

**Уважаемые коллеги!**

Сегодня в рубрике «Страничка медицинской сестры» мы представляем вашему вниманию статью старшей медицинской сестры отделения анестезиологии НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой Ольги Александровны Ивановой.

<https://doi.org/10.21682/2311-1267-2021-8-4-105-108>



Роль медицинской сестры в службе лечения боли

О.А. Иванова, Е.В. Гончарова, М.А. Кучер

НИИ детской онкологии, гематологии и трансплантологии им. Р.М. Горбачевой ФГБОУ ВО
«Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова»
Минздрава России; Россия, 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, 6–8

Контактные данные: Ольга Александровна Иванова ivolga36936@yandex.ru

Для цитирования: Иванова О.А., Гончарова Е.В., Кучер М.А. Роль медицинской сестры в службе лечения боли. Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2021;8(4):105–8.

The role of a nurse in the pain control service

O.A. Ivanova, E.V. Goncharova, M.A. Kucher

Raisa Gorbacheva Memorial Research Institute of Children Oncology, Hematology and Transplantation, First Pavlov State Medical University of St. Petersburg, Ministry of Health of Russia; 6–8 Lev Tolstoy St., Saint Petersburg, 197022, Russia

For citation: Ivanova O.A., Goncharova E.V., Kucher M.A. The role of a nurse in the pain control service. Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology. 2021;8(4):105–8.

Введение

Боль — это не только симптом большинства заболеваний, но и сложный психофизиологический феномен, негативно влияющий на качество жизни пациента. Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), боль является эмоциональным переживанием, связанным с существующим или возможным повреждением тканей организма [1].

Высокая актуальность проблемы диагностики и контроля болевого синдрома создала предпосылки к развитию самостоятельного раздела клинической медицины, требующего от врачей разных специальностей и медицинских сестер углубленных знаний о боли.

Болевой синдром особенно распространен при онкологических заболеваниях. Так, по данным Всемирной организации здравоохранения, на начальном

этапе опухолевого процесса боль беспокоит около 50 % пациентов, при прогрессировании — 75 %, а в терминальной стадии — до 100 % [2].

В случае применения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток (ТГСК) для лечения злокачественных и ряда наследственных заболеваний вероятность развития болевого синдрома различной этиологии значительно повышается.

Наиболее распространенными видами боли при ТГСК являются ноцицептивная — костная, связанная с введением гранулоцитарного колониестимулирующего фактора, и висцеральная, связанная с развитием мукозита ротовой полости и желудочно-кишечного тракта, острого цистита, реакции «трансплантат против хозяина» (РТПХ) [3].

Важным аспектом является своевременное и достаточное купирование боли с точки зрения про-

филактики формирования хронического болевого синдрома, который может сформировать патологическое восприятие болевых и неболевых импульсов.

Внедрение в клиническую практику новых обезболивающих препаратов, способов их доставки и реабилитационных программ, с одной стороны, привело к улучшению качества анальгезии, с другой – повысило требования к теоретическим знаниям и практическим навыкам медицинского персонала.

Материалы и методы

В клинике НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой пациентов с болевым синдромом курирует мультидисциплинарная служба лечения боли, в которую входят анестезиолог-реаниматолог, медсестра-анестезист, педиатр-онколог, нутрициолог, клинический психолог, методист лечебной физической культуры (ЛФК). Данный состав специалистов позволяет тщательно контролировать болевой синдром и подбирать сопроводительную терапию в соответствии с потребностями и общесоматическим состоянием больного.

Задача анестезиолога-реаниматолога – обеспечить наиболее эффективный и безопасный вариант лечения боли пациентов, находящихся в клинике и наблюдающихся амбулаторно. Онкологи и гематологи проводят лечение основного заболевания. Нутрициолог помогает подобрать режим питания в зависимости от клинической картины и нутритивного статуса пациента. Психолог реализует методики нефармакологической коррекции боли слабой и средней интенсивности, диагностику и коррекцию психоэмоциональных нарушений. Методист ЛФК разрабатывает индивидуальные программы реабилитации пациентов, позволяющие корректировать и поддерживать мышечный корсет на протяжении всех этапов лечения.

В составе мультидисциплинарной команды значительна роль медицинской сестры, обеспечивающей детальный и индивидуальный подход к больным разных возрастных групп, проходящим лечение в отделениях клиники, а также находящихся под наблюдением в дневном стационаре.

В обязанности медсестры входит объективная оценка боли, обстоятельства появления которой могут относиться к физическим факторам (повышенные физические нагрузки, неудобная поза, нарушение сна, дисфункция пищеварительной системы, головокружение) и психогенным (депрессивные состояния, связанные со страхами, тревогой, чувством беспомощности и одиночества).

Первым этапом является опрос пациента с помощью соответствующих вопросов: «Какая боль по силе? Где болит? Куда боль отдает? Когда боль началась? Каков характер боли? Сколько по времени длится приступ боли? Что влияет на появление или угасание боли?». Таким образом, регистрируются локализация и иррадиация, время появления, тип, характер, длительность и продолжительность болевого синдрома.

Следующим шагом является оценка интенсивности болевого синдрома с помощью общепринятых шкал – вербальных, нумерологических или визуально-аналоговых, позволяющих достоверно определить степень боли даже у лиц, неспособных к адекватной коммуникации, ввиду возраста или тяжести состояния (рис. 1, 2).

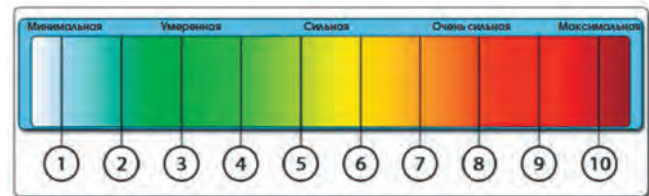


Рис. 1. Визуальная аналоговая шкала. Нумерическая шкала

Fig. 1. Visual analogue scale. Numeric scale



Рис. 2. Вербальная шкала, шкала лиц Вонга–Бейкера. Шкала переносимости боли

Fig. 2. Verbal scale, Wong–Baker Faces Pain Rating Scale. Pain tolerance scale

При оценке боли для медсестры очень важно наличие опыта работы с болевым синдромом у пациентов, так как ей необходимо учитывать целый ряд практических аспектов, например: отсутствие активных жалоб на боль не указывает на ее отсутствие, а дети младшего возраста в силу небольшого жизненного опыта практически любую боль могут оценивать как максимальную. Поэтому в нашей клинике медсестра проходит обязательный курс подготовки для работы по данному направлению.

В обязанности медсестры входит фиксация жалоб больного, выполнение назначений анестезиолога-реаниматолога, оценка эффективности и побочных эффектов противоболевой терапии, ведение документации и обучение пациента и его родственников особенностям оценки боли и возможностям нефармакологической коррекции.

Стоит учитывать, что пациенты с болевым синдромом при ТГСК имеют ряд особенностей: излишнюю привязанность к медперсоналу и наоборот – проявление депрессивного настроения, раздражительности и агрессии на фоне длительно персистирующей боли.

Наличие агранулоцитоза и тромбоцитопении существенно лимитирует возможности применения регионарных методик обезболивания. Абсолютно противопоказано внутримышечное введение препаратов из-за высокого риска развития гематомы и ее инфицирования.

В случае мукозита тяжелой степени снижается возможность перорального приема препаратов и нарушается их кишечная абсорбция в результате энтеропатии.

С учетом вышеперечисленных факторов в большинстве случаев основным методом введения анальгетиков являются различные варианты внутривенной инфузии.

В НИИ ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой при ноцицептивных болевых синдромах применяется передовая технология – анальгезия, контролируемая пациентом (АКП), включающая постоянную базовую инфузию анальгетика и возможность болюсного введения. При работе с детьми АКП может быть использована как анальгезия, контролируемая сопровождающим (родителем). В данном случае при усилении боли ребенок сообщает об этом родителю, который нажимает на кнопку болюсного введения анальгетика. Крайне важно, чтобы это делал один и тот же человек, поэтому в каждом случае проводится индивидуальная беседа. Для предотвращения передозировки врачом или медсестрой устанавливается временной интервал, во время которого пациент не может выполнить повторный болюс, но засчитываются все нажатия кнопки, что позволяет проанализировать достаточность терапии.

Преимуществом данной методики является индивидуализация анальгезии в соответствии с субъективным восприятием боли и изменением ее интенсивности с течением времени, в том числе контроль прорывной боли. Также положительным моментом является то, что постовая медсестра несет на себе меньшую нагрузку по обезболиванию пациентов по требованию и контролю эффекта от введенных ею анальгетиков. Надежная система защиты перфузора от взлома и нецелевого использования наркотических препаратов позволяет применять АКП в амбулаторных условиях.

Как показывает практика, основной сложностью по внедрению данной методики является необходимость создания службы лечения боли, наблюдающей за пациентами, осуществляющей подбор режима инфузии анальгетиков и следящей за функциональным состоянием оборудования.

Результаты и обсуждение

При ТГСК отмечена высокая востребованность службы лечения боли как у пациентов взрослого возраста, так и у детей (рис. 3).



Рис. 3. Динамика обращений в службу лечения боли с 2016 по 2020 г.

Fig. 3. Pain management service appeals dynamics in 2016–2020

Основная причина обращений – ноцицептивный болевой синдром, развившийся на фоне мукозита. Средний возраст пациентов педиатрических отделений составил 7 лет (0,7–17 лет, медиана – 7 лет) (рис. 4).

Средний возраст взрослых пациентов составил 36 лет (18–70 лет, медиана – 34 года) (рис. 5).

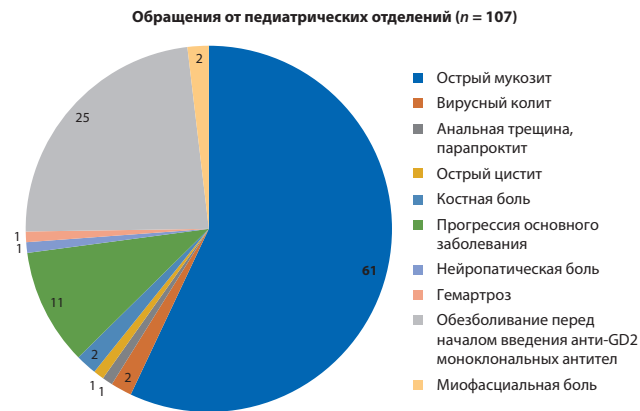


Рис. 4. Причины обращения в службу лечения боли педиатрических отделений за 2020 г.

Fig. 4. Reasons for contacting pain service in pediatric departments in 2020



Рис. 5. Причины обращения в службу лечения боли в отделении трансплантации костного мозга для взрослых за 2020 г.

Fig. 5. Reasons to contact pain management service in bone marrow transplantation department for adults in 2020

Внедрение в трансплантационную клинику службы лечения боли позволило улучшить качество жизни пациентов с болевыми синдромами различной этиологии.

Медицинская сестра-анестезист помогает улучшить качество наблюдения за пациентами как на этапе проведения анальгетической терапии, так и на этапе отмены введения анальгетиков.

Важно отметить, что, являясь частью мультидисциплинарной команды, медсестра-анестезист принимает активное участие в обсуждении тактики лечения пациента, так как в ряде случаев имеет более детальную и актуальную информацию в результате длительного и постоянного взаимодействия с больным и его родственниками, что позволяет сформировать целостное понимание стратегии обезбоживания.

Заключение

Служба лечения боли – востребованная структура при лечении пациентов с онкогематологическими заболеваниями разных возрастных групп в НИИ

ДОГиТ им. Р.М. Горбачевой. Медицинская сестра-анестезист является высококвалифицированным специалистом и ключевым членом в составе мультидисциплинарной команды по лечению боли.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Клинические рекомендации. Болевой синдром у детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи (часть 1). Российский журнал детской гематологии и онкологии. 2017;4(2):100–10. doi: 10.17650/2311-1267-2017-4-2. [Clinical Guidelines. Pain syndrome at children requiring palliative medical care (Part 1). Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology. 2017;4(2):100–10. (In Russ.)].
2. Кондусова Ю.В., Крючкова А.В., Веневцева Н.В., Князева А.М., Полетаева И.А., Семьнина Н.М., Пятницына С.И. Хронический болевой синдром в практической деятельности медицинской сестры. Уральский научный вестник. 2018;8(2):22–4. [Kondusova Y.V., Kryuchkova A.V., Venevtseva N.V., Knyazeva A.M., Poletaeva I.A., Semynina N.M., Pyatnitsyna S.I. Chronic pain syndrome in the practice of a nurse. Ural'skiy nauchnyy vestnik = Ural Scientific Bulletin. 2018;8(2):22–4. (In Russ.)].
3. Ma J.D., El-Jawahri A.R., Le Blanc T.W., Roeland E.J. Pain syndromes and management in adult hematopoietic stem cell transplantation. Hematol Oncol Clin North Am. 2018;32(3):551–67. doi: 10.1016/j.hoc.2018.01.012.

Статья поступила в редакцию: 22.10.2021. Принята в печать: 09.12.2021.

Article was received by the editorial staff: 22.10.2021. Accepted for publication: 09.12.2021.