24. Немедикаментозное лечение боли (для пациентов с относительно благоприятным прогнозом для жизни крайне важно включать в план терапии боли немедикаментозные методы, расширять физическую активность, использовать возможности психотерапии и методик расслабления):

повышение физической активности (активность и подвижность (стимуляция, смена деятельности, улучшение кровоснабжения) положительно воздействуют на способность организма самостоятельно подавлять боль. Помимо этого, повышается эластичность и расширяются функциональные возможности тканей, в частности, тканей мышц или межпозвоночных дисков);

использование техник расслабления (техники релаксации крайне важны для расслабления напряженных мышц и снижения уровня общего физического напряжения. Чтение, музыка, встречи с друзьями, медитация, прогулки – примеры эффективных способов расслабиться. Эффективны специальные техники релаксации, например, прогрессивное мышечное расслабление или аутотренинг);

психотерапия (психологическая терапия боли предполагает более эффективное использование своих ресурсов для преодоления боли. В рамках терапии определяют стратегию снижения боли. Кроме того, терапия включает в себя обучение тому, как изменить поведение и образ мыслей, которые способствуют развитию боли).

Сочетание физической активности, психотерапевтического и медикаментозного лечения называется «мультиmodalной терапией» и, как правило, применяется при междисциплинарном подходе.

ГЛАВА 4 ФАРМАКОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ПИЩЕВАРЕНИЯ

25. Основные патологические симптомы (синдромы) нарушения пищеварения: тошнота, рвота, запор, диарея, дисфагия, асцит, анорексия – кахексия, кишечная непроходимость.

26. Тошнота и рвота:

26.1. основные причины тошноты и рвоты:

основное заболевание, связанное с раздражением, и (или) обструкция органов ЖКТ: опухоль, непроходимость верхних отделов ЖКТ различной этиологии, поражение ЦНС (повышение внутричерепного давления, поражение мозговых оболочек);

осложнение основного заболевания: метаболические нарушения (гиперкальциемия, уремия, другие); кишечная непроходимость, инфекции (сепсис, кандидозный эзофагит), асцит, запоры, обструкция желчевыводящих путей;

осложнение лечения: нежелательные лекарственные реакции (опиоидные анальгетики, сердечные гликозиды, антидепрессанты, антибиотики, препараты железа, цитостатики), лучевую терапию;

психогенные факторы;

26.2. фармакотерапия тошноты и рвоты предполагает выбор лекарственного препарата на основании индивидуального ответа на терапию с учетом индивидуальных медицинских противопоказаний.

После оценки степени дегидратации, при необходимости, проводится ее коррекция.

Оральная регидратация осуществляется, если пациент может глотать. С этой целью применяются:

солевые комплексы для оральной регидратации, порошок для приготовления раствора для внутреннего применения, 18,9 г. Содержимое одного пакетика растворяют в 1 л свежeproкипяченной охлажденной питьевой воды. Раствор принимают перорально по 100–150 мл каждые 10–15 минут, медленно небольшими глотками до 1,5 литров в сутки.

При невозможности оральной регидратации показано внутривенное введение кристаллоидов в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 54.

Регидратация противопоказана при рвоте, вызванной повышением внутричерепного давления вследствие опухолевого поражения головного мозга.

Начинать фармакотерапию следует с назначения лекарственных препаратов с прокинети́ческим действием:

метоклопрамид, таблетки 10 мг, перорально по 10 мг 3 раза в сутки и дополнительно по требованию (максимальная суточная доза при приеме внутрь 100 мг); раствор для внутривенного и внутримышечного введения, 5 мг/мл 2 мл, внутримышечно или внутривенно болюсно в течение не менее 3 минут в дозе 10 мг до 3 раз в сутки, максимальная суточная доза – 30 мг или 0,5 мг/кг;

домперидон, таблетки 10 мг, перорально по 10 мг 3 раза в сутки.

При недостаточном эффекте фармакотерапию следует дополнить одним из нижеперечисленных лекарственных препаратов:

дексаметазон, раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл, раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл; внутривенно медленно или внутримышечно по 8–16 мг в течение 4–5 дней, затем доза снижается до поддерживающей 4–6 мг/сутки;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, таблетки 5 мг, раствор для внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл 1 мл, стартовая разовая доза перорально по 1,5 мг на ночь и по потребности, 2–3 раза в день 1,5 мг (максимальная суточная доза при пероральном приеме 10 мг), или внутримышечно 5 мг до 2 раз в день;

оланзапин, таблетки, покрытые оболочкой, 5 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг; перорально по 2,5 мг внутрь 1 раз на ночь, при неэффективности дозу титровать до 10 мг в сутки в 2–3 приема;

хлорпромазин, таблетки 100 мг, перорально по 100 мг 1 раз в сутки (максимальная разовая доза 300 мг; максимальная суточная доза 600 мг/сутки);

ондансетрон, таблетки 8 мг, перорально по 8 мг 2 раза в день; раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 2 мг/мл 2 мл, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 2 мг/мл 4 мл; внутривенно медленно или внутримышечно по 8 мг 1–2 раза в сутки;

трописетрон, капсулы 5 мг, раствор для внутривенного введения (для инъекций) 1 мг/мл 5 мл.

При отсутствии эффекта используется комбинация из вышеперечисленных лекарственных препаратов с учетом потенциальных нежелательных лекарственных реакций. При рефрактерной рвоте показано назначение комбинации противорвотных препаратов в сочетании с бензодиазепинами;

26.3. немедикаментозное лечение:

частое дробное питание; мягкая пища комнатной температуры, избегать сладкой, острой, жирной или жареной пищи; прием пищи в комфортной обстановке, исключая посторонние запахи; для устранения неприятного привкуса во рту использовать фруктовое мороженое, рассасывать кусочки замороженных фруктов или сока, мятные или фруктовые леденцы, напитки со вкусом лимона;

оптимизация питьевого режима – не менее 1,5 литров в сутки (по возможности); психотерапия.

27. Запор (констипация):

27.1. основные причины запора:

основное заболевание, связанное с поражением ЖКТ, неврологической патологией (повреждения спинного мозга, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз);

осложнение основного заболевания: дегидратация при рвоте, полиурия, гипергидроз, гипокалиемия, гиперкальциемия; гиперпаратиреоз; почечная недостаточность;

нежелательные лекарственные реакции (опиоидные анальгетики, НПВП, антихолинергические, антидепрессанты, нейролептики, противопаркинсонические препараты, противосудорожные, антигистаминные, блокаторы кальциевых каналов, клонидин, гидралазин, ганглиоблокаторы, ингибиторы моноаминоксидазы, контрацептивы, цитостатики, диуретики);

гиподинамия, особенности питания (низкое содержание растительных волокон и клетчатки, нарушение ритма питания (прием пищи 1–2 раза в день));

27.2. фармакотерапия запора предусматривает выбор лекарственного препарата на основании индивидуального ответа на терапию, с учетом медицинских противопоказаний, и, как правило, предполагает ступенчатый подход:

1-я ступень – назначение одного из стимулирующих слабительных средств:

гликозиды сенны (сеннозиды А и В), таблетки 70 мг, таблетки 140 мг, перорально по 70 мг на ночь (максимальная суточная доза 140 мг), применяется до 7–10 дней;

натрия пикосульфат, капли для приема внутрь, 7,5 мг/мл, перорально вечером по 10–18 капель, максимальная суточная доза – 18 капель; таблетки 7,5 мг, перорально на ночь по 7,5 мг 1 раз в сутки, максимальная суточная доза 15 мг однократно;

бисакодил, таблетки кишечнорастворимые, покрытые пленочной оболочкой (таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 5 мг, перорально на ночь по 5 мг внутрь на ночь, максимальная суточная доза 10 мг;

2-я ступень – назначение слабительного средства в виде суппозитория. Если 3 и более дней нет дефекации, назначаются лекарственные формы препарата для ректального введения:

бисакодил, суппозитории ректальные 10 мг, ректально по 1 суппозиторию 1 раз в сутки на ночь;

глицерол, суппозитории ректальные 1,24 г, суппозитории ректальные 2,11 г, ректально по 1 суппозиторию 1 раз в сутки на ночь.

Если максимальная доза стимулирующего слабительного неэффективна и (или) не происходит опорожнения кишечника в течение 3–4 дней при применении стимулирующего слабительного, проводится фармакотерапия 3-й ступени;

3-я ступень – комбинация лекарственных препаратов 1, 2 ступени со слабительными средствами с эффектом размягчения каловых масс:

макрогол, порошок для приготовления раствора для приема внутрь 10 г, развести 10 г в 200–250 мл воды, принимать перорально утром, при неэффективности суточную дозу увеличить до 20 г;

лактuloза, сироп, 670 мг / 1 мл 150 мл, перорально по 15 мл внутрь 1–2 раза в сутки, при неэффективности дозу увеличить до 45 мл в сутки.

Для профилактики запора при назначении наркотических анальгетиков опиоид-наивному пациенту назначают лекарственные препараты 1-й ступени фармакотерапии запора;

27.3. немедикаментозное лечение:

по возможности увеличить двигательную активность пациента;

коррекция питания – включить в рацион пищевые отруби, фруктовые соки с мякотью;

по возможности увеличить потребление жидкости более 1,5 литров в сутки.

28. Диарея:

28.1. основные причины диареи:

основное заболевание: опухоли кишечника, опухоли поджелудочной железы, гормонально активные опухоли (апудомы), опухоли островковых клеток (ВИПома), болезнь Крона, целиакия, язвенный колит;

осложнение основного заболевания: кишечная непроходимость, инфекции, висцеральная нейропатия;

осложнение лечения: синдром короткой кишки вследствие хирургического лечения (гастрэктомия, резекция кишечника, колостомия, илеостомия, подвздошно-ободочный свищ), мукозиты вследствие лучевой и противоопухолевой терапии, антибиотик-ассоциированная диарея; передозировка слабительных средств);

психические расстройства;

28.2. фармакотерапия диареи:

оценить степень дегидратации и провести ее коррекцию в соответствии с клиническим протоколом «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями органов пищеварения»;

при диарее неинфекционного генеза назначается:

лоперамид, таблетки 2 мг, капсулы 2 мг, перорально в начальной дозе – 4 мг немедленно и далее – по 2 мг после каждого эпизода диареи. Эффективность фармакотерапии оценивается через 3 дня, при неэффективности продлевается до 5 дней. Максимальная суточная доза лоперамида – 24 мг в сутки;

диарея, индуцированная химиотерапией или лучевой терапией, купируется в зависимости от степени тяжести:

при легкой и средней степени тяжести назначается лоперамид как и при диарее неинфекционного генеза;

при тяжелой степени тяжести назначается октреотид, раствор для инъекций (для внутривенного и подкожного введения) 100 мкг/мл 1 мл, разовая доза 0,1 мг подкожно, затем 3 раза в сутки подкожно. Средняя суточная доза 0,5 мг, максимальная суточная доза 0,6 мг (off-label);

в зависимости от клинической ситуации в комплексном лечении диареи могут быть назначены следующие лекарственные препараты:

тримебутин, таблетки 100 мг, перорально по 100 мг внутрь 3 раза в сутки; таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 300 мг, перорально по 300 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза 600 мг. Курс 7–10 дней с последующей оценкой эффективности и целесообразности дальнейшего приема;

диосмектит, порошок для приготовления суспензии для приема внутрь, 3 г: содержимое пакета растворить в половине стакана (100 мл) воды, перорально после еды по 3 г 3 раза в сутки, курс 7–10 дней с последующей оценкой эффективности и целесообразности дальнейшего приема;

алгелдрат + магния гидроксид, суспензия для приема внутрь 150 мл (5 мл (1 мерная ложка) суспензии содержат алюминия гидроксид гель, соответствующий 218 мг алюминия оксида, магния гидроксид паста 350 мг, соответствующий 75 мг магния оксида), перорально по 1–2 мерной ложке (5–10 мл) 3–4 раза в сутки после еды до 5 дней;

алюминия фосфат, суспензия для приема внутрь 230 г (1 столовая ложка вмещает 14 г лекарственного препарата, что соответствует 1,26 г алюминия фосфата), перорально по 1–3 столовые ложки 2–3 раза в сутки через 30–40 минут после еды или вечером перед сном до 5 дней;

метилкремниевой кислоты гидрогель, паста для приема внутрь 225 г, перорально по 1,5 столовые ложки (22,5 г) внутрь 3 раза в сутки до 2 недель.

29. Дисфагия, ксеростомия, гиперсаливация (сиалорея), мукозит:

29.1. основные причины дисфагии:

основное заболевание: опухоли пищевода, опухоли слюнных желез, опухоли головного мозга, системные заболевания соединительной ткани, нейродегенеративные заболевания (БАС), деменция, инфаркт мозга;

осложнения основного заболевания: рубцовые стриктуры пищевода; вторичная ахалазия кардии, почечная недостаточность, декомпенсированный сахарный диабет; гиперкальциемия, воспалительные поражения слизистой полости рта различной этиологии;

осложнения лечения лучевой и химиотерапии, нежелательные лекарственные реакции (ксеростомия вследствие приема симпатомиметиков, м-холиноблокаторов, альфа-адреноблокаторов, диуретиков, антипсихотиков, опиоидов, антихолинэргических антигистаминных, противоопухолевых лекарственных препаратов; гиперсаливация – м-холиномиметиками, антихолинэстеразными лекарственными препаратами; мукозиты);

психогенные факторы;

29.2. фармакотерапия дисфагии:

при дисфагии эзофагеальной, обусловленной опухолью пищевода, рубцовой стриктурой пищевода, нейродегенеративными заболеваниями (off-label):

дексаметазон, раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл, раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл, внутривенно медленно или внутримышечно по 12–16 мг, продолжать лечение меньшими дозами 4–8 мг в сутки только в случае явной эффективности курсом до 5 дней;

при дисфагии, обусловленной вторичной ахалазией кардии, показаны прокинетики, при неэффективности – нитроглицерин:

домперидон, таблетки 10 мг, перорально по 10 мг 3 раза в сутки, а при неэффективности метоклопрамид, таблетки 10 мг, перорально по 10 мг 3 раза в сутки;

нитроглицерин, спрей подъязычный дозированный 400 мкг/1 доза 10 г, сублингвально по 1 дозе (400 мкг) за 15 минут до приема пищи; таблетки подъязычные 0,5 мг, сублингвально по 500 мкг (0,5 мг) за 15 минут до приема пищи;

при дисфагии орофарингеальной, обусловленной инфекционным поражением слизистой полости рта, независимо от этиологического фактора необходимо обрабатывать не менее 2–3 раз в сутки слизистую полости рта анестетиком, а затем антисептиком:

лидокаина гидрохлорид, раствор для инъекций 10 мг/мл – 3 мл, смазывать слизистую оболочку полости рта 2–3 раза в сутки;

прокаин, раствор для инъекций 5 мг/мл – 10 мл, смазывать слизистую оболочку полости рта 2–3 раза в сутки;

миритин, раствор для наружного применения 0,1 мг/мл, орошать или смазывать слизистую оболочку полости рта 2–3 раза в сутки;

бензидамин, спрей для местного применения (для ротовой полости) 1,5 мг/мл, спрей для местного применения (для ротовой полости) 3 мг/мл, орошать слизистую оболочку полости рта 2–3 раза в сутки; раствор для полоскания 1,5 мг/мл, прополоскать ротовую полость 2–3 раза в сутки неразведенным или разведенным лекарственным препаратом (15 мл раствора можно развести 15 мл воды).

Фармакотерапия стоматитов осуществляется в соответствии с клиническим протоколом диагностики и лечения пациентов (взрослое население) на терапевтическом стоматологическом приеме в амбулаторных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 26 декабря 2011 г. № 1245.

При дисфагии орофарингеальной, обусловленной ксеростомией, назначаются стимуляторы выработки слюны:

пилокарпин, капли глазные 1 % 5 мл, перорально по 5–10 капель (доза подбирается индивидуально) 3 раза в день перед едой в течение 2 недель (off-label);

йод, спрей для местного применения, 1,25 % 50 мл, орошать слизистую оболочку полости рта и глотки 4–6 раз в сутки в течение 5–7 дней.

Препараты искусственной слюны (на основе муцина или лактопероксидазы, глюкозооксидазы и ксилитола) рекомендуются при закупорке основного протока слюнной железы.

При дисфагии, обусловленной или в сочетании с гиперсаливацией:

гиосцина бутилбромид, таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг, перорально по 10–20 мг внутрь 3 раза в сутки, при неэффективности – повышение суточной дозы до максимальной – 300 мг (off-label);

амитриптилин, таблетки 25 мг, перорально по 25 мг внутрь на ночь;

29.3. немедикаментозное лечение:

уход за полостью рта (чистка зубов, десен и языка после еды и перед сном мягкой щеткой или тампоном; регулярное полоскание полости рта для удаления зубного налета и поддержания влажности слизистой);

частое дробное питание, мягкая теплая пища, исключить раздражающие продукты (острые, кислые, горькие, соленые) и пищу, агрессивную термически (горячая, холодная) и механически (леденцы, семечки, сухарики, чипсы); рассасывание кусочков льда за 10–15 мин до и во время сеансов химиотерапии и при ксеростомии;

питье малыми глотками, при выраженной болезненности – пить через трубочку;

использование жевательной резинки без сахара при ксеростомии.

30. Асцит:

30.1. основные причины асцита:

основное заболевание (опухоли – первичные опухоли брюшины, метастазы злокачественной опухоли в брюшину, псевдомиксома брюшины, лимфомы; портальная гипертензия – тромбоз или стеноз воротной вены и ее ветвей, цирроз печени, первичный рак печени, констриктивный перикардит, правожелудочковая сердечная недостаточность; гипопропротеинемия – нефротический синдром, энтеропатия с повышенной потерей белка; воспаление брюшины – туберкулезный перитонит, панкреатогенный ферментативный перитонит);

30.2. фармакотерапия асцита:

1-я ступень фармакотерапии:

спиронолактон, капсулы 25 мг, капсулы 50 мг, капсулы 100 мг, таблетки 25 мг, таблетки 50 мг, таблетки 100 мг; перорально по 100 мг внутрь однократно утром во время еды, при необходимости дозу увеличивают на 100 мг каждые 3–7 суток (максимальная доза 400 мг в сутки), пока потеря веса не будет составлять 0,5–1 кг в сутки или менее 0,5 кг в сутки при отсутствии периферических отеков, при возникновении тошноты или рвоты, суточную дозу разделить на 2–3 приема. При неэффективности, развитии гиперкалиемии – назначение лекарственных препаратов второй ступени;

2-я ступень фармакотерапии:

фуросемид, таблетки, 40 мг, перорально по 40 мг внутрь утром до еды с постепенным увеличением дозы каждые 3 суток до 160 мг в сутки, суточная доза 80–120 мг, назначается на 1–2 приема, доза 160 мг в сутки назначается на 2 приема (утром и днем);

фуросемид, раствор для инъекций (раствор для внутривенного и внутримышечного введения) 10 мг/мл 2 мл, по 40 мг внутривенно струйно, в исключительных случаях внутримышечно. Внутривенное введение проводят в течение 1–2 мин, в высоких дозах (80–160 мг) вводится внутривенно капельно, со скоростью не выше 4 мг/мин. Парентеральное применение фуросемида целесообразно осуществлять при нарушениях глотания, в urgentных ситуациях, при резко выраженном отеком синдроме;

3-я ступень фармакотерапии:

октреотид, раствор для инъекций (для внутривенного и подкожного введения) 100 мкг/мл 1 мл, подкожно по 50 мкг 1–2 раза в день в течение 5 дней. Эффективен при асците, обусловленном карциноматозом брюшины и обширным метастатическим поражением печени, при рефрактерном асците;

30.3. немедикаментозное лечение:

гипонатриевая диета (ограничение приема поваренной соли до 5 г в сутки (натрия до 2 г в сутки, включая натрий, поступающий с инфузионными растворами);

выполнение лапароцентеза пациентам с напряженным асцитом; асцитом, рефрактерным к лечению диуретиками, а также с возможным бактериальным перитонитом.

31. Анорекция и кахексия (в связи с тесной взаимосвязью анорекции и кахексии в настоящее время сформировано понятие синдрома анорекции – кахексии):

31.1. причины анорекции и кахексии:

причины анорекции:

хронические заболевания в терминальных стадиях;

наличие вторичных симптомов и заболеваний (одышка, тошнота, рвота, дисфагия, изжога, запор, вздутие живота, сухость во рту, кандидоз, стоматит; тревожное расстройство; депрессия; инфекционные осложнения);

электролитные нарушения: гиперкальциемия, гипокальциемия, гипонатриемия;

прием лекарственных препаратов (ацетоминофен, антибиотики, опиоидные анальгетики, антигистаминные, дигоксин);

раннее насыщение (небольшой объем желудка после гастрэктомии, асцит, гепатомегалия, опухоль); парез желудка, задержка опорожнения желудка (локальное заболевание, автономная нейропатия);

причины кахексии:

хронические заболевания в терминальных стадиях;

нарушения глотания: когнитивные расстройства, деменция, невротические расстройства, невралгия языкоглоточного нерва, глоссалгия, бульбарный синдром; псевдобульбарный синдром; болезнь двигательного нерва (БАС);

синдромы мальдигестии и мальабсорбции;

31.2. фармакотерапия синдрома анорексии – кахексии включает ороксирующие (стимулирующие аппетит) и противовоспалительные лекарственные препараты (off-label):

преднизолон, таблетки 5 мг, перорально по 20–40 мг 1 раз в сутки;

дексаметазон, таблетки по 0,5 мг, перорально по 2–6 мг 1 раз в сутки;

метилпреднизолон, таблетки 4 мг, перорально по 6–32 мг 1 раз в сутки;

ГКС назначаются коротким курсом, не более двух недель, показаны при анорексии у пациентов с онкологическими заболеваниями и ВИЧ-инфекцией, при отсутствии эффекта в течение недели – отменить; при наличии положительного действия – снизить до минимальной эффективной дозы; при уменьшении эффекта отменить;

омега-3-полиненасыщенные жирные кислоты: 1,6–2,4 г эйкозанпентаеновой и докозагексаеновой кислоты в сутки во время еды на 3–4 приема;

при гастропарезе, быстрой насыщаемости показаны прокинетики, мультиэнзимы, содержащие липазу, амилазу, капсулы кишечнорастворимые 150 мг, капсулы кишечнорастворимые 300 мг, капсулы кишечнорастворимые 400 мг, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 25 ЕД; доза устанавливается индивидуально, в зависимости от степени тяжести расстройства пищеварения. Лекарственный препарат принимают внутрь 3–6 раз в сутки, во время еды, не разжевывая и запивая большим количеством жидкости (вода, фруктовые соки);

31.3. немедикаментозное лечение:

частый режим питания малыми порциями; прием напитков на основе молока (горячий шоколад, солодовые напитки; кофе с молоком); назначение концентрированного энтерального питания с высоким содержанием белка в малом объеме; обогащение диеты питательными веществами, например, использование молока и сливок с повышенным содержанием жиров, добавление масла и сахара.

32. Злокачественная кишечная непроходимость:

32.1. причины злокачественной кишечной непроходимости:

основное заболевание: опухоли тонкой и толстой кишки, опухоли органов брюшной полости, острые или хронические заболевания органов брюшной полости, заболевания забрюшинного пространства;

осложнение основного заболевания: воспалительные инфильтраты, рубцовый стеноз, перитонит, метаболические нарушения (дефицит калия, магния, диабетический ацидоз);

осложнение лечения: лучевой ишемический фиброз, спаечная болезнь, нежелательные лекарственные реакции (опиоиды, М-холиноблокаторы);

32.2. фармакотерапия злокачественной кишечной непроходимости:

контроль боли согласно главе 3 настоящего клинического протокола;

дексаметазон, раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл, раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл; 8–16 мг внутривенно медленно в разведении раствором натрия хлорида 0,9 % до 20 мл или внутримышечно в течение 5–7 дней в комбинации с ранитидином;

ранитидин, раствор для инъекций, 25 мг/мл 2 мл, парентерально 50 мг внутривенно медленно (в течение 5 мин), в разведении раствором натрия хлорида 0,9 % или раствором декстрозы 5 % до 20 мл, при необходимости проводят повторные введения через каждые 6–8 часов; внутривенно капельно, со скоростью 25 мг/ч в течение 2 ч, при необходимости – повторное введение через 6–8 ч.; внутримышечно – 50 мг 3–4 раза в сутки) (off-label);

контроль тошноты и рвоты;

32.3. немедикаментозное лечение:

при частичной обструкции рекомендуется употребление в течение большей части или всего дня жидкой или пюреобразной пищи в небольших объемах; исключение газированных напитков;

при злокачественной кишечной непроходимости необходим полный покой ЖКТ (не есть и не пить) на несколько дней, может способствовать спонтанному разрешению обструкции, строгое ограничение поступления пищи через рот, только небольшие глотки жидкости для устранения сухости во рту;

постановка разгрузочного зонда пациентам с обильной рвотой (чаще 2–3 раз в сутки);

стендирование кишечника (при возможности).

ГЛАВА 5

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПСИХИЧЕСКИХ И НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ

33. Тревога является наиболее распространенным патологическим синдромом при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам:

33.1. проявления тревоги:

психические нарушения проявляются бессонницей, ночными кошмарами, нервозностью, нарушением концентрации внимания, навязчивыми мыслями;

соматические симптомы проявляются тяжестью в грудной клетке, поверхностным дыханием, головокружением, тремором, головной болью, потливостью, сухостью во рту, затрудненным глотанием, учащенным мочеиспусканием, мышечным напряжением, повышенной утомляемостью, слабостью.

Опросник для определения тревоги и депрессии приведен в приложении 7;

33.2. фармакотерапия тревоги:

для купирования клинически выраженной тревоги назначают анксиолитик (бензодиазепин):

диазепам, таблетки (таблетки, покрытые оболочкой) 5 мг, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл 2 мл, стартовая разовая доза 5 мг один – три раза в сутки, средняя терапевтическая доза 30 мг в сутки, максимальная суточная доза 60 мг;

лоразепам, таблетки, покрытые оболочкой, 1 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг, внутрь разовая доза 0,5–1 мг один-три раза в сутки. Средняя терапевтическая доза 5 мг в сутки. Максимальная суточная доза 10 мг;

для длительного лечения тревоги назначают антидепрессанты – селективные ингибиторы обратного захвата серотонина (далее – СИОЗ):

сертралин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, 50 мг, 100 мг, внутрь стартовая доза 25 мг внутрь один раз в сутки, при необходимости постепенное увеличение дозы на 25 мг за несколько недель до 100 мг/сутки, максимальная суточная доза 200 мг;

пароксетин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 20 мг, 30 мг внутрь стартовая доза 5–10 мг один раз в сутки, при необходимости постепенное увеличение дозы на 10 мг за несколько недель до 30 мг/сутки, максимальная суточная доза 60 мг;

флувоксамин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 100 мг, внутрь стартовая доза 25 мг один раз в сутки, при необходимости постепенное увеличение дозы на 25 мг за несколько недель до 100 мг/сутки (в два приема), максимальная суточная доза 200 мг;

эсциталопрам, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 10 мг, внутрь стартовая доза 2,5–5 мг один раз в сутки, при необходимости увеличение дозы до 10 мг один раз в сутки, максимальная суточная доза 20 мг.

С целью предупреждения нежелательных лекарственных реакций в первые 1–2 недели рекомендуется назначать СИОЗ в комбинации с бензодиазепинами;

при сочетании тревоги с нейропатической болью рекомендуется использовать антидепрессант с дополнительным противоболевым эффектом:

амитриптилин, таблетки, 25 мг, 50 мг, стартовая доза 12,5 мг внутрь один раз в сутки (вечером), при необходимости постепенное увеличение дозы на 12,5 мг за несколько недель до 75 мг/сутки, максимальная суточная доза 150 мг;

дулоксетин, капсулы 20 мг, 30 мг, 40 мг, 60 мг, стартовая доза 20 мг внутрь один раз в сутки (можно на ночь), при необходимости постепенное увеличение дозы на 20 мг за несколько недель до 60 мг в сутки (в два приема), максимальная суточная доза 120 мг;

венлафаксин, таблетки, капсулы 37,5 мг, 75 мг, 150 мг, стартовая доза 37,5 мг внутрь один раз в сутки (утром), при необходимости увеличение дозы до 75 мг в сутки (в два приема), максимальная суточная доза 150 мг.

Курс лечения – от нескольких месяцев, с последующей постепенной (в течение 2–3 недель) отменой;

если ожидаемая продолжительность жизни пациента меньше 4 недель, рекомендуется использовать монотерапию бензодиазепинами.

При неэффективности бензодиазепинов и антидепрессантов терапию можно дополнить антипсихотиками:

оланзапин, таблетки 5 мг, 10 мг, внутрь стартовая доза 2,5 мг один раз в сутки (вечером), при необходимости постепенное увеличение дозы на 2,5 мг до 10 мг в сутки;

кветиапин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, 200 мг, внутрь стартовая доза 12,5 мг однократно на ночь, далее ежедневное увеличение суточной дозы на 12,5 мг до достижения эффективной дозы, средняя терапевтическая доза 200 мг в сутки, максимальная суточная доза 400 мг;

хлорпротиксен, таблетки, покрытые пленочной оболочкой 15 мг, 25 мг, 50 мг, внутрь стартовая доза 15 мг один раз в сутки (вечером), при необходимости постепенное увеличение дозы, средняя терапевтическая доза 75 мг в сутки, максимальная суточная доза 150 мг;

33.3. немедикаментозное лечение:

психологическая поддержка;

психологическая помощь.

34. Депрессия развивается более чем у 20 % пациентов с хроническими прогрессирующими заболеваниями:

34.1. для лечения депрессии используются антидепрессанты и другие лекарственные препараты:

миртазапин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг, 45 мг, внутрь стартовая доза 15 мг (предпочтительно один раз в сутки, перед сном), при необходимости увеличение дозы до 45 мг в сутки;

мапротилин, таблетки, покрытые оболочкой 25 мг, внутрь стартовая доза 1,25–25 мг один раз в сутки, средняя терапевтическая доза 75 мг в сутки (кратность применения 1–3 раза в сутки), максимальная суточная доза 150 мг.

Длительность лечения зависит от клинического состояния и продолжается от одного до нескольких месяцев (контроль состояния не реже 1 раза в три недели), с последующей постепенной (в течение 2–3 недель) отменой лекарственных препаратов;

34.2. немедикаментозное лечение:

психологическая поддержка;

специализированная психологическая помощь.

35. Бессонница:

35.1. причины: различные соматические, психологические нарушения, побочное действие лекарственных препаратов;

35.2. фармакотерапия бессонницы:

при назначении лекарственных препаратов для лечения бессонницы следует соблюдать следующие принципы:

назначать короткими курсами от нескольких дней до 4 недель;

делать перерывы в приеме снотворных лекарственных препаратов (длительность перерыва равна длительности курса);

общая длительность терапии снотворными лекарственными препаратами не должна превышать 6 месяцев;

лекарственный препарат первой линии:

мелатонин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 3 мг, внутрь стартовая доза 1,5 мг за 30-40 минут до сна, средняя терапевтическая доза 3 мг в сутки, максимальная суточная доза 6 мг;

при отсутствии эффекта применяются лекарственные препараты второй линии:

зопиклон, таблетки, покрытые оболочкой 7,5 мг, внутрь стартовая доза 7,5 мг на ночь, длительность применения не более 4 недель;

миртазапин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 45 мг; внутрь доза 15 мг перед сном (off-label);

при отсутствии эффекта применяются лекарственные препараты третьей линии (лекарственные препараты различного механизма действия):

хлорпротиксен, таблетки, покрытые оболочкой, 15 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг внутрь стартовая доза 15 мг на ночь. При необходимости увеличение дозы до 50 мг;

диазепам, таблетки (таблетки, покрытые оболочкой) 5 мг, внутрь стартовая доза 5 мг на ночь. При необходимости увеличение дозы до 10 мг на ночь. Или внутримышечно 10 мг на ночь (при отсутствии возможности перорального приема лекарственных препаратов);

кветиапин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, внутрь стартовая доза 12,5 мг на ночь. При необходимости увеличение дозы до 100 мг на ночь (off-label);

лоразепам, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг; внутрь стартовая доза 2,5 мг на ночь, при необходимости увеличение дозы до 5 мг на ночь;

35.3. немедикаментозное лечение:

психологическая поддержка;

психологическая помощь;

гигиена сна (исключить употребление кофеина, алкоголя, больших объемов жидкости перед сном, придерживаться постоянного времени засыпания);

увеличение дневной активности, исключение дневного сна (по возможности).

36. Фармакотерапия психомоторного возбуждения:

диазепам, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл 2 мл, внутримышечно 10–20 мг, с оценкой клинической ситуации (максимальная суточная доза 60 мг), применяется с осторожностью у пациентов пожилого возраста из-за возможности развития парадоксальных реакций;

галоперидол, таблетки 1,5 мг, таблетки 5 мг, внутрь стартовая разовая доза 1,5 мг 2–3 раза в сутки, при необходимости увеличение разовой дозы до 5 мг, максимальная суточная доза 20 мг;

рисперидон, раствор для приема внутрь (для внутреннего применения) 1 мг/мл, таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 1 мг, таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 2 мг; внутрь стартовая доза 0,5 мг, постепенное увеличение дозы до 4 мг в сутки (в два приема), средняя терапевтическая доза 4 мг в сутки, максимальная суточная доза 8 мг;

хлорпротиксен, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг; внутрь стартовая доза 25 мг в сутки, при необходимости постепенное увеличение дозы, средняя терапевтическая доза 75 мг в сутки, максимальная суточная доза 150 мг;

кветиапин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг; внутрь стартовая доза 25 мг один раз в сутки, далее ежедневное увеличение суточной дозы на 25 мг до достижения эффективной дозы, средняя терапевтическая доза 200 мг в сутки, максимальная суточная доза 400 мг.

При развитии делирия оказание медицинской помощи осуществляется согласно клиническому протоколу «Диагностика и лечение пациентов с психическими и поведенческими расстройствами врачами общей практики», утвержденному постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 2 марта 2020 г. № 13.

37. Фармакотерапия миоклонии проводится короткими курсами не более 2–3 дней с последующей оценкой клинической ситуации:

клоназепам, таблетки 0,5 мг, таблетки 2 мг; стартовая доза внутрь 0,5 мг на ночь, затем 2–3 раза 0,5 мг внутрь в сутки до купирования симптома;

диазепам, таблетки (таблетки, покрытые оболочкой) 5 мг; внутрь 5 мг на ночь, затем 2–3 раза 5 мг внутрь в сутки до купирования симптома.

38. Фармакотерапия судорожного синдрома:

диазепам, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл 2 мл; внутримышечно 10–20 мг. При отсутствии эффекта в течение 15 минут повторное введение диазепама в той же дозе.

При отсутствии эффекта дальнейшее оказание медицинской помощи осуществляется в соответствии с клиническим протоколом «Оказание медицинской помощи пациентам в критических для жизни состояниях», утвержденным постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 23 августа 2021 г. № 99.

ГЛАВА 6 ФАРМАКОТЕРАПИЯ НАРУШЕНИЙ ДЫХАНИЯ

39. Одышка (диспноэ):

39.1. причины возникновения одышки:

основное заболевание: анемия, хроническая обструктивная болезнь легких (далее – ХОБЛ), пневмония, тромбоэмболия легочной артерии (далее – ТЭЛА), пневмоторакс, сердечная недостаточность, бронхиальная астма, БАС, онкологическое заболевание, другие;

осложнения онкологического заболевания: асцит, кахексия, паралич диафрагмального нерва, плевральный выпот, обструкция верхней полой вены, другие;

осложнения лечения: индуцированные химиотерапией пневмониты, пневмосклерозы, кардиомиопатии, другие;

психологические: тревога, паническое расстройство/атака, депрессия.

Для определения степени выраженности одышки используют шкалу Борга для оценки пациентом переносимости физических нагрузок (модифицированная) согласно приложению 8;

39.2. оксигенотерапия: ингаляция кислорода позволяет добиться выраженного эффекта у пациентов с гипоксемией. Осуществляются через назальный катетер (объем кислорода 2–4 л в минуту) либо при помощи маски (более 4 л в минуту) до достижения сатурации более 90 %. При рестриктивной дыхательной недостаточности, обусловленной декомпенсацией прогрессирующих нервно-мышечных болезнях, болезни двигательного нейрона, БАС, спинальной мышечной амиотрофии кислородотерапия не показана, в исключительных случаях (пневмония) – в сочетании с респираторной поддержкой (неинвазивной вентиляции легких (далее – НИВЛ)). У пациентов с гиперкапнической дыхательной недостаточностью уровень сатурации поддерживает на более низком уровне – 88–92 %;

39.3. фармакотерапия одышки:

бронхолитики используются при бронхообструктивном синдроме:

сальбутамол, аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза – 200 доз, по 1–2 ингаляции на прием по потребности, не более 8 ингаляций в сутки;

фенотерол, аэрозоль для ингаляций дозированный 100 мкг/доза во флаконах 10 мл, 200 доз, по 1 ингаляции на прием, при отсутствии эффекта применение 2 дозы через 5 минут, при необходимости длительной терапии – 1–2 дозы 3–4 раза в день не более 8 ингаляций в сутки, ингаляционно с помощью небулайзера 500 мкг в 4 мл раствора натрия хлорида 0,9 % на 1 процедуру до 4 раз в сутки;

опиоидные анальгетики: морфин и его производные позволяют добиться выраженного симптоматического эффекта у пациентов с одышкой в покое, при этом в большинстве случаев удается избежать угнетения дыхания. Начальная доза морфина (или другого сильного опиоида в эквивалентной дозе), раствор для приема внутрь 2 мг/мл, раствор для приема внутрь 20 мг/мл, таблетки 5 мг, таблетки 10 мг, у опиоид-наивных пациентов 2,5–5 мг внутрь по требованию. При необходимости приема более 2 раз в сутки морфин назначается на регулярной основе. Доза подбирается индивидуально с учетом продолжительности эффекта и возникновения нежелательных лекарственных реакций, и, как правило, не превышает 30 мг в сутки.

Для пациентов, которые уже принимают морфин в целях обезболивания и у которых наблюдается:

тяжелая одышка (≥ 7 из 10 баллов по шкале Борга) – может потребоваться такая же или даже более высокая доза, чем применяемая каждые 4 часа для обезболивания;

умеренная одышка (4–6 из 10 баллов) – достаточная доза может составлять 50–100 % дозы, применяемой каждые 4 часа для обезболивания;

легкая одышка (≤ 3 из 10 баллов) – доза может составлять 25–50 % дозы, применяемой каждые 4 часа для обезболивания.

У пациентов с ХОБЛ, декомпенсацией прогрессирующих нервно-мышечных болезней, болезнями двигательного нейрона, БАС, спинальной мышечной амиотрофией начальная доза морфина составляет 1 мг внутрь 2 раза в сутки, при необходимости постепенно разовая доза увеличивается до 1–2,5 мг каждые 4 часа в течение недели.

В случаях, когда одышка возникает у пациента, уже принимающего опиоидный анальгетики по поводу хронической боли, рекомендуется увеличение суточной дозы на 25–50 %;

ГКС показаны при одышке у пациентов с ХОБЛ, обструкцией трахеи, бронхов, других состояниях:

дексаметазон, раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл, раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл, таблетки 0,5 мг, внутрь 8–12 мг или парентерально 12–16 мг 1 раз в сутки;

преднизолон, таблетки 5 мг, внутрь 40–60 мг в сутки в течение 5–7 дней.

У пациентов с кахексией и мышечной слабостью назначаются в более низких дозах – дексаметазон 4–8 мг один раз в сутки внутрь (при парентеральном введении – 8 мг) или преднизолон 20–30 мг внутрь 5 дней;

анксиолитики эффективны в случаях, когда одышка сопровождается приступами тревоги и (или) психомоторного возбуждения. Следует учитывать возникновение «порочного круга» – тревога усиливает одышку, одышка, в свою очередь, усиливает тревогу;

бензодиазепины назначаются, если прогнозируемая продолжительность жизни менее 2–4 недель, например, диазепам, таблетки (таблетки, покрытые оболочкой) 5 мг, раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл 2 мл; 5 мг внутрь или парентерально (предпочтительно внутривенно) до трех раз в день. В терминальном состоянии может быть необходима более высокая доза – 10 мг внутрь на ночь и по потребности, максимальная суточная доза 40 мг;

лоразепам, таблетки, покрытые оболочкой, 1 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг, 0,5–1 мг внутрь 2 раза в сутки и по потребности;

нейролептики показаны пациентам с выраженными психогенными реакциями, проявляющимися психомоторным возбуждением, агрессией, а также пациентам с алкогольной болезнью в анамнезе (пункт 36 настоящего клинического протокола);

39.4. респираторная поддержка при дыхательных нарушениях:
время начала НИВЛ может быть определено по следующим клиническим признакам и лабораторным показателям:

клинические признаки дыхательной недостаточности:

жалобы на диспноэ, ортопноэ, тахипноэ;

нарушения сна вследствие появления ночной одышки;

утренние головные боли;

дневная утомляемость и сонливость;

участие в акте дыхания вспомогательной дыхательной мускулатуры в покое;

наличие парадоксального дыхания;

чрезмерная дневная сонливость;

лабораторные показатели дыхательной недостаточности:

ЖЕЛ < 50 % (< 80 % при БАС) должного объема, либо ее быстрое и значительное снижение;

$PaO_2 < 60$ мм рт. ст.;

выраженная ночная десатурация, выявленная при ночной оксиметрии, продолжительная минимальная десатурация < 88 % в течение 5 мин;

более 5 ночных эпизодов десатурации в течение часа по данным ночной пульсоксиметрии ($ODI > 5/ч$);

хроническая дневная гиперкапния с $PaCO_2 \geq 45$ мм рт. ст.;

ночная гиперкапния с $PaCO_2 \geq 50$ мм рт. ст.;

дневная нормакапния с ростом $PaCO_2$ ночью на 10 мм рт. ст. и более;

относительные медицинские противопоказания к НИВЛ: бульбарная форма БАС с выраженным слюнотечением; непереносимость НИВЛ; наличие когнитивных нарушений;

39.5. немедикаментозная терапия:

психологическая поддержка и социальное общение пациента;

психотерапия;

беседы и объяснения для пациента и родственников о механизмах одышки;

обучение техникам релаксации и контроля дыхания («правило трех П»: подъем – при вдохе живот надувается, покой – расслабить живот, спокойный выдох, пауза – не спешите делать новый вдох; ежедневно по 10 минут);

использование вентилятора (обдувание лица прохладной струей воздуха с направлением на область носа и рта пациента);

выполнение лечебной физкультуры, в том числе, дыхательной гимнастики;

правильное позиционирование (наклон корпуса вперед, фиксация плечевого пояса руками – положить руки на колени или стол, в карманы; при поражении одного легкого лечь на сторону здорового – максимально повысит вентиляционно-перфузионное соотношение при отсутствии массивного плеврального выпота);

поощрение социальных контактов.

40. Кашель:

40.1. причины:

основное заболевание и его осложнения: инфекционные заболевания грудной клетки, неврологические заболевания; бронхиальная астма, ХОБЛ, болезни системы кровообращения, ТЭЛА, гастроэзофагеальный рефлюкс, онкологические заболевания;

побочные эффекты лечения, индуцированные химиотерапией (например, блеомицин, метотрексат, циклофосфамид); лучевой терапией (пульмониты и фиброз легких);

нежелательные лекарственные реакции (ингибиторы АПФ, бета-адреноблокаторы, нитрофурантоин);

40.2. фармакотерапия кашля:

сухой кашель:

для опиоид-наивных пациентов назначается морфин, раствор для приема внутрь 2 мг/мл, раствор для приема внутрь 20 мг/мл, таблетки 5 мг, таблетки 10 мг, внутрь

по 2,5–5 мг 4–6 раз в сутки. В случае отсутствия эффекта необходимо увеличивать дозу морфина в режиме титрования до купирования кашля. При достижении суточной дозы более 20 мг перевести на прием морфина пролонгированного действия.

При развитии неустраняемых нежелательных лекарственных реакций или неэффективности опиоидной терапии можно использовать следующие лекарственные препараты:

габапентин, капсулы 100 мг, капсулы 300 мг, стартовая разовая доза 100 мг внутрь 2 раза в сутки, при отсутствии результата доза титруется до эффективной с увеличением кратности приема до 3 раз в сутки. Максимальная доза – 600 мг внутрь 3 раза в сутки;

диазепам, таблетки (таблетки, покрытые оболочкой) 5 мг, внутрь 5 мг 1 раз в сутки на ночь;

влажный кашель:

раствор натрия хлорида 0,9 % ингаляционно: 2,5 мл 4 раза в сутки и по потребности, при муковисцидозе, бронхоэктазах используется гипертонический раствор хлорида натрия (3–7 %);

микстуры от кашля, содержащие гвайфенезин;

ацетилцистеин, таблетки шипучие, 200 мг, 200 мг 3 раза в сутки (не позднее 6 часов до сна) внутрь или 600 мг однократно утром;

амброксол, таблетки, 30 мг, внутрь по 30 мг 2–3 раза в день или раствор для приема внутрь и ингаляций, 7,5 мг/мл, внутрь по 30 мг 2–3 раза в день или 15 мг 2 раза в день ингаляционно.

41. Икота:

41.1. к основным причинам относятся растяжение желудка; гастроэзофагеальный рефлюкс, раздражение диафрагмы, раздражение диафрагмального нерва;

41.2. фармакотерапия икоты:

для уменьшения растяжения желудка и (или) гастроэзофагеального рефлюкса:

симетикон, капсулы, 40 мг, 80 мг, флаконы, капли для приема внутрь, 40 мг/мл – 30 мл, разовая доза 80 мг внутрь 3–4 раза в сутки;

метоклопрамид, таблетки 10 мг, внутрь 10 мг 3–4 раза в сутки;

пантопразол, таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (таблетки кишечнорастворимые), 40 мг, внутрь 40 мг утром.

При неэффективности фармакотерапии в течение 3 суток, необходимо перевести пациента на лекарственные препараты центрального подавления икотного рефлекса;

лекарственные препараты центрального подавления икотного рефлекса первой линии:

баклофен, таблетки 10 мг, таблетки 25 мг; 5–20 мг внутрь 3 раза в сутки до 3 суток;

габапентин, капсулы 300 мг, 300 мг 2 раза в сутки в течение 3 суток, затем 300 мг 1 раз в сутки в течение 3 суток, затем отменить; повторить по необходимости коротким курсом (3–5 дней) 300 мг 3 раза в сутки;

лекарственные препараты центрального подавления икотного рефлекса второй линии:

нифедипин, таблетки, 10 мг, 10 мг под язык 3 раза в сутки;

вальпроевая кислота, таблетки 200 мг, 300 мг, разовая доза 200 мг внутрь 2 раза в сутки;

галоперидол, капли для приема внутрь 2 мг/мл, раствор для внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл 1 мл, таблетки 1,5 мг, таблетки 5 мг; 5–10 мг внутрь или внутримышечно однократно, если нет ответа – дополнительно 1,5–3 мг на ночь;

мидазолам, раствор для внутривенного, внутримышечного и ректального введения 5 мг/мл 1 мл, раствор для внутривенного, внутримышечного и ректального введения 5 мг/мл 3 мл, назначается пациентам в последние дни жизни в дозе 2 мг внутривенно с последующим увеличением на 1–2 мг каждые 3–5 мин до 10–60 мг в сутки в виде непрерывной инфузии.

Выбор лекарственного препарата определяется наличием у пациента других симптомов, например, при тошноте – метоклопрамид; при невралгии – габапентин;

при мышечных спазмах – баклофен. Пациентам с почечной недостаточностью, пожилым пациентам доза лекарственных препаратов центрального действия уменьшается в 2 раза.

ГЛАВА 7 ФАРМАКОТЕРАПИЯ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

42. Учащенное мочеиспускание:

42.1. причины, вызывающие учащенное мочеиспускание:

заболевания уrogenитального тракта, осложнения заболеваний и (или) последствия лечения (опухоли, туберкулез, анатомические аномалии, мочекаменная болезнь, гиперкальциемия, боль, крестцовая плексопатия, терапия производными оксазофоринов, постлучевой цистит, инфекции, другие);

эндокринные нарушения (сахарный диабет, несахарный диабет, другие);

заболевания нервной системы и их последствия (рассеянный склероз, деменция, последствия острого нарушения мозгового кровообращения, другие);

гиперактивность мочевого пузыря (идиопатическая нестабильность детрузора, нейрогенная гиперактивность);

психогенные расстройства;

42.2. лекарственными препаратами выбора при фармакотерапии учащенного мочеиспускания являются:

оксибутинин, таблетки, 5 мг, разовая доза 5 мг внутрь 2 раза в сутки с последующим увеличением до 4 раз в сутки, максимальная суточная доза 30 мг. Пожилым пациентам следует назначать половину разовой дозы;

солифенацин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг; разовая доза 5 мг внутрь 1 раз в сутки, при отсутствии эффекта доза может быть увеличена до 10 мг/сутки;

мирабегрон, таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, 25–50 мг внутрь 1 раз в сутки, максимальная доза 50 мг/сутки.

Лекарственные препараты принимаются длительно с оценкой эффективности и возможных нежелательных лекарственных реакций.

43. Спазмы мочевого пузыря:

43.1. причины возникновения спазмов мочевого пузыря:

опухоли малого таза, их осложнения и последствия лечения (лучевой фиброз, другие);

уретральный катетер (раздражение баллоном, обструкция, другие);

инфекция мочевыводящих путей;

психогенные причины.

43.2. фармакотерапия спазмов мочевого пузыря:

оксибутинин, солифенацин;

гиосцина бутилбромид, раствор для инъекций 20 мг/мл – 1 мл, стартовая разовая доза 20 мг внутримышечно или внутривенно медленно, в качестве растворителя использовать раствор натрия хлорида 0,9 % или раствор глюкозы 5 %, дополнительное введение при необходимости 20 мг через 30 мин. Максимальная суточная доза 100 мг в сутки.

44. Причинами возникновения затрудненного мочеиспускания являются:

заболевания органов малого таза и их осложнения (опухоли, компрессия конского хвоста и корешков, крестцовая плексопатия, увеличение предстательной железы на фоне доброкачественной гиперплазии или рака, другие);

нежелательные лекарственные реакции и осложнения манипуляций (использование М-холинолитиков, опиоидных анальгетиков, центральные нейроаксиальные блокады).

В случае развития нежелательных лекарственных реакций необходимо отменить или заменить лекарственный препарат, который спровоцировал затрудненное мочеиспускание. При переполнении прямой кишки используются метод механической очистки ампулы прямой кишки (клизма, ручное удаление каловых масс) с последующим

использованием слабительных лекарственных препаратов, указанных в пункте 27 настоящего клинического протокола.

ГЛАВА 8 ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПРОЧИХ НАРУШЕНИЙ

45. Повышенная утомляемость:

45.1. наиболее частые причины: расстройства сна и настроения, когнитивные нарушения, кахексия, анорексия, другие патологические симптомы (синдромы) хронических заболеваний и их осложнений;

45.2. фармакотерапия повышенной утомляемости, вызванной онкологическим заболеванием:

антидепрессанты показаны при депрессии, если она сопровождается нарушениями сна;

ГКС эффективны при непродолжительном приеме (до 2 недель):

дексаметазон, раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл, раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл, таблетки 0,5 мг; 4–8 мг внутрь или внутримышечно в первую половину дня;

преднизолон, таблетки 5 мг; 20–40 мг внутрь в первую половину дня;

метилпреднизолон, таблетки 4 мг, таблетки 8 мг, таблетки 16 мг, таблетки 32 мг; 16–32 мг внутрь в первую половину дня.

46. Отек:

46.1. причины отеков на поздних стадиях подразделяют на общие и местные:

общие: нежелательные лекарственные реакции (вазодилататоры, НПВП, ГКС, габапентин, прегабалин; гипоальбуминемия), асцит, анемия, ХСН, терминальная стадия почечной недостаточности;

местные: венозная недостаточность, обструкция вен, лимфо- и веностаз, облитерация или обструкция лимфатической сети;

46.2. фармакотерапия отека зависит от его причины:

антагонисты альдостерона назначаются при отеке нижних конечностей при асците, особенно если он сопровождается вторичным гиперальдостеронизмом;

при отеке, вызванном обструкцией или облитерацией лимфатических сосудов (лимфедеме):

анальгетики, при отсутствии эффекта от немедикаментозной терапии (удобное компрессионное белье или повязка, комфортное положение конечности): предпочтение отдают парацетамолу и опиоидам согласно пункту 18 настоящего клинического протокола;

дексаметазон, раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл, раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл, таблетки 0,5 мг; пробный курс, 8–12 мг 1 раз в сутки внутрь или внутримышечно в течение 1 недели, если отек уменьшился, дексаметазон в дозе 2–4 мг 1 раз в сутки внутрь применять неопределенно долго;

диуретики назначаются, если отеки появились или усугубились с момента назначения НПВП или ГКС; если у отеков имеется кардиальный или венозный компонент: фуросемид, таблетки 40 мг; 20–40 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 1 недели; затем дозу корректируют индивидуально; спиронолактон, капсулы 25 мг, капсулы 50 мг, капсулы 100 мг, таблетки 25 мг, таблетки 50 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг, таблетки (покрытые оболочкой) 100 мг; 50–100 мг 1 раз в сутки внутрь.

47. Зуд:

47.1. причины зуда:

периферические: кожные (крапивница, кожный мастоцитоз, другие), нейропатические (постгерпетическая невралгия);

центральные: нейропатические (опухоль и травмы головного мозга, рассеянный склероз), нейрогенные (холестааз, опиоидотерапия, паранеопластический процесс), психогенные;

смешанные (периферические и центральные): уремия;

47.2. фармакотерапия зуда:

неспецифическое лечение:

противозудные средства для местного применения: ментол + прокаин + бензокаин, раствор для наружного применения 40 мл и 50 мл, наносить на кожу 2–3 раза в день, продолжительность лечения не должна превышать 7 дней; эффективен, если зуд локализован на ограниченных участках кожи или более интенсивен на них;

антигистаминные препараты на ночь или в течение дня: блокатор H₁-гистаминовых рецепторов с седативным действием – клемастин, раствор для инъекций, 1 мг/мл 2 мл, внутримышечно по 2 мг 2 раза в день (утром и вечером). Внутривенное введение в той же дозе следует проводить медленно, в течение более 2–3 мин;

дифенгидрамин, ампулы, раствор для внутривенного и внутримышечного введения, 10 мг/мл 1 мл 1–3 раза в сутки внутримышечно или внутривенно, максимальная суточная доза 50 мг, курс до 5 дней;

цетиризин, таблетки 10 мг, внутрь по 10 мг 1 раз в день. Максимальная длительность курса до 4 недель;

хифенадин, таблетки 10 мг, таблетки 50 мг, внутрь по 50 мг 1–3 раза в сутки, длительность курса 10–15 дней;

при нейропатической или нейрогенной причине зуда показано назначение ТЦА и (или) антиконвульсантов (пункт 23);

специфическое лечение зуда при холестазах (если стентирование общего желчного протока невозможно) заключается в назначении (off-label) лекарственного препарата сертралин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг, таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг; 50–100 мг внутрь 1 раз в сутки или рифампицин, капсулы, 150 мг, 150–600 мг внутрь 1 раз в сутки;

специфическое лечение зуда при уремии (off-label) заключается в назначении лекарственного препарата габапентин, капсулы 100 мг, капсулы 300 мг, 100–400 мг внутрь 1 раз в сутки или сертралин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг; 50 мг внутрь 1 раз в сутки;

специфическое лечение зуда при опиоидной терапии предусматривает ротацию опиоидного анальгетика, назначение блокаторов H₁-гистаминовых рецепторов (эффективны в небольшом количестве случаев, когда зуд обусловлен выбросом гистамина в коже) или ондансетрон, 8 мг внутрь 2 раза в сутки;

специфическое лечение зуда при лимфоме Ходжкина (off-label) заключается в назначении лекарственного препарата преднизолон, таблетки 5 мг, 10–20 мг внутрь 1 раз в сутки, или дексаметазон, раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл, раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл, таблетки 0,5 мг; 4–8 мг внутрь или парентерально 1 раз в сутки, и (или) миртазапин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг; 15–30 мг на ночь;

специфическое лечение паранеопластического или идиопатического зуда (off-label) заключается в назначении лекарственного препарата пароксетин, таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг; 5–20 мг 1 раз в сутки или миртазапин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг, 15–30 мг внутрь на ночь.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Фармакотерапия основных
патологических симптомов
(синдромов) при оказании
паллиативной медицинской помощи
пациентам (взрослое население)
в стационарных, амбулаторных
условиях и на дому»

**Лекарственные препараты, используемые в фармакотерапии патологических симптомов (синдромов)
при оказании паллиативной медицинской помощи пациентам**

Фармакологическая подгруппа анатомо-терапевтическо-химической классификационной системы лекарственных средств	Международное непатентованное наименование лекарственного препарата	Лекарственные формы, дозировки	Максимальная суточная доза
А Пищеварительный тракт и обмен веществ			
А01 Стоматологические средства			
А01А Стоматологические средства	Бензидамин	Спрей для местного применения (для ротовой полости) 1,5 мг/мл – 30 мл Спрей для местного применения (для ротовой полости) 3 мг/мл – 30 мл Раствор для полоскания 1,5 мг/мл – 100 мл, 120 г	12,24 мг
А02 Средства для лечения состояний, связанных с нарушением кислотности:			
А02А Антацидные средства	Соединения, содержащие гидроокись алюминия и магния	Суспензия для внутреннего применения (для приема внутрь)	60 мл
		Таблетки	12 таблеток
	Алюминия фосфат	Суспензия	11,34 г (по алюминию фосфату)
А02В Противоязвенные средства и средства, применяемые при гастроэзофагеальной рефлюксной болезни	Ранитидин	Раствор для инъекций (раствор для внутривенного и внутримышечного введения) 25 мг/мл 2 мл	200 мг
	Омепразол	Капсулы 10 мг Капсулы (капсулы кишечнорастворимые) 20 мг Лиофилизированный порошок для приготовления раствора для внутривенного введения (для инфузий, для инъекций) 40 мг	120 мг
	Пантопризол	Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой (таблетки кишечнорастворимые), 40 мг Порошок (лиофилизированный порошок) для приготовления раствора для внутривенного введения, 40 мг	160 мг

A03 Средства для лечения функциональных нарушений ЖКТ			
A03A Средства, применяемые при нарушениях функции кишечника	Тримебутин	Таблетки 100 мг Таблетки с пролонгированным высвобождением 300 мг	600 мг
	Папаверин	Раствор для инъекций 20 мг/мл 2 мл Суппозитории ректальные 20 мг	120 мг
	Дротаверин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 2 мл Таблетки 40 мг Таблетки 80 мг	240 мг
	Силиконы	Капли для приема внутрь 40 мг/мл 30 мл, 50 мл Капли для приема внутрь 66,66 мг/мл 30 мл Капли для приема внутрь 100 мг/мл 30 мл Капли для внутреннего применения 300 мг/мл 30 мл Капсулы 40 мг Капсулы 80 мг Капсулы 120 мг	800 мг
A03B Средства на основе красавки и ее производных	Гиосцина бутилбромид	Раствор для инъекций 20 мг/мл – 1 мл Суппозитории 10 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг	300 мг
A03D Спазмолитики в комбинации с анальгетиками	Питофенон в комбинации с анальгетиками	Раствор для внутримышечного введения (для инъекций)	5000 мг (по метамизолу)
		Таблетки	3000 мг (по метамизолу)
	Алкалоиды красавки в комбинации с анальгетиками	Таблетки	10 таблеток (беллалгин) 4 таблетки (бекарбон)
A03F Прокинетики	Домперидон	Таблетки 10 мг	30 мг
		Таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг	
	Метоклопрамид	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл 2 мл	30 мг или 0,5 мг/кг
Таблетки 10 мг		100 мг	
A04 Противорвотные средства и средства для устранения тошноты:			
A04A Противорвотные средства и средства для устранения тошноты	Ондансетрон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 2 мг/мл 2 мл	32 мг
		Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 2 мг/мл 4 мл	
		Таблетки, покрытые оболочкой, 4 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 8 мг	
	Трописетрон	Раствор для внутривенного введения (для инъекций) 1 мг/мл 5 мл Капсулы 5 мг	5 мг

A06 Слабительные средства:			
A06A Слабительные средства	Бисакодил	Таблетки кишечнорастворимые, покрытые пленочной оболочкой (таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 5 мг Суппозитории ректальные 10 мг	10 мг
	Гликозиды сенны (сеннозиды А и В)	Таблетки 70 мг Таблетки 140 мг	140 мг
	Пикосульфат натрия	Капли для приема внутрь (для внутреннего применения) 7,5 мг/мл 15 мл, 20 мл, 30 мл Таблетки 7,5 мг	15 мг
	Лактулоза	Сироп 670 мг/мл 150 мл Сироп 670 мг/мл в пакетах 15 мл	45 мл
	Макрогол	Порошок для приготовления раствора для приема внутрь (для внутреннего применения) 10 г	20 г
	Глицерол	Суппозитории ректальные 1240 мг Суппозитории ректальные 2110 мг	2110 мг
A07 Противодиарейные средства, противовоспалительные, антиинфекционные средства для кишечника:			
A07B Кишечные адсорбенты	Диосмектит	Порошок для приготовления суспензии для внутреннего применения (для приема внутрь) 3 г	18 г
	Полиметилсилоксана полигидрат (метилкремниевой кислоты гидрогель)	Паста для приема внутрь 225 г.	135 г
A07C Электролиты с углеводами	Солевые комплексы для оральной регидратации	Порошок для приготовления раствора для внутреннего применения (для приема внутрь) 18,9 г	–
A07D Средства, снижающие моторную функцию ЖКТ	Лоперамид	Капсулы 2 мг Таблетки 2 мг	24 мг
A09 Средства, нормализующие пищеварение, в том числе ферментные средства:			
A09A Средства, способствующие пищеварению, включая ферменты	Мультиэнзимы, содержащие липазу, амилазу	Капсулы кишечнорастворимые 150 мг Капсулы кишечнорастворимые 300 мг Капсулы кишечнорастворимые 400 мг Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой Таблетки, покрытые пленочной оболочкой Таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 25ЕД	200–400 ЕД
В Кровь и кроветворные органы			
B05 Плазмозамещающие и перфузионные растворы:			
B05X Добавки к растворам для внутривенного введения	Натрия хлорид	Раствор для инфузий (для инъекций) 9 мг/мл Раствор для инфузий 100 мг/мл	–
С Сердечно-сосудистая система			
C01 Средства для лечения заболеваний сердца			
C01D Периферические вазодилататоры, используемые при лечении заболеваний сердца	Глицерил тринитрат	Спрей подъязычный дозированный 0,4 мг/доза Таблетки сублингвальные 0,5 мг	нет

C03 Мочегонные средства:			
C03C Мочегонные средства с высоким потолком дозы («петлевые» диуретики)	Фуросемид	Раствор для инъекций (раствор для внутривенного и внутримышечного введения) 10 мг/мл 2 мл	1500 мг
		Таблетки 40 мг	160 мг
C03D Калийсберегающие диуретики	Спиронолактон	Капсулы 25 мг Капсулы 50 мг Капсулы 100 мг Таблетки 25 мг Таблетки 50 мг Таблетки 100 мг	400 мг
C08 Блокаторы кальциевых каналов:			
C08C Селективные блокаторы кальциевых каналов с преимущественным влиянием на сосуды	Нифедипин	Таблетки 10 мг	80 мг
D Дерматологические средства			
D04 Средства для устранения зуда, включая антигистаминные, местноанестезирующие средства и иное:			
D04AB Анестезирующие средства для местного применения	Бензокаин + Прокаин +	Раствор для наружного применения спиртовой 40 мл	–
	Левоментол	Раствор для наружного применения спиртовой 50 мл	
D08 Антисептические и дезинфицирующие средства:			
D08A Антисептические и дезинфицирующие средства:	Бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний (миритин)	Раствор для наружного применения 0,1 мг/мл во флаконах 100 мл с распылительной насадкой	100 мг
G Мочеполовая система и половые гормоны			
G04 Средства для лечения урологических заболеваний:			
G04B Прочие средства для лечения урологических заболеваний, включая спазмолитические	Оксибутинин	Таблетки 5 мг	30 мг
	Солифенацин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 5 мг	10 мг
	Мирабегрон	Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг	50 мг
H Гормональные средства для системного применения, исключая половые гормоны и инсулины			
H01 Гормоны гипофиза, гипоталамуса и их аналоги:			
H01C Гормоны гипоталамуса	Октреотид	Раствор для инъекций (для внутривенного и подкожного введения) 100 мкг/мл 1 мл	600 мг
H02A Кортикостероиды для системного применения	Дексаметазон	Раствор для инъекций 4 мг/мл 1 мл	80 мг
		Раствор для инъекций 4 мг/мл 2 мл Таблетки 0,5 мг	
	Метилпреднизолон	Таблетки 4 мг Таблетки 8 мг Таблетки 16 мг Таблетки 32 мг	30 мг/кг
	Преднизолон	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 30 мг/мл 1 мл Таблетки 5 мг	1500 мг

J Антиинфекционные средства для системного применения			
J04 Средства, активные в отношении микобактерий:			
J04A Средства для лечения туберкулеза	Рифампицин	Капсулы 150 мг	600 мг
M Костно-мышечная система			
M01 Противовоспалительные и противоревматические средства:			
M01A Нестероидные противовоспалительные и противоревматические средства	Диклофенак	Раствор для внутримышечного введения (раствор для инъекций) 25 мг/мл 3 мл	150 мг
		Суппозитории ректальные 50 мг	
		Суппозитории ректальные 100 мг	
		Таблетки, покрытые оболочкой (покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 25 мг	
		Таблетки, покрытые оболочкой (покрытые кишечнорастворимой оболочкой), 50 мг	
	Этодолак	Таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой (таблетки замедленного высвобождения, таблетки ретард, покрытые оболочкой), 100 мг	-
		Гель для наружного применения 10 мг/г в тубах 20 г, 30 г, 40 г, 50 г, 100 г	
		Гель для наружного применения 2 % в тубах 50 г, 100 г	
		Гель для наружного применения 50 мг/г в тубах 40 г, 50 г	
		Крем 1 % в тубах 20 г	
Кеторолак	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг	1000 мг	
	Таблетки с модифицированным высвобождением 600 мг		
Ацеклофенак	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для внутримышечного введения) 30 мг/мл 1 мл	90 мг	
	Таблетки, диспергируемые в полости рта 10 мг		
	Таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг		
Теноксикам	Капсулы 100 мг	200 мг	
	Порошок для приготовления суспензии для приема внутрь 100 мг		
Лорноксикам	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг	-	
	Крем для наружного применения 1,5 % в тубах 60 г		
Мелоксикам	Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг	20 мг	
	Таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг		
Мелоксикам	Лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 8 мг	16 мг (24 мг в первые сутки терапии)	
	Таблетка, покрытая пленочной оболочкой, 4 мг		
	Таблетка, покрытая пленочной оболочкой, 8 мг		
	Таблетка, покрытая пленочной оболочкой (быстрого высвобождения), 8 мг		
Мелоксикам	Таблетки 7,5 мг	15 мг	
	Таблетки 15 мг		
	Раствор для внутримышечного введения 10 мг/мл 1,5 мл		
	Суппозитории ректальные 7,5 мг		
		Суппозитории ректальные 15 мг	

Ибупрофен	Капсулы 200 мг Капсулы 400 мг Порошок для приготовления раствора для приема внутрь 400 мг Суспензия для внутреннего применения 200 мг/5 мл во флаконах 100 г Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 200 мг Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 400 мг	1200 мг
	Гель для наружного применения 100 мг/г в тубах 50 г Крем 50 мг/1 г в тубах 20 г, 30 г, 50 г, 100 г Мазь для наружного применения 50 мг/г в тубах 15 г, 25 г	—
Напроксен	Таблетки, покрытые оболочкой, 275 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 550 мг	1650 мг
Кетопрофен	Капсулы 50 мг Капсулы 150 мг Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций)/концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл – 2 мл Суппозитории ректальные 100 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг	200 мг
	Гель для наружного применения 25 мг/г в тубах 30 г, 40 г, 50 г Крем для наружного применения 50 мг/г в тубах 30 г, 50 г	—
	Пластырь 30 мг	30 мг
Декскетопрофен	Порошок для приготовления раствора для внутреннего применения 25 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг	75 мг
	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для внутримышечного введения, для инъекций)/концентрат для приготовления раствора для инфузий 25 мг/мл 2 мл	150 мг
Ибупрофен в комбинации с другими препаратами (ибупрофен + парацетамол, ибупрофен + питофенон + фенпивериний)	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой	1200 мг (по ибупрофену)
Целекоксиб	Капсулы 100 мг Капсулы 200 мг	400 мг
	Эторикоксиб	Таблетки, покрытые оболочкой, 60 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 90 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 120 мг
Нимесулид	Порошок (гранулы) для приготовления суспензии для приема внутрь (для внутреннего применения) 100 мг в пакетах Таблетки 100 мг	200 мг
	Гель для наружного применения 10 мг/г в тубах 20 г, 30 г, 50 г	—

M03 Миорелаксанты:			
M03B Миорелаксанты центрального действия	Баклофен	Таблетки 10 мг Таблетки 25 мг	100 мг
	Тизанидин	Таблетки 2 мг Таблетки 4 мг	36 мг
	Толперизон	Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 50 мг Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 150 мг	450 мг
	Толперизон/Лидокаин	Раствор для инъекций (для внутримышечного введения) (100 мг+2,5 мг)/мл 1 мл	100 мг
M05B Средства, влияющие на структуру и минерализацию костей	Золедроновая кислота	Концентрат для приготовления раствора для инфузий 4 мг/5 мл Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инфузий 4 мг Порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инфузий 5 мг	4 мг каждые 3–4 недели
N Нервная система			
N01 Анестезирующие средства:			
N01B Средства для местной анестезии	Прокаин	Раствор для инъекций 2,5 мг/мл	750 мг (раствор 5 мг/мл) 1250 мг (раствор 2,5 мг/мл)
		Раствор для инъекций 5 мг/мл	
		Раствор для инъекций 10 мг/мл	
Лидокаин	Раствор для инъекций 10 мг/мл 5 мл	400 мг	
	Раствор для инъекций 20 мг/мл 2 мл		
	Пластырь 700 мг		2100 мг
N02 Анальгетики:			
N02A Опиоиды	Морфин	Раствор для инъекций 10 мг/мл – 1 мл Раствор для приема внутрь 2 мг/мл – 5 мл Раствор для приема внутрь 20 мг/мл – 20 мл Раствор для приема внутрь 20 мг/мл – 5 мл Таблетки 5 мг Таблетки 10 мг Таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 10 мг Таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 30 мг Таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 60 мг Таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой, 100 мг Таблетки шипучие 20 мг	Нет – при сильной боли
	Гидроморфон	Капсула с пролонгированным высвобождением 4 мг Капсула с пролонгированным высвобождением 8 мг Капсула с пролонгированным высвобождением 16 мг Капсула с пролонгированным высвобождением 24 мг Таблетки пролонгированного действия 8 мг Таблетки пролонгированного действия 16 мг Таблетки пролонгированного действия 32 мг	Нет – при сильной боли

	Оксикодон + налоксон	Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой 5/2,5 мг Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой 10/5 мг Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой 20/10 мг Таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой 40/20 мг	160/80 мг
	Фентанил	ТТС (пластырь трансдермальный) 12,5 мкг/ч ТТС (пластырь трансдермальный) 25 мкг/ч ТТС (пластырь трансдермальный) 50 мкг/ч ТТС (пластырь трансдермальный) 75 мкг/ч ТТС (пластырь трансдермальный) 100 мкг/ч	Нет – при сильной боли
	Трамадол	Капсулы 50 мг Таблетки 50 мг Раствор для инъекций 50 мг/мл 1 мл Раствор для инъекций 50 мг/мл 2 мл	400 мг
	Тапентадол	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 75 мг Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 50 мг Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 100 мг Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 150 мг Таблетки пролонгированного действия, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг	500 мг
N02B Прочие анальгетики-антипиретики	Метамизол натрия	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг/мл – 2 мл Таблетки 500 мг	3000 мг
	Метамизол натрия в комбинации с психолептиками	Таблетки	4 таблетки
	Парацетамол	Таблетки 500 мг Таблетки шипучие 500 мг Суппозитории ректальные 250 мг Раствор для инфузий 10 мг/мл 50 мл Раствор для инфузий 10 мг/мл 100 мл	3000 мг
N03 Противосудорожные средства:			
N03A Противосудорожные средства	Клоназепам	Таблетки 0,5 мг Таблетки 2 мг	4 мг
	Карбамазепин	Таблетки 200 мг	600 мг

	Вальпроевая кислота	Таблетки, покрытые оболочкой, с модифицированным высвобождением; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой, 200 мг Таблетки (таблетки, покрытые оболочкой, с модифицированным высвобождением; таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой; таблетки пролонгированного действия, покрытые оболочкой) 300 мг Таблетки, покрытые оболочкой, с модифицированным высвобождением (пролонгированного действия, покрытые оболочкой) 500 мг Гранулы пролонгированного действия 100 мг Гранулы пролонгированного действия 250 мг Гранулы пролонгированного действия 500 мг	30 мг/кг
	Габапентин	Капсулы 100 мг Капсулы 300 мг Капсулы 400 мг	1800 мг
	Прегабалин	Капсулы 75 мг Капсулы 150 мг	300 мг
N05A Антипсихотические средства	Хлорпромазин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 25 мг/мл 2 мл	1000 мг (внутримышечно) 250 мг (внутривенно)
		Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, (драже) 25 мг	1500 мг
		Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, (драже) 50 мг Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, (драже) 100 мг	
	Галоперидол	Капли для приема внутрь 2 мг/мл – 30 мл	10 мг
		Раствор для внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл 1 мл	
		Таблетки 1,5 мг Таблетки 5 мг	
	Хлорпротиксен	Таблетки, покрытые оболочкой, 15 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг	150 мг
Оланзапин	Таблетки, покрытые оболочкой, 5 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг	20 мг	
Кветиапин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг	400 мг	
Risperidon	Раствор для приема внутрь (для внутреннего применения) 1 мг/мл 30 мл	8 мг	
	Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 1 мг		
	Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 2 мг		
N05B Анксиолитические средства (транквилизаторы)	Диазепам	Таблетки (таблетки, покрытые оболочкой) 5 мг	60 мг (перорально)
		Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 5 мг/мл 2 мл	120 мг (парентерально)
	Лоразепам	Таблетки, покрытые оболочкой, 1 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг	10 мг

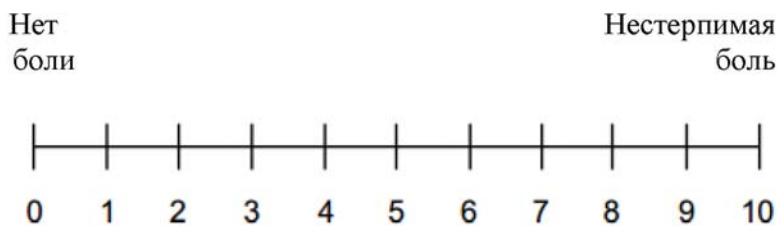
N05C Снотворные и седативные средства	Мидазолам	Раствор для внутривенного, внутримышечного и ректального введения 5 мг/мл 1 мл Раствор для внутривенного, внутримышечного и ректального введения 5 мг/мл 3 мл	0,35 мг/кг
	Зопиклон	Таблетки, покрытые оболочкой, 3,75 мг Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 7,5 мг	15 мг
	Мелатонин	Таблетки 3 мг	6 мг
N06 Психоаналептические средства:			
N06A Антидепрессанты	Амитриптилин	Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг	150 мг
	Мапротилин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг	150 мг
	Флуоксетин	Капсулы 20 мг	80 мг
	Пароксетин	Таблетки, покрытые оболочкой, 20 мг	60 мг
	Сертралин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг	200 мг
		Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 50 мг	
		Таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг	
	Флувоксамин	Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 50 мг	200 мг
		Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 100 мг	
	Эсциталопрам	Таблетки, покрытые (пленочной) оболочкой, 10 мг	20 мг
Миртазапин	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 30 мг	45 мг	
	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 45 мг		
Венлафаксин	Таблетки 37,5 мг	225 мг	
	Таблетки 75 мг		
	Капсулы с модифицированным высвобождением 37,5 мг		
	Капсулы с модифицированным высвобождением (капсулы пролонгированного действия) 75 мг		
	Капсулы с модифицированным высвобождением (капсулы пролонгированного действия) 150 мг		
Дулоксетин	Капсулы кишечнорастворимые 30 мг	120 мг	
	Капсулы кишечнорастворимые 60 мг		
R Дыхательная система			
R02 Средства для лечения заболеваний глотки:			
R02A Средства для лечения заболеваний глотки	Йод + калия йодид + глицерол	Спрей для слизистой ротовой полости 12,5 мг/мл во флаконах 50 мл	6 доз
R03A Адренергические средства для ингаляционного применения:	Сальбутамол	Аэрозоль для ингаляций дозированный (аэрозоль для ингаляций) 100 мкг/доза 200 доз	800 мкг
		Аэрозоль для ингаляций дозированный (аэрозоль для ингаляций) 100 мкг/доза 400 доз	
		Раствор для ингаляций 1 мг/мл 2,5 мл	
	Фенотерол	Аэрозоль дозированный для ингаляций 100 мкг/доза 200 доз	800 мкг
Раствор для ингаляций 1 мг/мл 20 мл		2 мг	

R05 Средства, применяемые при кашле и простудных заболеваниях:			
R05C Отхаркивающие средства, исключая комбинации с противокашлевыми средствами	Амброксол	Раствор для приема внутрь (для внутреннего применения) и ингаляций 7,5 мг/мл 25 мл, 50 мл Таблетки 30 мг	90 мг
	Ацетилцистеин	Порошок для приготовления раствора для приема внутрь 200 мг Порошок для приготовления раствора для приема внутрь 600 мг	600 мг
R06 Антигистаминные средства для системного применения:			
R06A Антигистаминные средства для общего применения	Дифенгидрамин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 10 мг/мл 1 мл	200 мг
	Клемастин	Раствор для инъекций 1 мг/мл 2 мл	4 мг
	Хлоропирамин	Раствор для внутривенного и внутримышечного введения (для инъекций) 20 мг/мл 1 мл	120 мг
		Таблетки 25 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 25 мг	100 мг
	Цетиризин	Капли для приема внутрь 10 мг/мл – 20 мл Капсулы 5 мг Капсулы 10 мг Таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг	10 мг
Хифенадин	Таблетки 10 мг Таблетки 50 мг	200 мг	
S Средства для лечения заболеваний органов чувств			
S01 Средства, применяемые в офтальмологии:			
S01E Средства для лечения глаукомы и миотики:	Пилокарпин	Раствор (капли глазные) 10 мг/мл 1 мл	6 мг
S01F Мидриатические и циклоплегические средства	Атропин	Капли глазные 10 мг/мл 5 мл	3 мг
V03 Прочие лекарственные средства:			
V03A Прочие лекарственные средства	Кислород	Газ в баллонах	–
	Налоксон	Раствор для инъекций 0,4 мг/мл 1 мл	–

Приложение 2

к клиническому протоколу
«Фармакотерапия основных
патологических симптомов
(синдромов) при оказании
паллиативной медицинской помощи
пациентам (взрослое население)
в стационарных, амбулаторных
условиях и на дому»

НОШ (баллы)



0 – отсутствие боли,
1–3 балла – слабая боль,
4–6 баллов – умеренная боль,
7–10 баллов – сильная боль.

Приложение 3

к клиническому протоколу
«Фармакотерапия основных
патологических симптомов
(синдромов) при оказании
паллиативной медицинской помощи
пациентам (взрослое население)
в стационарных, амбулаторных
условиях и на дому»

Типы хронической боли

№ п/п	Тип		Нейрональный механизм	Пример
1	Ноцицептивная	Соматическая	Стимуляция болевых рецепторов на нормальных окончаниях чувствительных нейронов	Метаастазы в кости
		Висцеральная		Растяжение капсулы печени
2	Нейропатическая боль	Компрессия нерва	Возбуждение <i>nervi nervorum</i> ; сниженный порог возбуждения чувствительных нейронов – деафферентационная боль	Компрессия седалищного нерва при метастазах в кости позвоночника
			Повреждение нерва	Периферическая; сниженный порог возбуждения чувствительных нейронов; деафферентационная боль
		Центральная; повреждение структур ЦНС		Сдавление опухоли спинного мозга
		Смешанный тип; повреждение центральной и периферической нервной системы		Центральная сенситизация из-за непрекращающейся периферической нейропатической боли
3	Дисфункциональная (ноципластическая)	Симпатически поддерживаемая боль		Посттравматические боли

Приложение 4
к клиническому протоколу
«Фармакотерапия основных
патологических симптомов
(синдромов) при оказании
паллиативной медицинской помощи
пациентам (взрослое население)
в стационарных, амбулаторных
условиях и на дому»

Опросник по диагностике нейропатической боли «DN 4»

Собеседование с пациентом	
1. Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений?	
Ощущение жжения	Да Нет
Болезненное ощущение холода	Да Нет
Ощущение «как удар током»	Да Нет
2. Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации?	
Пощипыванием, ощущением ползания мурашек	Да Нет
Покальванием	Да Нет
Онемением	Да Нет
Зудом	Да Нет
3. Осмотр пациента	
Локализована ли боль в той же области, где осмотр выявляет один или оба следующих симптомов	Да Нет
Пониженная чувствительность к прикосновению	Да Нет
Пониженная чувствительность к покальванию	Да Нет
Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации, проведя в этой области кисточкой	Да Нет

При получении 4 и более положительных ответов у пациента имеет место невропатический компонент боли (при смешанных ноцицептивных и невропатических болевых синдромах с вероятностью 86 %).

Анальгетический потенциал рассчитан по отношению к пероральному морфину, анальгетический эффект которого принят за 1.

Для безопасного перехода с одного опиоидного анальгетика на другой необходимо расчетную эквипотенциальную дозу нового препарата при первом применении снизить на 30–50 %, а затем, при отсутствии выраженных нежелательных эффектов, постепенно повышать ее до необходимой.

Приложение 5
к клиническому протоколу
«Фармакотерапия основных
патологических симптомов
(синдромов) при оказании
паллиативной медицинской помощи
пациентам (взрослое население)
в стационарных, амбулаторных
условиях и на дому»

Ступени обезболивания

3-я ступень – сильная боль, 7–10 баллов «Сильные» опиоидные анальгетики ± парацетамол или НПВП ± адьювантная терапия
2-я ступень – умеренная боль, 4–6 баллов «Слабые» опиоидные анальгетики ± парацетамол или НПВП «Сильные» опиоидные анальгетики в низких дозах ± парацетамол или НПВП ± адьювантная терапия
1-я ступень – слабая боль, 1–3 балла Парацетамол или НПВП ± адьювантная терапия

Приложение 6
к клиническому протоколу
«Фармакотерапия основных
патологических симптомов
(синдромов) при оказании
паллиативной медицинской помощи
пациентам (взрослое население)
в стационарных, амбулаторных
условиях и на дому»

Таблица пересчета эквивалентных доз наркотических лекарственных средств

№ п/п	Наркотическое лекарственное средство	Анальгетический потенциал	Путь введения	Доза, мг/сут (мкг/ч для ТТС)											
				300	200	300	400	500	–	–	–	–	–	–	–
1	Грамадол	0,1	Пероральный, инъекционный	300	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
2	Тапентадол	0,3–0,4	Пероральный	100	200	300	400	500	–	–	–	–	–	–	
3	Морфин	1	Пероральный	30	60	90	120	150	180	240	300	360	420	720	
4	Морфин	3	Инъекционный	10	20	30	40	50	60	80	100	120	140	240	
5	Оксикодон + налоксон	1,5–2	Пероральный	15	30	45	60	75	90	120	160	–	–	–	
6	Гидроморфон	7,5	Пероральный	4	8	12	16	20	24	32	40	48	56	96	
7	Фентанил	100–150	Трансдермальный	12,5	25	37,5	50	62,5	75	100	125	150	175	300	

Анальгетический потенциал рассчитан по отношению к пероральному морфину, анальгетический эффект которого принят за 1.

Для определения эквивалентной дозы перорального морфина следует умножить дозу опиоида из 1-й колонки на анальгетический потенциал, для определения эквивалентной дозы опиоида из 1-й колонки разделить дозу перорального морфина на анальгетический потенциал. В целях безопасного перехода с одного опиоидного анальгетика на другой необходимо расчетную эквивалентную дозу нового препарата при первом применении снизить на 30–50 %, а затем, при отсутствии выраженных нежелательных эффектов, постепенно повышать ее до необходимой.

Приложение 7

к клиническому протоколу
«Фармакотерапия основных
патологических симптомов
(синдромов) при оказании
паллиативной медицинской помощи
пациентам (взрослое население)
в стационарных, амбулаторных
условиях и на дому»

Опросник для определения тревоги и депрессии

Т (тревога)

1. Чувствуете ли вы себя взвинченным и возбужденным?
2. Не испытываете ли вы излишнего беспокойства?
3. Легко ли вы раздражаетесь?
4. Трудно ли вам расслабиться?

Если пациент положительно ответил на 2 и более из перечисленных вопросов, следует продолжить тестирование

5. Плохой ли у вас сон?
6. Испытываете ли вы головные боли (или боли в шее, или чувство сдавливания)?
7. Наблюдаются ли у Вас следующие симптомы: головокружение, дрожь, потливость, понос, частое мочеиспускание, покалывание в области языка и иное (вегетативные проявления тревоги)?
8. Обеспокоены ли вы состоянием своего здоровья?
9. Трудно ли вам заснуть?

Д (Депрессия)

1. Ощущаете ли вы утрату энергичности?
2. Испытываете ли вы чувство утраты интереса к окружающему миру?
3. Испытываете ли вы неуверенность в себе?
4. Ощущаете ли вы собственную беспомощность?

Если пациент положительно ответил на 1 и более из перечисленных вопросов, следует продолжить тестирование

5. Испытываете ли вы трудности при концентрации внимания?
6. Есть ли у вас потеря веса? (вследствие плохого аппетита)
7. Бывают ли у вас ранние пробуждения?
8. Ощущаете ли вы собственную заторможенность?
9. Чувствуете ли вы хуже себя по утрам?

Оценка результата: за каждый положительный ответ дается 1 балл.

Т-шкала – 5 баллов и более – состояние патологической тревоги.

Д-шкала – 3 балла и более – состояние депрессии.

При показателе по подшкале тревоги 5 и выше, а по подшкале депрессии 3 и выше показана фармакотерапия тревоги и депрессии, при необходимости консультация врача-психотерапевта.

Приложение 8
к клиническому протоколу
«Фармакотерапия основных
патологических симптомов
(синдромов) при оказании
паллиативной медицинской помощи
пациентам (взрослое население)
в стационарных, амбулаторных
условиях и на дому»

**Шкала Борга для оценки пациентом переносимости физических нагрузок
(модифицированная)**

Максимальная	10
Очень-очень тяжелая	9
Очень тяжелая	8
Тяжелая	7
Несколько тяжелая	6
Умеренная	5
Легкая	4
Очень легкая	3
Очень-очень легкая	2
Отсутствие одышки	1 0,5 0

Инструкция для специалистов. Врач-специалист составляет оценку на основании имеющихся жалоб пациент по результатам выполняемой пробы с нагрузкой.

Инструкция. Пациенту необходимо выбрать одно из чисел, отражающее степень одышки, которую он испытывает после выполнения теста ходьбы в течение 6 мин.

- 0 – отсутствие одышки;
- 1 – очень-очень легко;
- 2 – очень легко;
- 3 – легко;
- 4 – умеренная одышка;
- 5 – несколько тяжело;
- 6 – тяжело;
- 7 – очень тяжело;
- 8 – очень-очень тяжело;
- 9 – максимальная одышка
- 10 – задыхаюсь.