ПРАВИЛА
оценки уровня боли

КГП на ПХВ
«Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА

ОМП.6-ПРВ.010.26

КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА			
Код	ОМП.6-ПРВ.010.26		
Название документа:	**Правила оценки уровня боли**		
Утверждены:	Приказом директора КГП на ПХВ «БСМП» УЗ ОА № 14-О от 05.01.2026 г.		
Разработчик:	*Должность*	*ФИО*	*Подпись*
	Зав. отд. общей хирургии	Толеуов Б.М.	
	Нач. ВАиБП	Камбарбаев А.И.	
	Врач эксперт	Конырказина Б.М.	
Согласовано:	Зам. директора по медицинской части и стратегическому развитию	Маралбаев А.Р.	
	Зам. директора по контролю качества медицинских услуг	Джамединов К.М.	
	Заместитель директора по АХР и сестринскому делу	Баспакова Г.С.	
Версия: 3 от 06.01.2026		Копия №__ _____/ _____/ *подпись* *ФИО*	

г. Семей, 2026

Дата последнего пересмотра *2026*
Дата следующего пересмотра *2029*

Оглавление

1 Назначение

2 Область применения

3 Термины, определения и сокращения

4 Ответственность

5 Ресурсы/оснащение

6 Описание

7 Документирование

8 Ссылки

9 Приложения

Лист регистрации изменений

Лист ознакомления

Правила оценки уровня боли

1. Назначение

Проведение оценки боли у пациента с целью своевременного обезболивания КГП на ПХВ «Больница скорой медицинской помощи» УЗ ОА (далее - БСМП).

2. Область применения

Клинические и параклинические отделения

3. Термины, определения и сокращения

3.1 Термины

Термины и определения, применяемые в настоящих правилах, соответствуют ISO 9000-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь.

3.2 Определения

Боль – неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с истинным или потенциальным повреждением ткани или описываемое в терминах такого повреждения (определение Международной ассоциации по изучению боли - IASP). Пациенты имеют право на соответствующую оценку и контроль болевого синдрома.

3.3 Сокращения

3.3.1. JCI – Joint Commission International (Объединенная международная комиссия).
3.3.2. КМИС – Комплексная медицинская информационная система
3.3.3. БСМП - Больница скорой медицинской помощи
3.3.4. МЦБП – Международные цели безопасности пациентов.
3.3.5. РК – Республика Казахстан
3.3.6. КГП на ПХВ – казенное государственное предприятие на правах хозяйственного ведения
3.3.7. СМК - система менеджмента качества
3.3.8. ДП - документированная процедура
3.3.9. ISO (ИСО) – International Standard Organization
3.3.10. СТ – стандарт

Применяемые сокращения соответствуют Руководству по качеству и СМК-ДП.7.5.3.19 Документированная процедура. Управление документированной информацией.

4. Ответственность: Средний медицинский персонал

5. Ресурсы/оснащение:

5.1. Лист оценки боли;

5.2. Лист медикаментозных назначений медицинской карты стационарного больного;

5.3. ЛС и ИМН для обезболивания (в случае необходимости проведения обезболивания).

6. Правила оценки уровня боли:

6.1. В БСМП внедрен процесс вовлечения пациентов в процесс лечения, одним из элементов образования пациентов является обучение пациентов оценке и контролю болевого синдрома;

6.2. Данная процедура используется медицинскими сотрудниками для объективизации ощущения пациентом боли. Первичный скрининг боли проводится всем пациентам медицинской сестрой отделения при проведении первичного сестринского осмотра.

6.3. Оценка боли может проводиться врачом или обученной медицинской сестрой с помощью одного из представленных листов оценки боли, в зависимости от конкретной группы пациентов. Активно медицинской сестрой оценка боли проводится не реже двух раз в день, при необходимости чаще.

6.4. В листе оценки боли отмечается дата и время, уровень боли, характер и локализация боли, оказанная помощь, подпись медсестры.

6.5 После оценки уровня боли медицинская сестра ставит в известность лечащего/дежурного врача для принятия решения о способе купирования боли (запись делается в Лист медикаментозных назначений).

6.6. После обезболивания лекарственным средством медицинская сестра делает свою запись о выполненном назначении.

6.7. Если обезболивающее средство введено парентерально или применены нелекарственные методы обезболивания (придание телу определенного положения, массаж, психологическая поддержка, приложение тепла или холода и другое), переоценку проводят через 30 минут, если обезболивающее средство в таблетированной форме – через 60 минут. Повторную оценку уровня боли отмечают в Листе оценки боли с указанием времени, уровня и характера боли, а также подпись медсестры.

6.8. Регулярная оценка боли с оценкой физиологических параметров может дать достаточную информацию лечащему врачу для внесения соответствующих изменений в лечение пациента.

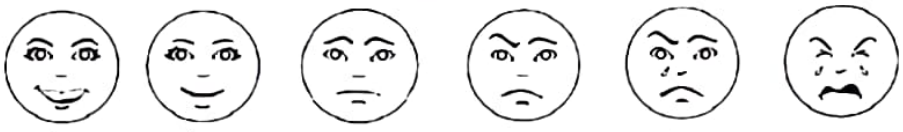
6.9. Для оценки интенсивности острой боли в БСМП используются **следующие виды оценки боли:**

А) Цифровая рейтинговая шкала оценки боли

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Цифровая рейтинговая шкала оценки боли состоит из делений, где 0 означает «боли нет», а 10 – «боль невыносимая». Специалист, оценивающий боль, должен объяснить пациенту что: 0 – боли нет, от 1 до 3 баллов – боль незначительная, от 4 до 6 баллов – боль умеренная, от 7 до 9 баллов – боль выраженная и 10 баллов – боль невыносимая. Пациент должен сам оценить боль, выбрав числовое значение, которое соответствует интенсивности боли (см. Приложение 1).

Б) Оценка боли по шкале гримас Вонг-Бейкера



Шкала гримас Вонг-Бейкера предназначена для оценки состояния взрослых пациентов. Шкала гримас состоит из 6 лиц, начиная от смеющегося (нет боли) до плачущего (боль невыносимая). Специалист, оценивающий боль должен объяснить пациенту в доступной форме о необходимости выбрать, какое из представленных лиц описывает уровень его боли (см. Приложение 1).

В) Оценки боли невербальных пациентов (CPOT-- Critical-Care Patient Observation Tool) разработана для оценки боли у пациентов в бессознательном состоянии. Этот метод оценивает боль по четырем поведенческим признакам (выражением лица, движение тела, толерантность к ИВЛ или издавание звуков, напряжение мышц). Боль оценивается в покое (П), наблюдая за пациентом в течение 1 минуты два раза в сутки (утром и вечером). Повторно боль оценивается во время болезненных манипуляций (М): смена трахеотомической трубки, установка/смена назогастрального зонда, установка/смена мочевого катетера, чтобы обнаружить изменения в поведении пациента при боли. Результат оценки 0-8 баллов: 0-1 – нет боли, покой / выжидательная тактика; 2-5 – боль есть, но медикаментозная помощь не обязательна (решает врач); 6-8 – боль есть, рассмотреть медикаментозную терапию (решает врач) (см. Приложение 4).

6.10. Обезболивание: с помощью данных шкал определяется вид обезболивающего средства, путь введения, кратность введения. Например:

- Умеренная боль – может быть купирована путем введения периферических анестетиков (кетотоп, кеторолак, анальгин, диклофенак, парацетамол).
- выраженная боль – центральные ненаркотические анальгетики (трамадол) в сочетании с периферическими.
- невыносимая боль – наркотические анальгетики (промедол, морфин, фентанил).

6.11.Переоценка боли: эффект проведенного обезболивания оценивается повторно по ранее использованной шкале оценки боли. Снижение интенсивности боли расценивают как:

- Снижение на 10 – 20% – минимальный эффект обезболивания;
- Снижение на 30% – умеренный эффект обезболивания;
- Снижение 50% – существенное снижение боли.

Результаты проведенной переоценки должны быть подписаны в соответствующей графе медицинским сотрудником, проводившим переоценку боли.

6.12. Обучение пациента управлению болью: эффективное обезболивание является частью лечения. БСМП берет на себя обязанность при необходимости обучить пациента по следующим темам:

- обучение пациента безопасному и эффективному использованию лекарственных средств;
- обучение пациента безопасному и эффективному использованию медицинского оборудования;
- обучение пациента в отношении их роли в оценке боли и важности эффективного управления болью;
- последующая реабилитация.

7. Документирование:

7.1. Лист оценки боли.

7.2. Медицинская карта стационарного больного (Лист медикаментозных назначений).

8. Ссылки:

8.1. ISO 9001-2015 Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь

8.2. СТ РК ИСО 9001-2016 Системы менеджмента качества. Требования.

8.3. СМК-Рк.01.19 Руководство по качеству.

8.4. СМК-ДП.7.5.3.19. Управление документированной информацией.

8.5. СМК-СТ.04.19.

8.6. Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-299/2020. «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения»

8.7. Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 ноября 2021 года № ҚР ДСМ – 111 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»

8.8. Стандарты аккредитации Международной объединенной комиссии (Joint Commission International Accreditation Standards for Hospital – 7th Edition) для больниц, 7-е издание, 2021., США.

9. Приложения

9.1. Приложение 1. **ЛИСТ ОЦЕНКИ БОЛИ**

9.2. Приложение 2. **Лист оценки боли невербальных пациентов (CPOT-- Critical-Care Patient Observation Tool)**

Приложение 1

ФИО пациента: ____________________

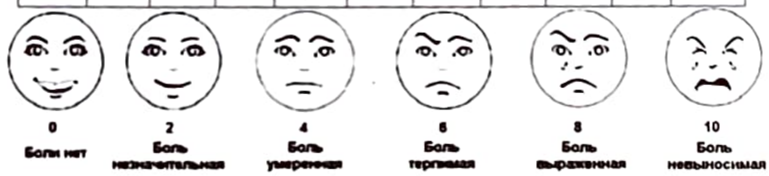
Дата рождения «   »   г.

ЛИСТ ОЦЕНКИ БОЛИ

1) первый раз боль оценивается при первичном сестринском осмотре.
2) повторную оценку боли (если боль продолжается или возникла позже) записать здесь. Частота оценки боли зависит от состояния пациента, оценивается эффект обезболивания.

	Боли нет	Боль незначительная			Боль умеренная			Боль выраженная			Боль невыносимая
Цифровая шкала оценки боли ⇒	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Шкала гримас Вонг-Бейкера ⇒



Локализация боли

Укажите, где болит: ____________ ____________

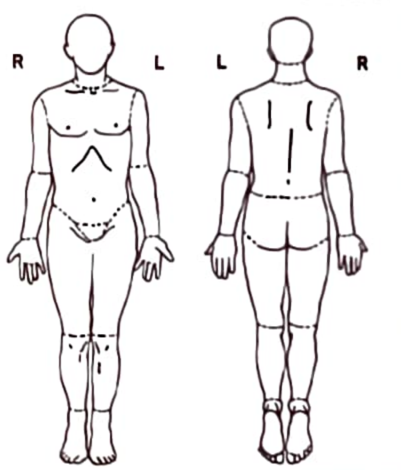


Таблица 1. Характер боли

Ж - жгучая	Р - режущая
Кол - колющая	Стр-стреляющая
Н - ноющая	Сх-схваткообразная
О - острая	Туп - тупая
П - постоянная	Тян - тянущая
Пл-пульсирующая	Др.:

Таблица 2. Оказана помощь

Медикаментозная	Немедикаментозная
НР–наркотическая	п–психологическое., обучение
НН-ненаркотическая	у–упражнения, массаж
СП – спазмолитик	м – местная терапия
АН – анестетик	и – иммобилизация
др.:	др.:

ДАТА (число / месяц)											
ВРЕМЯ (час : мин)											
БАЛЛ ПО ШКАЛЕ (поставить крестик Х)	10										
	9										
	8										
	7										
	6										
	5										
	4										
	3										
	2										
	1										
	0										
по горизонтали видна **эффективность** оказанной помощи – уменьшилась ли боль											
Характер боли (Таблица 1)											
Оказана помощь (Таблица 2)											
Побочные эффекты (поставить крестик Х)											
аллергия											
привыкание											
тошнота/рвота											
боли в желудке											
запор											
др.: ………………											
Подпись или инициалы											

Комментарии: ……………………………………………………………………………………………
………
………
………

Приложение 2

ФИО пациента: _____

_____

Дата рождения «_____» _____ _____г.

Лист оценки боли невербальных пациентов (CPOT-- Critical-Care Patient Observation Tool)

Показатель	Балл		Описание
Выражение лица (Facial expressions)	Расслабленное, нейтральное	0	Напряжение мышц не наблюдается
	Напряженное	1	Пациент хмурится, опускает бровь, напрягает глазные орбиты или любые другие изменения (например, открывает глаз/а или текут слезы во время болезненных процедур)
	Гримасы	2	Все предыдущие движения плюс у пациента крепко закрыты веки (возможно у пациента открыт рот или он/она покусывает эндотрахеальную трубку)
Движения тела (Body movements)	Отсутствие движений или нормальное положение тела	0	Вообще не двигается (это не означает что пациент не испытывает боль) или у пациента нормальное положение тела (движения не направлены на участок боли или движения не с целью защиты
	Защита	1	Медленные, осторожные движения, касается или трет участок боли, пытается привлечь внимание движениями
	Беспокойство	2	Пациент пытается вытащить эндотрахеальную трубку, пытается сесть, двигает конечностями, не следует командам и борется с персоналом, пытается встать с постели
Толерантность к ИВЛ (для интубированных пациентов) (Compliance with the ventilator - intubated patients)	Толерантен к ИВЛ	0	Сигналы на мониторах не активированы, легкое дыхание
	Кашляет но толерантен	1	Кашляет, сигналы на мониторе активируются, но спонтанно/самопроизвольно отключаются
	Борется с ИВЛ	2	Асинхрония: блокирует вентиляцию, сигналы часто активируются
или		**или**	
Издавание звуков (для неинтубированных пациентов) (Vocalization - non-intubated patients)	Издаваемые звуки (разговор) нормального тона или нет звука	0	Издаваемые звуки (разговор) нормального тона или нет звука
	Вздыхает, стонет	1	Вздыхает, стонет
	Кричит, рыдает	2	Кричит, рыдает
Напряжение мышц (Muscle tension) Оценка пассивного сгибания и разгибания верхних конечностей, когда пациент находится в состоянии покоя или оценки, когда пациента переворачивают	Расслаблены	0	Не сопротивляется пассивным движениям
	Напряжены, ригидны	1	Сопротивляется пассивным движениям /Resistance to passive movements
	Очень напряжены или очень ригидны	2	Сильно сопротивляется пассивным движениям, невозможно завершить движения

ИТОГ: **0-1** – нет боли, покой / выжидательная тактика

2-5 – боль есть, но медикаментозная помощь не обязательна (решает врач)

6-8 – боль есть, рассмотреть медикаментозную терапию (решает врач)

Инструкция по применению Шкалы оценки боли невербальных пациентов (CPOT):

1. Оценить боль в покое **(П)**, наблюдая за пациентом в течение 1 минуты два раза в сутки **(утром и вечером)**.

- в клетке «балл»: указать цифру и букву. Например, «1П» – в покое 1балл.
- в клетке «оказана помощь»: указать ноль «0» если покой / выжидательная тактика.

2. Оценить боль повторно во время болезненных манипуляций **(М)**: **смена трахеостомической трубки, установка/смена назогастрального зонда, установка/смена мочевого катетера**, чтобы обнаружить изменения в поведении пациента при боли.

- в клетке «балл»: указать цифру и букву. Например, «6М» – при манипуляции 6 баллов.
- в клетке «оказана помощь»: указать, что сделано **по решению врача.**

3. Оценить боль еще раз для проверки реакции пациента **(Р)** на оказанную помощь:

- в клетке «время»: если назначен медикамент **в/в**, оценить боль через 30 мин после введения, если медикамент **per os** – через час после принятия; если немедикаментозная терапия или покой, оценить через 15 минут после предыдущей оценки боли.
- в клетке «балл»: указать цифру и букву. Например, «3Р» – реакция пациента 3 балла.
- в клетке «оказана помощь»: указать ноль «0» если боль снижена до уровня в покое и прекратить оценку до следующей болезненной манипуляции. Если боль не снижается до уровня в покое, оказать помощь по решению врача.

*** Рядом с баллом указать:**
П – оценка проведена в покое
М – во время болезненных манипуляции
Р – реакция пациента на немедикаментозную помощь или на максимальный эффект медикамента

**** Оказана помощь**	
Медикаментозная	**Немедикаментозная**
НР-наркотическая	**У** – упражнения, массаж, поглаживание
НН-ненаркотическая	**М** – местная терапия
СП-спазмолитик	**И** – иммобилизация
АН-анестетик	**0** – покой/выжидательная тактика

ДАТА																									
ВРЕМЯ																									
*БАЛЛ																									
**Оказана помощь																									
Подпись м/с																									
ДАТА																									
ВРЕМЯ																									
*БАЛЛ																									
**Оказана помощь																									
Подпись м/с																									

ДАТА																									
ВРЕМЯ																									
*БАЛЛ																									
**Оказана помощь																									
Подпись м/с																									

Источник: Table 1 (p.421) in Gélinas, C., Fillion, L., Puntillo, K., Viens, C., & Fortier, M. (2006). Validation of a Critical-Care Pain Observation Tool in adult patients. American Journal of Critical Care, 15(4), 420–427.

Лист регистрации изменений

№	№ раздела, пункта стандарта,в которое внесено изменение	Дата внесения изменения	ФИО лица, внесшего изменения

Лист ознакомления

№	Ф.И.О.	Должность	Дата	Подпись
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				