



Практические рекомендации по диагностике боли у детей с тяжёлыми множественными нарушениями развития

Научно-практическое пособие для медицинских сестёр паллиативных и реабилитационных отделений

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПЕДИАТРИЯ

ДИАГНОСТИКА БОЛИ

ТМНР

Боль как системная патология в паллиативной педиатрии

80%

Распространённость хронической боли

У детей с тяжёлыми множественными нарушениями развития (ТМНР)

5

Систем организма

Страдают при хроническом болевом синдроме: нервная, сердечно-сосудистая, дыхательная, пищеварительная, эндокринная

#1

Причина страданий

Хронический болевой синдром — ведущий фактор, ухудшающий прогноз и качество жизни

Болевой синдром является одним из наиболее частых и клинически значимых симптомов у детей с ТМНР. Боль оказывает деструктивное влияние на все системы организма и значительно ухудшает прогноз основного заболевания.



Международная классификация болевых синдромов

«Боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с реальным или возможным повреждением тканей» — IASP
(Международная ассоциация по изучению боли)

Ключевые принципы

- У детей с ТМНР болевой синдром часто имеет смешанный генез: сочетает ноцицептивный и нейропатический компоненты
- Интенсивность ощущений может не соответствовать объективной тяжести повреждения
- Хроническая боль нередко носит «неадекватный» характер

Критически важно

Отсутствие внешних проявлений боли **не является доказательством её отсутствия**. Это ключевой постулат, лежащий в основе всей диагностической тактики при работе с невербальными пациентами.

- ❑ Ребёнок может страдать молча — это не означает, что он не страдает.

Классификация по механизму возникновения боли

Ноцицептивная боль

Активация болевых рецепторов (ноцицепторов) в тканях: коже, мышцах, суставах, внутренних органах.

Характерна для: пролежней, контрактур, артритов, запоров, гастроэзофагеального рефлюкса

Нейропатическая боль

Повреждение нервной системы — центральной или периферической.

Характерна для: спастических состояний, сдавления нервных стволов, посттравматических и постхирургических невралгий

Смешанная боль

Сочетает компоненты обоих механизмов — наиболее частый вариант у детей с ТМНР.

Понимание патогенеза необходимо для выбора адекватной терапевтической тактики

Модифицированные реакции на болевые стимулы

У детей с тяжёлой неврологической патологией наблюдается атипичная реакция на болевые стимулы, что существенно осложняет диагностику.



Парадоксальные реакции

Пациенты с поражением базальных ганглиев могут демонстрировать замирание вместо крика, улыбку вместо гримасы боли



Минимальные двигательные проявления

У детей с выраженными контрактурами и спастичностью двигательные проявления боли могут быть сведены к минимуму



Сенсорная мозаика

Снижение болевой чувствительности в одних зонах может сочетаться с гиперестезией в других — феномен «сенсорной мозаики»



Болевая память

Хроническая боль со временем приводит к формированию «болевого памяти» и изменению порога болевой чувствительности



Факторы, способствующие гиподиагностике болевого синдрома

Отсутствие вербальной коммуникации

Ребёнок не может сообщить о боли словами — медицинский персонал должен активно её искать

Стёртость поведенческих проявлений

«Безмолвное страдание» — нарушения мимики, ограниченная двигательная активность из-за неврологического дефицита

Феномен «привыкания»

Длительно существующая боль воспринимается как норма — как самим пациентом, так и ухаживающими лицами

Социальная депривация

Дети в интернатных учреждениях могут не ожидать отклика на сигнал боли, что приводит к редукции внешних проявлений

Системные проблемы

Отсутствие систематического скрининга боли и недостаточная компетентность медицинского персонала

Последствия нераспознанной боли

Своевременная диагностика и коррекция болевого синдрома значительно улучшает прогноз и качество жизни пациента. Нераспознанная боль влечёт каскад тяжёлых последствий.





Профессиональный подход к оценке боли

«Пока не доказано обратное — боль есть»

Базовый принцип

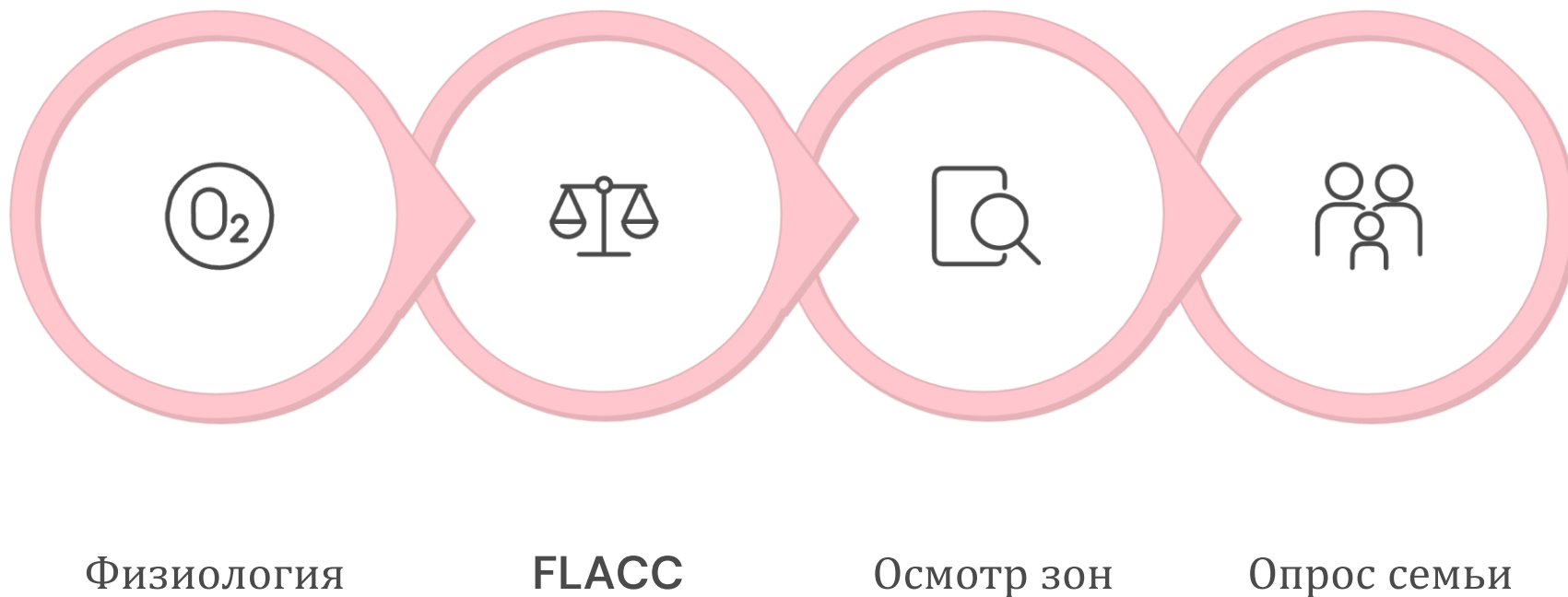
Ответственность за выявление боли лежит на медицинском персонале, проводящем осмотр. Отсутствие явных поведенческих признаков — не доказательство отсутствия боли.

Как реализовать принцип

- Оценка боли при каждом контакте с пациентом
- Использование валидированных инструментов
- Систематическое документирование результатов
- Фиксация в медицинской карте как жизненно важного показателя

Структурированный подход к оценке болевого синдрома

Четырёхшаговая модель диагностики



Последовательное применение всех четырёх шагов обеспечивает комплексную и достоверную картину болевого синдрома у невербального пациента, исключая ошибки однокомпонентной оценки.

Шаг 1. Физиологические признаки боли

Объективные вегетативные и гемодинамические реакции

1

Тахикардия

Учащение пульса >20% от возрастной нормы в покое (с учётом фоновой терапии)

2

Гипертензия

Повышение АД >95 перцентиля для возраста или +15% от обычного уровня

3

Тахипноэ

Учащение дыхания без явных причин (лихорадка, гипоксия)

4

Кожные реакции

Бледность или гиперемия, гипергидроз (повышенная потливость), мидриаз или миоз

5

Мышечный тонус

Ригидность, защитный мышечный спазм, снижение подвижности пораженных сегментов

Шаг 2. Поведенческие индикаторы боли

Изменения поведения как основной маркер боли



Мимика

Гримасы, нахмуренные брови, сжатые губы, приоткрытый рот, морщинистый лоб



Вокализация

Плач, стон, крик, пронзительный голос, отличающийся от обычного плача ребёнка



Двигательная активность

Беспокойное ерзанье, выгибание туловища, подтягивание ног к животу или «замирание»



Нарушения сна и аппетита

Беспокойный, прерывистый сон, трудности с засыпанием, снижение аппетита или отказ от еды



Нарушение коммуникации

Снижение или утрата социального контакта, избегание прикосновений, агрессия при пальпации

Шаг 3. Топическая диагностика — зоны риска

Системное обследование для локализации источника боли



Шаг 4. Опрос родителей и ухаживающих лиц

Использование информации от первичных опекунов

Что уточнять

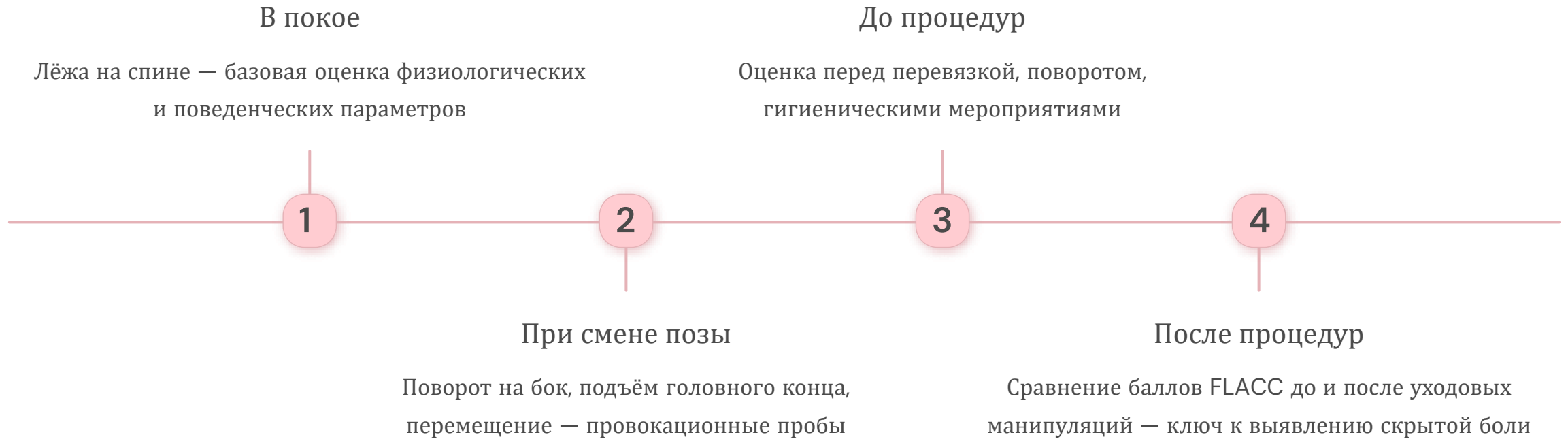
- Время появления боли: начало, длительность, периодичность
- Динамика: усиление, ослабление, волнообразное течение
- Провоцирующие факторы: положение тела, уходовые процедуры, кормление, время суток
- Облегчающие факторы: что помогало ранее
- Индивидуальный паттерн болевого поведения ребёнка

Важный нюанс

Родители и опекуны — наиболее компетентные наблюдатели за поведением ребёнка. Однако при хронической боли они могут воспринимать болевое поведение как «норму».

Задача медицинской сестры — деликатно помочь семье дифференцировать привычное поведение от болевого сигнала.

Оценка боли — непрерывный процесс



❏ При наличии болевого синдрома — оценка не реже 1 раза в 2–3 часа; в остром периоде — ежечасно. Результаты фиксируются в медицинской документации.

Унифицированная форма фиксации результатов

Документирование оценки боли в медицинской карте

Параметр фиксации	Содержание записи
Дата и время	Точное время каждой оценки
Шкала FLACC	Баллы по каждому из 5 параметров и итоговая сумма
Физиологические показатели	Пульс, АД, ЧД, сатурация, вегетативные реакции
Поведение	Характер вокализации и двигательной активности
Факторы	Провоцирующие и облегчающие обстоятельства
Локализация	Предполагаемый источник боли
Мероприятия	Проведённые действия и их результат

Ежедневно заполняется дневник боли с указанием времени и баллов по FLACC. Регулярность документирования — залог преемственности ухода.

Шкала FLACC — валидированный инструмент оценки боли

Что такое FLACC

Face, Legs, Activity, Cry, Consolability — поведенческая шкала для детей, которые не могут сообщить о боли словами.

Разработана для детей от 2 месяцев до 7 лет; широко применяется у детей старшего возраста с нарушенной коммуникацией (аутизм, умственная отсталость, ТМНР).

Преимущества шкалы

- Чувствительна к изменениям состояния, позволяет оценить динамику в процессе лечения
- Проста в использовании — занимает 2–3 минуты
- Оценка от 0 до 10 баллов: чем выше балл, тем сильнее боль
- Не требует специального оборудования



Визуализация параметров шкалы FLACC

Категория	0 баллов	1 балл	2 балла
Лицо (Face)	Спокойное, расслабленное	Периодические гримасы	Постоянные гримасы, сжатые челюсти
Ноги (Legs)	Расслаблены	Беспокойные, напряжённые	Подтянуты, ригидны
Активность (Activity)	Обычная	Беспокойное ерзанье	Выгибание, фиксированная поза
Плач (Cry)	Отсутствует	Периодический	Постоянный, пронзительный
Утешаемость (Consolability)	Легко успокаивается	С трудом успокаивается	Не успокаивается

Параметр FLACC — Лицо

Мимика как наиболее чувствительный маркер боли

0 баллов

Лицо расслабленное, спокойное, нейтральное. Отсутствие мимических гримас

1 балл

Периодическое появление гримас, нахмуренные брови, сжатые губы, лёгкое напряжение мышц лица

2 балла

Постоянные гримасы, плотно сжатые челюсти, подёргивание уголков рта, нахмуренный лоб, зажмуренные глаза

 Практический совет: оценивайте лицо ребёнка в спокойном состоянии и при стимуляции — разница может быть значительной и диагностически важной.

Параметр FLACC — Ноги

Оценка тонуса и положения нижних конечностей

0 баллов

Ноги расслаблены, в естественном положении, спонтанная двигательная активность сохранена

1 балл

Периодическое беспокойство в ногах, напряжение мышц, сгибание/разгибание без явной цели

2 балла

Постоянное напряжение, подтягивание ног к животу, удары пятками по постели, ригидность разгибателей

 Особенности: у детей с выраженной спастичностью (церебральный паралич) оценка может быть затруднена — учитывайте фоновый мышечный тонус при интерпретации баллов.

Параметр FLACC — Двигательная активность

Оценка общей двигательной активности

0 баллов	1 балл	2 балла
Обычная спонтанная активность, свободные движения в суставах, периодические повороты тела	Беспокойное ерзание, извивающиеся движения, поиск комфортной позы, двигательное возбуждение	Фиксированное, напряжённое положение тела («замирание») или чрезмерная, хаотичная активность без цели

- ❏ При хронической боли может наблюдаться феномен «застывания» — ребёнок внешне неподвижен, но внутренне напряжён. Это не признак покоя — это признак адаптации к боли.

Параметр FLACC — Плач

Характеристика вокализации

0 баллов

Отсутствие плача, спокойное дыхание, ровное голосовое поведение (гуление, лепет)

1 балл

Периодические стоны, всхлипывания, жалобные звуки, прерывистый плач (даже без слёз)

2 балла

Непрекращающийся крик, пронзительный высокочастотный плач, истерические ноты, необычная для ребёнка вокализация

 У детей после длительной госпитализации или интернатного содержания плач может быть стёртым — феномен «неотвеченного плача». Это не исключает наличия боли.

Параметр FLACC — Утешаемость

Реакция на попытки успокоения

0 баллов	1 балл	2 балла
Ребёнок легко успокаивается при ласковом обращении, голосе, переключении внимания, тактильном контакте	Успокаивается с трудом, требуется несколько попыток и длительное время контакта	Не успокаивается стандартными методами, не реагирует на утешение и контакт с ухаживающим

Клиническое значение: данный параметр помогает **дифференцировать боль от других причин беспокойства** — голода, усталости, тревоги. Это один из наиболее диагностически значимых критериев шкалы FLACC.

Количественная оценка интенсивности боли по FLACC

0–2 балла

Боль отсутствует или минимальная. Ребёнок комфортен.
Лечебные мероприятия не требуются

3–4 балла

Боль умеренная. Требуется наблюдение, изменение положения, немедикаментозные методы облегчения

5–6 баллов

Боль выраженная. Показано назначение или усиление анальгетической терапии

7–10 баллов

Боль интенсивная. Необходимо срочное вмешательство, пересмотр терапевтической тактики

✓ Целевой уровень: ≤ 3 балла при приемлемом уровне побочных эффектов терапии.

Пошаговая инструкция по использованию шкалы FLACC

01

Подготовка

Посадите/уложите ребёнка удобно, обеспечьте 2–3 минуты адаптации к присутствию медицинского персонала

02

Наблюдение в покое

Оцените поведение без стимуляции в течение 1–2 минут

03

Оценка при стимуляции

Проведите провокационные пробы: лёгкая пальпация, поворот, смена позы

04

Заполнение шкалы

Отметьте баллы в каждой из 5 категорий, суммируйте результат

05

Интерпретация и фиксация

Сопоставьте с клинической картиной. Внесите результат в медицинскую документацию

Провокационные пробы при оценке FLACC

Выявление скрытой боли

Оценивайте боль несколько раз за один визит в разных положениях тела.

Повторяющаяся связь между болевым поведением и определённым движением **подтверждает наличие боли.**

Позиционные пробы

- Лёжа на спине (оценка в покое)
- При подъёме головного конца кровати
- При повороте на правый и левый бок

Суставные пробы

- При разведении бёдер (скрининг тазобедренных суставов)
- При сгибании и разгибании верхних и нижних конечностей

Процедурные пробы

- При пальпации живота (при подозрении на запор)
- При проведении уходовых процедур (перевязка, катетеризация)



Нюансы интерпретации FLACC при неврологической патологии

Особенности шкалы у детей с ДЦП и спастичностью

Ограничения стандартной интерпретации

- У детей с выраженными контрактурами оценка «Ноги» затруднена из-за постоянного тонуса
- При децеребрационной ригидности двигательные реакции могут быть патологическими, не связанными с болью
- При спастических формах ДЦП «беспокойство в ногах» (1 балл) может быть следствием гипертонуса, а не боли

Рекомендованный подход

Оценивайте боль **в динамике** — сравнивайте баллы в покое и при провокации.

Увеличение баллов при стимуляции более специфично для боли, чем исходно высокий фоновый балл.

Фиксируйте «привычные» показатели ребёнка как индивидуальный базальный уровень.

Ситуации, требующие дополнительной интерпретации

Ограничения шкалы FLACC

→ Хроническая адаптация

При длительно существующей боли поведенческие проявления могут быть стёртыми — феномен привыкания снижает чувствительность шкалы

→ Сенсорная депривация

У детей из интернатных учреждений отсутствие плача не является отсутствием боли

→ Расстройства аутистического спектра

Возможны атипичные реакции: улыбка при боли, стереотипии вместо гримас, самоповреждение

→ Седативная терапия

У пациентов на седации физиологические и поведенческие признаки могут быть нивелированы фармакологически

В этих случаях необходимы обязательный опрос родителей и применение дополнительных методов — в том числе пробного назначения анальгетика.

Шкала Вонга–Бейкера — инструмент самооценки

Для детей, способных к коммуникации

Характеристика шкалы

Wong–Baker FACES — шкала самооценки боли для детей от 3 лет с сохранными когнитивными функциями или способных к элементарной коммуникации.

Пациенту показывают 6 картинок с лицами — от улыбающегося до плачущего. Инструкция: «Покажи, какое лицо лучше всего описывает твою боль сейчас».

- Оценка от 0 (нет боли) до 10 (максимальная боль)
- Применима с карточками PECS, планшетами с пиктограммами

Шкала самооценки

- 0** — Нет боли (улыбка)
- 2** — Чуть-чуть болит
- 4** — Болит немного (нейтральное лицо)
- 6** — Болит сильно (хмурится)
- 8** — Болит очень сильно (плачет)
- 10** — Самая сильная боль (кричит)

 Важно: используйте шкалу только при уверенности, что ребёнок понимает вопрос и способен адекватно выбрать ответ.

Причины болевого синдрома в краниофациальной области

Шаг 3. Системный осмотр — голова и лицо



Внутричерепное давление

Беспокойство, рвота, сонливость, отёк соска зрительного нерва. При наличии вентрикулоперитонеального шунта — боль может быть связана с его дисфункцией



Уши

Отит, наличие серных пробок, повреждение кожи вокруг назогастрального зонда



Глаза и нос

Конъюнктивит, кератит (при длительном зондовом кормлении), сухость слизистой, корки и травмы от назогастрального зонда

Частые источники боли в ротовой полости

Стоматологические и слизистые проблемы

Кариес и стоматит

Кариес особенно характерен при гипосаливации (антигистаминные, антихолинергические препараты).
Стоматит — грибковый или вирусный — на фоне иммуносупрессии

Повреждения слизистой

От назогастрального зонда, трахеостомической трубки, элементов фиксации. Гингивит, периодонтит, кровоточивость дёсен

Гиперплазия дёсен

Побочный эффект противосудорожных препаратов (фенитоин, вальпроаты).
Травмы языка при прикусывании во время судорог

Пролежни, опрелости и натертости от медицинских устройств

Кожные покровы — зоны высокого риска

Основные зоны риска

- **Пролежни:** крестец, пятки, локти, затылок, ушные раковины (особенно при гидроцефалии)
- **Опрелости:** межъягодичная область, подмышечные впадины, паховые складки

Натертости от медицинских устройств

- Трахеостома — повреждение кожи вокруг стомы
- Гастростома — раздражение, подтекание желудочного сока
- Катетеры, дренажи — травматизация в местах фиксации
- Ортезы, шины — зоны давления и трения

📄 Систематический осмотр кожи при каждом туалете и смене позы — обязательный элемент ухода за маломобильным пациентом.

Абдоминальные причины боли

Брюшная полость и гастроинтестинальный тракт

Запоры — наиболее частая причина

При длительной иммобилизации, приёме опиоидов, антихолинергических средств. Клиника: вздутие, болезненность при пальпации, отсутствие стула >3 дней

Гастроэзофагеальный рефлюкс

Боли в эпигастрии, беспокойство после кормления, рвота, срыгивания. Часто недооценивается у невербальных детей

Метеоризм и острый живот

Вздутие, урчание. При симптомах острого живота — локальная болезненность, напряжение мышц, перитонеальные знаки — экстренная консультация хирурга

Состояние гастростомы

Осмотр зоны стомы: подтекание, покраснение, болезненность при зондировании, грануляции

Боль, связанная с контрактурами и спастичностью

Опорно-двигательный аппарат

Контрактуры

Ограничение пассивных движений, резистентность при растяжении, характерная вынужденная поза

Подвывихи и вывихи

Особенно тазобедренных суставов (наиболее частая ортопедическая патология при ДЦП). Провоцирующий тест — разведение бёдер

Спастичность

Боль при пассивных движениях, усиление тонуса в ответ на любую стимуляцию

Позиционирование

Неудобное положение тела, давление костных выступов на твёрдую поверхность — частая причина боли у маломобильных пациентов



Боль, связанная с дыхательной и нервной системами

Респираторная система

- **Трахеостома:** боль при санации, смене канюли, грануляции в области стомы
- **Пневмония:** боль в грудной клетке, усиливающаяся при кашле
- **Плевральный выпот:** тупая боль при глубоком дыхании
- **Аспирация:** боль в горле, кашель после кормления

Нервная система

- **Центральная боль:** жгучая, диффузная при поражении таламуса, коры, спинного мозга
- **Дистоническая боль:** при длительном сохранении патологической позы
- **Компрессия нервных стволов:** при опухолях позвоночника, спондилолистезе
- **Головные боли:** при гидроцефалии, внутричерепной гипертензии

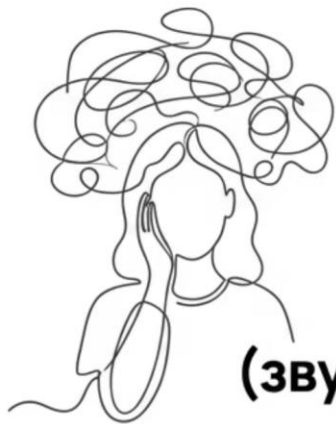
Схема быстрого осмотра — «С головы до пят»

Итоговый чек-лист осмотра пациента

01	02	03
Голова	Полость рта	Шея и грудная клетка
Осмотр черепа, швов, шунта, глаз, ушей — исключение краниофациальных источников боли	Слизистая, зубы, дёсны, язык — кариес, стоматит, гиперплазия	Трахеостома, катетеры, дыхание, сатурация
04	05	
Живот	Кожа и конечности	
Пальпация, болезненность, вздутие, состояние гастростомы	Пролежни, опрелости, контрактуры, тонус, болезненность при пассивных движениях, удобство позиционирования	

Как отличить боль от поведенческих нарушений

Дифференциация боли и психических расстройств



Психическое расстройство (поведенческое нарушение)

**Связь с триггерами
(звук, смена обстановки)**

**Физиологические
параметры в норме**

**Успокоение при
переключении внимания**

**Нет связи с уходовыми
процедурами**

Болевой синдром

**Наличие
физиологических
изменений
потливость)**

**Повторяющаяся
связь с движениями
и или положением**

**Положительная реакция
на анальгетик**

**Характерные мимические
grimасы и напряжение мышц**



Фармакологическая проба в диагностике боли

Тестовое назначение анальгетика

Когда применяется

При сомнении в природе беспокойства — боль или психическое расстройство — назначается пробная доза анальгетика под контролем врача.

Положительный ответ

Уменьшение или исчезновение симптомов **подтверждает** наличие болевого синдрома

Отрицательный ответ — это не финал

Отсутствие эффекта не исключает боль. Возможные причины:

- Неадекватная доза препарата
- Несоответствие механизму боли
- Неправильный путь введения

В таких случаях требуется пересмотр дозировки, смена препарата, консультация врача.

Взаимодействие с семьёй как неотъемлемая часть диагностики

Коммуникация с родителями и ухаживающими лицами

Уточните у родителей

- «Как обычно ребёнок ведёт себя, когда ему больно?»
- «Что помогает ему успокоиться?»
- «Что может спровоцировать боль?»
- «Когда в последний раз вы видели боль у ребёнка?»

Объясните родителям

- Важность систематической оценки боли
- Методику использования шкал FLACC и Wong-Baker
- Правила заполнения дневника боли

Предупредите об ошибке адаптации

При хронической боли родители могут воспринимать болевое поведение как норму. Помогайте им дифференцировать привычное состояние от болевого сигнала — деликатно и без осуждения



Особенности диагностики боли у детей в стационарных учреждениях (ДДИ)

Дети в домах-интернатах часто перестают плакать, если их плач систематически игнорируется — феномен «неотвеченного крика». При хронической боли внешние проявления могут быть полностью сглажены.

Ориентируйтесь на физиологию

Пульс, дыхание, мышечное напряжение — объективные параметры, которые сложнее «замаскировать»

Наблюдайте за позой

Ребёнок может принимать вынужденное защитное положение — это важный сигнал

Оценивайте реакцию на уход

Повышение тонуса, гримасы при перемещении, смене позы, гигиенических процедурах

Используйте знания персонала

Уточните: «Кто из сотрудников знает этого ребёнка лучше?», «Каково его обычное состояние?»

Дневник боли как инструмент динамического наблюдения

Что фиксируется

- Дата и время оценки
- Оценка по FLACC по каждому параметру и сумма
- Провоцирующие факторы (положение, процедура, кормление)
- Облегчающие факторы
- Принятые препараты (название, доза, время, путь введения)
- Эффект препарата (улучшение/без динамики/ухудшение)
- Особые отметки: сон, аппетит, смена позы

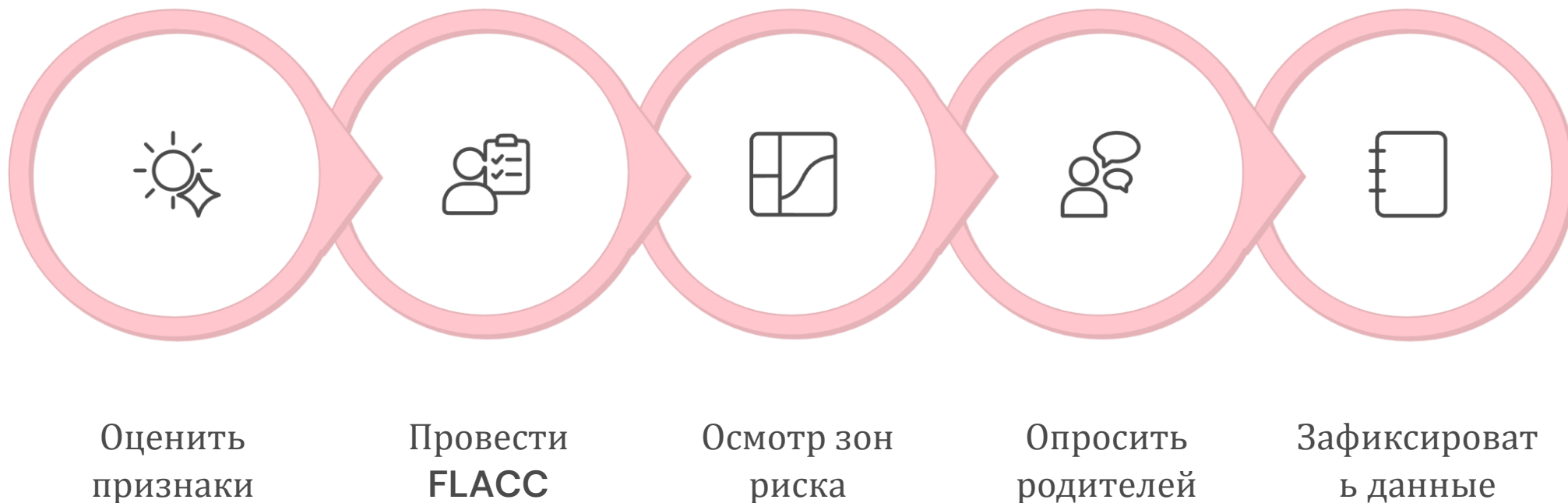
Кратность заполнения

При наличии болевого синдрома — **ежечасно** в течение нескольких суток до подбора терапии.

После стабилизации — не реже 1 раза в 2–3 часа.

 Дневник боли — не формальность, а клинический инструмент, позволяющий видеть паттерн боли и оценивать эффективность лечения в динамике.

Пошаговая инструкция для медицинской сестры при подозрении на боль



Строгое соблюдение этого алгоритма при каждом случае подозрения на боль обеспечивает системный подход и преемственность помощи между сменами.

Немедикаментозные методы облегчения боли

Методы, доступные медицинской сестре



Оптимизация позиционирования

Изменение позы, использование валиков и подушек для разгрузки зон давления, подъём головного конца



Тактильный контакт

Лёгкое поглаживание, массаж (при отсутствии локальной болезненности), тепло рук



Отвлекающие методы

Музыка, голос, переключение внимания на игрушку или знакомый предмет



Термотерапия

Тёплый компресс при мышечных спазмах, холод при острых травмах — по назначению врача



Соблюдение ритма

Организация дневного сна и ночного отдыха — циркадный ритм снижает болевую чувствительность

Оценка ответа на лечение

Мониторинг эффективности терапии

✓ Критерии положительной динамики

- Снижение баллов по FLACC на ≥ 2 пункта
- Уменьшение частоты и интенсивности физиологических реакций (пульс, АД)
- Восстановление сна и аппетита
- Улучшение контакта с окружающими

Критерии недостаточной эффективности

- Сохранение баллов FLACC ≥ 5
- Отсутствие динамики физиологических показателей
- Сохранение или усиление болевого поведения

Действия при неэффективности

- Информировать врача
- Предложить коррекцию дозы или смену препарата
- Пересмотреть немедикаментозные методы

Наиболее частые ошибки и их профилактика

Ошибка 1. Игнорирование физиологических признаков

При отсутствии выраженного плача физиологические изменения (тахикардия, потливость) остаются без внимания

Ошибка 2. Только одна позиция

Оценка только в покое без провокационных проб — скрытая боль при движении остаётся невыявленной

Ошибка 3. Спастичность как оправдание

Боль у детей с выраженным гипертонусом списывается на «повышенный тонус» без анализа динамики

Ошибка 4. Субъективная оценка

Отказ от валидированных шкал в пользу «клинического впечатления» — недостаточно надёжный подход

Ошибки 5–6. Без динамики и без семьи

Отсутствие повторной оценки эффективности терапии и недоучёт информации от родителей как источника данных

❑ Профилактика всех ошибок: строгое соблюдение алгоритма, использование шкалы FLACC, систематическое документирование.

Ключевые практические выводы



Боль — пятый жизненный показатель

Требует систематической оценки при каждом контакте с пациентом



FLACC — основной инструмент

Валидированная шкала для количественной оценки боли у невербальных пациентов



Молчание — не признак благополучия

Отсутствие плача и жалоб не является доказательством отсутствия боли



Контроль через **30–60** минут

Эффективность обезболивания оценивается повторно после введения препарата



Дневник боли обязателен

Инструмент динамического мониторинга и преемственности между сменами

Перечень основных нормативных документов

- 1** Федеральный закон № **323-ФЗ** от **21.11.2011**
«Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
- 2** Приказ Минздрава № **786н** от **31.07.2020**
«Об утверждении требований к организации и выполнению работ при оказании паллиативной медицинской помощи»
- 3** Приказ Минздрава № **204н** от **14.04.2023**
«Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослым и детям»
- 4** Клинические рекомендации «Паллиативная помощь детям» (**2023**)
Ассоциация специалистов паллиативной медицины.
Международная ассоциация по изучению боли (IASP) — классификация и критерии оценки

Список литературы

1. Merkel S.I., Voepel-Lewis T., Shayevitz J.R., Malviya S. The FLACC: a behavioral scale for scoring postoperative pain in young children. *Pediatric Nursing*, 1997; 23(3): 293–297.
2. Wong D.L., Baker C.M. Pain in children: comparison of assessment scales. *Pediatric Nursing*, 1988; 14(1): 9–17.
3. Herr K., Coyne P.J., Key T. et al. Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 2006; 7(2): 44–52.
4. Hunt A., Goldman A. Pain management in children with life-limiting conditions. In: Goldman A., Hain R., Liben S. (eds.) *Oxford Textbook of Palliative Care for Children*. Oxford University Press, 2012: 315–338.
5. Булатов В.П., Вавилов А.М., Захарова И.Н. Особенности оценки боли у детей с ограниченными возможностями здоровья. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 2020; 65(4): 98–104.
6. Методические рекомендации «Оценка и купирование боли у детей в паллиативной помощи» (2021). ФГБУ «НМИЦ ДГОИ им. Дмитрия Рогачева».
7. Макарова О.Н., Соколова Т.А. Оценка боли у невербальных детей с тяжёлой неврологической патологией. *Паллиативная медицина и реабилитация*, 2022; (2): 45–52.
8. ВОЗ. *Руководство по паллиативной помощи детям*. Всемирная организация здравоохранения, 2020.

Спасибо за внимание

Систематическая оценка боли — это не формальность, это акт профессионального уважения к каждому ребёнку, который не может сказать «мне больно».

Каждый ребёнок заслуживает жизни без боли

ПАЛЛИАТИВНАЯ ПЕДИАТРИЯ

ШКАЛА FLACC

TMHP

ДИАГНОСТИКА БОЛИ

