Хронический болевой синдром (ХБС) у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2023 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: R52.1, R52.2, Z51.5 · Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи, Межрегиональная общественная организация "Общество специалистов доказательной медицины", Общероссийская общественная организация "Российское научное медицинское общество терапевтов"

Хронический болевой синдром у взрослых в паллиативной помощи — боль, сохраняющаяся или возобновляющаяся не менее 3 месяцев и приводящая к эмоциональному дистрессу и/или функциональным нарушениям. Тактика определяется интенсивностью и механизмом боли: используют регулярную индивидуально подобранную аналгезию, при необходимости сразу сильные опиоиды, а также лечение нейропатической боли и побочных эффектов.

Главное

- Хронической считают боль, которая сохраняется или возобновляется в течение 3 месяцев и более.
- При каждом визите оценивают боль отдельно в покое и при движении: интенсивность, локализацию, время появления, характер, тип и ответ на лечение; данные фиксируют в медицинской документации. УУР С, УДД 5.
- Сильная боль может быть основанием сразу начать сильный опиоид; последовательный переход через все ступени обезболивания не обязателен. Выбор лечения определяют интенсивностью и патогенетическим типом боли.
- Корректная доза опиоида — та, которая снижает боль до приемлемого уровня: менее 40% по ВАШ или менее 4 баллов по НОШ. Анальгетик назначают регулярно, по часам, преимущественно неинвазивно и с индивидуальным титрованием. УУР С, УДД 5.
- У пациентов, принимающих опиоиды, с самого начала учитывают риск запора и назначают слабительные; при тошноте и рвоте используют противорвотную терапию. Слабительные продолжают в течение всего периода опиоидного лечения. УУР А, УДД 1 для профилактики и терапии запора.
- При нейропатической боли первой линией служат габапентин, прегабалин, карбамазепин, амитриптилин, дулоксетин и венлафаксин при Z51.5; опиоиды относятся ко второй линии, местные препараты — к третьей. УУР А, УДД 1 для первой линии.
- Госпитализация нужна при выраженной боли, не контролируемой амбулаторно, или для подбора схемы обезболивания с последующим лечением дома.

Диагностика

1. Подтвердить наличие боли по жалобам пациента и результату шкалы; диагностическими признаками также являются боль в течение большинства дней не менее 3 месяцев и связанный с ней эмоциональный дистресс и/или нарушение повседневной, социальной или трудовой активности.
2. Собрать анамнез: определить число и локализацию болевых очагов, длительность боли, ранее применявшиеся анальгетики и их эффективность, влияние боли на физическую активность, сон и прием пищи.
3. При осмотре оценить боль в покое и при движении, ее локализацию, длительность, характер и тип; одновременно выявить усиливающие и облегчающие факторы, нарушения сна, эмоционально-аффективные расстройства и социальную дезадаптацию. Оценку проводить при каждом визите. УУР С, УДД 5.
4. Определить интенсивность по ВАШ или НОШ: отсутствие боли — 0–4 мм по ВАШ или 0 баллов по НОШ; слабая — 5–44 мм или 1–3 балла; умеренная — 45–74 мм или 4–6 баллов; сильная — 75–100 мм или 7–10 баллов.
5. При подозрении на нейропатический компонент провести DN4. Сумма 4 балла и более означает высокую вероятность нейропатической боли; у паллиативных пациентов возможен смешанный ноцицептивно-нейропатический тип.
6. Лабораторные исследования не дают значимых диагностических сведений об интенсивности, локализации и виде болевого синдрома.

7. Инструментальные методы обследования используют для уточнения характера, локализации и выраженности патологического процесса, являющегося источником боли, но не для выбора обезболивающей терапии. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Стартовую терапию подбирают по интенсивности и механизму боли: возможны парацетамол, НПВП и опиоид по отдельности или в комбинации. При умеренной и сильной боли парацетамол или НПВП не используют как единственную терапию; может потребоваться опиоид сразу. Для поддержания эффекта применяют опиоид в индивидуально подобранной дозе. УУР С, УДД 5.
- При слабой боли используют неопиоидные анальгетики или НПВП; при необходимости добавляют адъювантные средства. Метамизол натрия и кеторолак не могут рассматриваться как основные средства для лечения хронической боли: непрерывный курс терапии ограничен 5 днями, а для инъекционного кеторолака — 2 днями. УУР А, УДД 1.
- При умеренной боли можно назначить трамадол до 400 мг/сут, а пациентам старше 75 лет — до 300 мг/сут. Альтернативой являются низкие дозы сильных опиоидов: морфин, налоксон + оксикодон, фентанил, бупренорфин, тапентадол. Пропионилфенилэтоксиэтилпиперидин применяют в защечных таблетках 20–40 мг/сут. УУР С, УДД 5; для пропионилфенилэтоксиэтилпиперидина — УУР С, УДД 4.
- При сильной боли используют сильный опиоид; при необходимости добавляют неопиоидный анальгетик/НПВП и адъювантную терапию. Если пациент может глотать и у него нет умеренной или тяжелой почечной и печеночной недостаточности, терапию начинают с пероральной формы. При невозможности приема внутрь можно начать терапию с трансдермального фентанила; если не удается обеспечить адекватное обезболивание неинвазивными опиоидами, назначают парентеральный морфин. УУР С, УДД 5.
- При подборе дозы пролонгированного сильного опиоида проводят титрование препаратами короткого действия; для этого используют, в частности, короткодействующий морфин. У пожилых и/или кахектичных пациентов начинают с 2,5–5 мг перорально; эффект оценивают через 60–90 минут, а суточную дозу повышают не более чем на 30–50% за один шаг. При стабильном контроле боли в течение 2–3 дней переходят на пролонгированную форму или другой опиоид в эквивалентной дозе. УУР В, УДД 3.
- При ротации опиоида начальную дозу нового препарата снижают на 25–50% от расчетной эквианальгетической дозы; при переходе на трансдермальный фентанил редукция может не потребоваться, а для тапентадола не должна превышать 30%. Опиоиды не чередуют без необходимости. УУР С, УДД 3 и УУР С, УДД 5.
- Прорывную боль купируют опиоидом немедленного высвобождения. Для предсказуемого эпизода препарат принимают за 20–30 минут до провоцирующего воздействия; пероральная доза обычно составляет 1/6, или 10–15%, суточной дозы базового опиоида. Если требуется 4 и более дозы за сутки, пересматривают суточную дозу базового опиоида в сторону увеличения. УУР А, УДД 1 для применения препарата немедленного высвобождения; УУР В, УДД 2 для пероральных и парентеральных форм.
- При нейропатической боли: первая линия — габапентин, прегабалин, карбамазепин, амитриптилин, дулоксетин или венлафаксин при Z51.5; вторая — трамадол, тапентадол, налоксон + оксикодон или морфин; третья — пластырь с 5% лидокаином или ботулинический токсин типа А при Z51.5. Для лидокаина используют 1–3 пластыря на 12 часов с последующим перерывом 12 часов. УУР А, УДД 1; УУР В, УДД 2; УУР С, УДД 5 соответственно.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать в отделение паллиативной помощи при выраженном болевом синдроме, который не удается контролировать амбулаторно, включая лечение на дому или в стационарной организации социального обслуживания.
- Направить в отделение паллиативной помощи для подбора схемы обезболивания, если дальнейшее лечение планируется дома.
- В хоспис направляют пациентов преимущественно с онкологическим заболеванием в терминальной стадии при выраженной боли, не поддающейся амбулаторному лечению, либо при необходимости подобрать домашнюю схему терапии.
- Выписать из отделения паллиативной помощи или хосписа можно после достижения адекватного обезболивания и подбора эффективной и переносимой схемы.

Частые вопросы

Когда хроническую боль считать диагностически значимой?

Нужны жалобы на боль, результат шкалы, боль в течение большинства дней не менее 3 месяцев и связанный с ней значимый эмоциональный дистресс и/или нарушение функции.

Как интерпретировать баллы ВАШ и НОШ?

Слабая боль соответствует 5–44 мм по ВАШ или 1–3 баллам НОШ, умеренная — 45–74 мм или 4–6 баллам, сильная — 75–100 мм или 7–10 баллам. Снижение боли на 2 балла НОШ или на 30% считают клинически значимым.

Можно ли сразу назначить сильный опиоид при сильной боли?

Да. При сильном болевом синдроме не обязательно последовательно проходить все ступени обезболивания; сильный опиоид может потребоваться сразу.

Что назначать при запоре на фоне опиоидов?

Слабительные назначают профилактически и продолжают весь период опиоидной терапии, поскольку толерантность к запору не развивается. Используют осмотические, контактные средства и препараты, размягчающие каловые массы; при необходимости их комбинируют или проводят очищение кишечника.

Как подтвердить нейропатический компонент боли?

Используют DN4. При сумме 4 балла и более вероятность нейропатической боли высока; типичны жжение, ощущение ударов током, покалывание, онемение, изменения чувствительности и усиление боли при проведении кисточкой.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/400-hronicheskij-bolevoj-sindrom-hbs-u-vzroslyh-pacientov. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/400_2