

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/96942>

**Тип работы:** Дипломная работа

**Предмет:** Сестринское дело

Оглавление

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ 3

ВВЕДЕНИЕ 4

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ ПОНЯТИЕ И ПРЕДСТАВЛЕНИЕ О БОЛИ 6

1.1. Классификация и виды боли 6

1.2. Теории и факторы боли. 8

1.3. Рецепторный и проводящий аппарат боли 10

1.4. Эндогенная анальгетическая система 13

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ БОЛИ 16

2.1. Основные этапы сестринского процесса и методики сестринской оценки боли 16

2.2. Сестринское лечение боли 21

ГЛАВА 3. ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У АМБУЛАТОРНЫХ ПАЦИЕНТОВ 26

3.1. База, организация и методика исследования 26

3.2. Половозрастная и социальная характеристика пациентов 28

3.3. Частота и характер болевого синдрома среди амбулаторных пациентов 33

3.4. Оценка сестринского процесса при боли пациентами 43

3.5. Сестринский уход при боли.....50

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 52

СПИСОК ИСПОЛЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 57

ПРИЛОЖЕНИЕ 60

Проводящий аппарат боли. Проводящие волокна включают два типа волокон [14].

1. А-волокна ( $\alpha$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ). Толстые волокна (чем толще волокно, тем выше скорость проведения импульса), миелиновые (покрыты глиальными оболочками), быстро проводящие (скорость 3-45 м/сек), импульс идет сальтаторно (скачкообразное проведение импульса).

2. С-волокна. Тонкие, немиелинизированные, медленнопроводящие (скорость только до 2 м/сек), импульс идет непрерывным потоком, иннервируют ВО.

Афферентные пути проведения болевой чувствительности. Болевой импульс (ощущения) проводит спиноталамический тракт. В нем выделяют неоспиноталамический тракт (филогенетически более новый участок) и древний (палеоспиноталамический тракт)

1. Неоспиноталамический проходит в боковых канатиках спинного мозга. Проводит быструю болевую чувствительность и общую чувствительность. Это четырехнейронный, длинноаксонный тракт передачи импульса. Имеет мало участков переключения, заканчивается в коре больших полушарий (КБП) и обеспечивает проведение первичной боли. Тракт относится к лемнисковой системе (система заднего столба, обеспечивает проведение кинестезии, осязания и тактильной чувствительности), состоит из миелиновых нервных волокон. Первые нейроны находятся в спинальном ганглии, их отростки через задние рога спинного мозга (ЗРСМ) идут ко вторым нейронам, которые лежат в сером веществе спинного мозга. Их аксоны перекрещиваются сегментом выше и на противоположной стороне в составе переднебоковых путей идут к специфическим ядрам таламуса, где локализованы тела третьих нейронов. Отсюда аксоны идут в постцентральную извилину КБП, там размещаются четвертые нейроны этого тракта.

2. Палеоспиноталамический (проходит в передних канатиках спинного мозга). Это многонейронный таракт, короткоаксонный, образует множественные контакты с различными отделами ЦНС, в КБП заканчивается диффузно, проводит вторичную боль и обеспечивает анализ угрозы жизни человека. Тракт построен из безмиелиновых волокон. Первый и второй нейроны общие с неоспиноталамическим трактом, но далее аксоны вторых нейронов идут в ретикулярную формацию (РФ), там претерпевают множество нейронных переключений, отсюда более длительное проведение импульса.

Эфферентные пути не проводят болевые импульсы, а обеспечивают ответные двигательные реакции на

боль. К эфферентным путям относится пирамидный (кортикоспинальный) тракт и экстрапирамидный (медиальный) тракт от подкорковых образований до мотонейронов и двигательных ядер продолговатого мозга [14].

#### 1.4. Эндогенная анальгетическая система

Внимание нейрофизиологов давно привлекало внимание тот факт, что повреждения тканей организма одинаковой тяжести вызывают у разных людей резко отличающиеся по степени выраженности болевые чувства (ощущения). Было замечено, что на это влияют физиологические, ситуационные, культурные и другие факторы. Так, травма на поле боя (в эпоху холодного оружия) часто вызывали значительно меньшие боли по сравнению с подобным же повреждением в бытовых условиях. Кроме этого, введение плацебо может обеспечить пациенту выраженное обезболивание. Таким образом, способность ЦНС управлять чувством боли известна давно, однако механизм такой способности ЦНС начали выясняться недавно. Первая, обоснованная на экспериментах, теория контроля болевых ощущений была предложена в 1965 году. Канадские ученые Р. Мелзак и П. Д. Уолл выдвинули гипотез воротного (вентильного) контроля, или «болевого ворот». По данной теории передача нервных импульсов от афферентных нервных волокон к нейронам спинного мозга, которые передают сигналы в КБП, контролируется системой интернейронов, локализованных в желатинозной субстанции (вторая и третья пластины ЗРСМ).

Основные положения теории заключается в следующем. Известно, что вторые нейроны чувствительных проводящих трактов являются общими для многих видов сенсорной чувствительности (тактильной, вибрационной, в том числе и болевой чувствительности). При поступлении неболевого импульса по толстым А-волокам происходит возбуждение желатинозных клеток и торможение трактовых клеток, что снижает проведение болевых импульсов («ворота закрыты»). При значительной интенсивности болевого фактора преобладают импульсы, которые проводятся по С-волокам. В такой ситуации тормозятся клетки желатинозной субстанции и болевые импульсы беспрепятственно проводятся в вышележащие структуры - «ворота открыты». Это спинальный воротный механизм (СВМ) передачи боли [14].

В свою очередь СВМ находится под контролем нервных импульсов, которые передаются по волокнам нисходящих систем из КБП и ствола мозга - центральный (нисходящий) контроль афферентной ноцицептивной импульсации. Это воздействие осуществляется через РФ ствола мозга, которая контролирует функционирование спинальных релейных нейронов, а также интернейронов, ассоциированных с волокнами малого диаметра, кортикоспинальный и ретикулоспинальный тракты. Контроль осуществляется путем:

- повышения порога чувствительности синаптической передачи;
- изменения размера рецептивного поля и модальности (качественность определенности ощущений) нейрона, на котором сходятся (конвергируют) различные виды афферентов;
- снижения чувствительности передачи центростремительной импульсации.

После открытия эндогенных опиоидов (3-эндорфин, динорфин А, мет-энкефалин и других) был расшифрован нейрхимический механизм модуляции боли. Эти белковые соединения являются одними из медиаторов антиболевых систем, которые сосредоточены в таламусе, сером веществе сильвиева водопровода, а также ядрах шва, желатинозной субстанции спинного мозга и в ядре продолговатого мозга (nucleus tractus solitarii). Энкефалины, вырабатываемые этими нейронами, задерживают проведение по афферентному волокну нервного импульса, то есть «закрывают ворота». Помимо этого, энкефалины могут подавлять отрицательные эмоциональные реакции, то есть снижать активность «центра гнева» и активировать «центр награды».

Также выяснено, что в некоторых структурах головного мозга посредником передачи обезболивающего эффекта является серотонин. Противоболевой центральный эффект серотонина (гормон счастья) связан с его антидепрессивным и противотревожным действием. С дефицитом серотонина некоторые физиологи склонны связывать мигрень [14].

Таким образом, боль - это сложное психоэмоциональное ощущение, которое возникает в ответ на действие ноцицептивных стимулов и реализуется системой болевого восприятия. Болевая чувствительность зависит от индивидуальных, ситуационных и социальных факторов и имеет преимущественно защитный характер. Боль сигнализирует о внешних и внутренних воздействиях, вызывающих повреждение тканей, в том числе о возникновении каких-то патологических процессов в системах (органах) и тканях организма, то есть в первую очередь боль имеет защитное значение. Однако длительный болевой синдром может привести к психоэмоциональным расстройствам, нарушениям функционирования сердечно-сосудистой системы, истощению симпатно-адреналовой адаптационной системы, то есть боль может иметь и патогенное, стрессовое значение для организма (патологическая боль), что, как отмечалось выше, встречается очень

часто.

Боль классифицируется по локализации повреждения, этиологии боли, характеристикам длительности, типу распространения и патогенезу боли. Также встречаются различные комбинации боли, в таких случаях говорят о смешанной боли.

Видами боли являются первичная физическая боль, вторичная физическая боль и психогенная боль.

Существует неспецифическая теория интенсивности и специфическая теория боли.

Проводящие волокна включают два типа волокон: А-волокна ( $\alpha$ ,  $\gamma$ ,  $\delta$ ) – быстро проводящие (скорость 3-45 м/сек). По ним нервный импульс идет сальтаторно. С-волокна – медленнопроводящие (скорость только до 2 м/сек). По ним нервный импульс идет непрерывным потоком. Болевой импульс (ощущения) проводит спиноталамический тракт. В нем выделяют неоспиноталамический тракт (филогенетически более новый участок) и древний (палеоспиноталамический тракт) [14].

## ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС ПРИ БОЛИ

### 2.1. Основные этапы сестринского процесса и методики сестринской оценки боли

В сестринском процессе при боли выделяют 4 последовательных этапа [11]:

I. Первичная оценка боли.

II. Определение целей сестринского ухода.

III. Сестринское вмешательство.

IV. Оценка результатов сестринского ухода.

Разберем каждый этап в отдельности.

I. Первичная оценка боли. Первичная оценка боли имеет свои сложности, поскольку, как отмечалось выше, болевая чувствительность зависит от индивидуальных, ситуационных и социальных факторов и включает в себя неврологические, физиологические, поведенческие и эмоциональные аспекты. В сестринском процессе при первичной оценке боли пациента, за основу следует брать субъективные ощущения больного. Описано три основных метода оценки боли:

а) Описание боли самим пациентом.

б) Изучение возможной причины боли.

в) Наблюдение за реакцией больного на боль.

При любом методе оценки боли вначале определяется место локализации боли. Это следует делать наиболее точно методом расспроса. Далее выясняются следующие моменты: возможная причина и время появления боли, характер боли, продолжительность, условия (время) исчезновения боли.

Интенсивность боли по ощущениям больного может быть оценена по рейтинговой шкале оценки боли в баллах:

0 баллов – боль отсутствует в состоянии покоя пациента и при движении.

1 балл – боль отсутствует в состоянии покоя пациента, лёгкая боль при движении.

2 балла – лёгкая боль в состоянии покоя пациента, умеренная боль при движении.

3 балла – умеренная боль в состоянии покоя пациента, сильная боль при движении.

4 балла – сильная боль в состоянии покоя пациента и при движении.

Клинический опыт наблюдения за больными с болевым синдромом показывает, что пациенты часто неадекватно оценивают свои болевые ощущения, а медицинский персонал переоценивает мероприятия по анальгезии. Для устранения этих недостатков рекомендуется использовать линейки со шкалой, по которым оценивается сила боли, опять же, в баллах. Ниже приведены примеры таких линейных шкал.

1. Простая описательная шкала интенсивности боли.

/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/

Отсутствие боли    Средняя боль    Терпимая    Сильная    Очень сильна    Невыносимая боль  
боль    боль    боль

2. Визуально-аналоговая шкала\*

\*при использовании визуально-аналоговой шкалы рекомендуется использовать базовую линию в 10 см.

Существуют и другие подобные шкалы. Использование подобных шкал дает более объективную информацию об уровне боли.

Наблюдение за реакцией пациента на боль также дает достаточную информацию о характере и интенсивности боли. Наблюдение может быть использовано при невозможности вербального общения с больным, если больной в бессознательном состоянии. О сильной боли свидетельствует бледность пациента,

повышение АД, повышенное потоотделение. При этом пациент может скрежетать зубами, морщить лоб, прикусывать губы. При длительной боли меняется поведение пациента: пропадает аппетит, уменьшается повседневная активность, пациент часто лежит в вынужденном положении (субъективно меньше ощущает боль), может стонать и даже кричать и плакать. При этом пациенты ожидают от медицинской сестры сочувствующей и успокаивающей реакции на свое поведение. На рис. 2.1 показана визуальная шкала интенсивности боли [11].

#### Рис. 2.1. Визуальная шкала интенсивности боли

Оценка шкалы: 0 - пациента боль не беспокоит; 2 - боль беспокоит незначительно; 4 - боль немного беспокоит; 6 - боль существенно беспокоит; 8 - боль значительна, сознание пациента сконцентрировано на боли; 10 - боль настолько сильна, насколько пациент может её представить; он еле сдерживается. При визуальной оценке боли также необходимо выяснить факторы, вызывающие боль, и наоборот, приглушающие боль.

II. Определение цели сестринского ухода. При болевом синдроме у больного основная цель сестринского ухода – устранение причины боли и облегчение состояния пациента. Следует учитывать, что при некоторых видах боли (онкологическая боль в IV стадии) медсестра сможет оказать только паллиативную помощь. Правильному определению цели сестринского ухода способствует подробный анамнез, выяснение всех факторов, вызывающих боль и так далее (см. I этап).

III. Сестринское вмешательство. Для эффективного вмешательства и достижения поставленной цели медсестра должна хорошо знать болевой цикл и связанные с ним переживания пациента, который практически одинаков почти у всех больных (см. рис. 2.2) [11].

#### Рис. 2.2. Болевой цикл и его составляющие

Медсестре необходимо выяснить, как пациент переносит (переносил ранее) боль. Одна из описательных шкал представлена (см. рис. 2.3) [11].

#### Рис. 2.3. Описательная шкала боли

При использовании этой шкалы пациент от слова (слов), приведенных в шкале характеристика боли, проводит стрелку к шкале градация боли (тяжесть боли) или говорит об этом медсестре.

В дальнейшем сестринское вмешательство в лечение пациента заключается в её активном участии в лечебном процессе, как равноправного партнера врача, а не его помощника, как было принято считать многие года.

IV. Оценка результатов вмешательства. Успешность оценки сестринского вмешательства проводится также по шкалам оценки, так как они считаются наиболее объективными. По шкалам оценки боли проводится как текущая оценка (в ходе лечения, сестринского вмешательства), так итоговая (по завершению лечения). Выше приведенные шкалы могут использоваться для подобной оценки. Однако предлагаются и другие шкалы. Ниже приводятся две шкалы по оценке изменений в ощущении боли пациентом. Первая шкала оценивает ослабление боли, вторая – успокоение [11].

Шкала измерения ослабления боли в ходе (при завершении) лечения:

- А – боль полностью исчезла;
- Б – боль почти исчезла;
- В – боль значительно уменьшилась;
- Г – боль уменьшилась слегка;
- Д – нет заметного уменьшения боли.

Шкала измерения успокоения боли в ходе (при завершении) лечения:

- 0 – успокоение отсутствует;
- 1 – слабое успокоение; дремотное состояние пациента, быстрое (легкое) пробуждение;
- 2 – умеренное успокоение; обычное дремотное состояние пациента, быстрое (легкое) пробуждение;
- 3 – сильное успокоение; усыпляющее действие лечения, пациента трудно разбудить;
- 4 – пациент спит, сон глубокий.

Беспокойство боли (болевого синдрома), длительной и сильной при отдельных заболеваниях – основная причина обращения пациентов за медицинской помощью. Даже если медицинский персонал понимает, что полностью снять боль невозможно (инкурабельное состояние пациента), необходимо пациенту проводить обезболивающую терапию (хотя бы паллиативную), гарантированную ему Федеральным законом

Российской Федерации от 21. 11. 2011 г. № 323-ФЗ [1]. Снятие боли во многом улучшает качество жизни больного человека, вселяет ему надежду на выздоровление и успешный исход.

## 2.2. Сестринское лечение боли

Сестринское лечение боли включает лекарственную и нелекарственную терапию. Остановимся на этих аспектах подробнее.

Лекарственная терапия при боли. При проведении обезболивающей терапии медсестра выполняет назначения лечащего врача. Но она, в современном понимании сестринского дела, должна быть активной участницей лечебного процесса: знать механизм действия анальгетиков,

## СПИСОК ИСПОЛЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Собрание законодательства РФ. – 2011. – N 48. – Ст. 6724; 2012. – N 26. – Ст. 3442, 3446.
2. Абузарова, Г. Ф. Хронический болевой синдром у взрослых пациентов, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи / Г. Ф. Абузарова, Г. П. Арутюнов, А. Б. Данилов [и др.] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [https://static0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/033/864/original/Клинические\\_рекомендации\\_0](https://static0.rosminzdrav.ru/system/attachments/attaches/000/033/864/original/Клинические_рекомендации_0) свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 01.04.2020).
3. Адаскевич, В. П. Иммунобиологические препараты в терапии псориаза / В. П. Адаскевич // Дерматология. Косметология. – 2015. – N 4. – С. 77-92.
4. Аленикова, О. А. Клинико-нейрофизиологическая характеристика болевого синдрома при болезни Паркинсона / О. А. Аленикова, С. А. Лихачев, Т. В. Свинковская // Российский журнал боли. – 2017. – N 1. – С. 52-53.
5. Андреева, Г. О. Хронический болевой синдром при заболеваниях периферической нервной системы (клиника, психопатологические нарушения, лечение и прогноз): монография / Г. О. Андреева, А. Ю. Емельянов, В. И. Евдокимов. – СПб.: Политехника сервис, 2014. – 96 с.
6. Гаманович, А.И. Висцеро-вертебральный болевой синдром поясничного остеохондроза: гендерные особенности / А. И. Гаманович, Б. В. Дривотинов // Вестник Витебского государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 16, N 4. – С. 66-72.
7. Головачева, В. А. Терапия острой неспецифической боли в спине: новые возможности / В. А. Головачева, А. А. Головачева // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2018. – Т. 10, N 4. – С. 123-128.
8. Гургенян, С. В. Метаболический синдром и ишемическая болезнь сердца / С.В. Гургенян, С. Х. Ватинян, П. А. Зелвеян // Терапевтический архив. – 2014. – N 3. – С. 106-110.
9. Камчатнов, П. Р. Принципы лечения пациентов с острой поясничной болью / П. Р. Камчатнов, М. А. Евзельман, А. В. Чугунов // Терапия. – 2017. – N 8 (18). – С. 43-52.
10. Кузнецова, Е. Б. Особенности болевого синдрома у пациентов с диабетической полинейропатией / Е. Б. Кузнецова, Е. А. Салина, А. В. Дудко // Российский журнал боли. – 2017. – N 1. – С. 55-56.
11. Мухина, С.А. Теоретические основы сестринского дела: учебник / С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – С. 274-291.
12. Павлов, Ю.И. Особенности подготовки и организации научных исследований в сестринском деле / Ю.И. Павлов, А.А. Холопов // Гл. мед. сестра. – 2012. – № 3. – С. 100-110.
13. Павлов, Ю.И. Сестринские исследования: планирование, формирование выборочной совокупности и подбор методик / Ю.И. Павлов, А.А. Холопов // Гл. мед. сестра. – 2012. – № 4. – С. 116-124.
14. Патфизиология боли: Учебное пособие / МЗ РФ, ГБОУ ВПО ИГМУ Минздрава России, кафедра патологической физиологии с курсом клинической иммунологии. – Иркутск, 2013. – 17 с.
15. Посттравматический болевой синдром (синдром Зудека): учебно-методическое пособие / СПб НИИ скорой помощи им. И. И. Джанелидзе. – СПб.: Фирма «Стикс», 2015. – 33 с.
16. Пронина, Е. Н. Проблемы реализации прав пациентов на паллиативную помощь / Е. Н. Пронина // Актуальные проблемы государства и права. – 2018. – Т. 2, N 8. – С. 113-118.
17. Россия в цифрах. 2018: Крат. стат. сб. / Росстат. – М., 2018. – 522 с.
18. Стародубцев, А. И. Купирование болевого синдрома при мигрени / А. И. Стародубцев, А. А. Стародубцева, С. М. Карпова [и др.] // Российский журнал боли. – 2017. – N 1. – С. 95-96.
19. Шевелева, Е. Исследование коммуникационной компетентности медицинских работников / Е. Шевелева // Вопросы студенческой науки. – 2018. – Вып. 11. – С. 41-45.
20. Шухов, В. С. Боль. Клинические рекомендации по ведению больных с различными болевыми синдромами / В. С. Шухов [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

[https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/BOLY\\_Klinicheskie\\_rekomendacii\\_po\\_vedeniyu\\_bolnyh\\_s\\_razlichnymi\\_bolevymi\\_sindromami](https://www.rmj.ru/articles/nevrologiya/BOLY_Klinicheskie_rekomendacii_po_vedeniyu_bolnyh_s_razlichnymi_bolevymi_sindromami)  
свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 01.04.2020).

21. Worldwide palliative care alliance (WPCA); World Health Organization 2015 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [www.who.int/nmh/Global\\_Atlas\\_of\\_Palliative\\_Care.pdf](http://www.who.int/nmh/Global_Atlas_of_Palliative_Care.pdf), свободный. – Загл. с экрана (дата обращения: 05.04.2020).

*Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:*

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/96942>