

## **МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ** **щодо знеболення постраждалих на етапах евакуації**

### **I. Загальні положення**

1. Ці Методичні рекомендації застосовуються у випадку надання екстреної медичної допомоги бригадами екстреної медичної допомоги на догоспітальному етапі та на ранньому госпітальному етапі у закладах охорони здоров'я.

2. Відповідно до цих Методичних рекомендацій, медична допомога надається в обсязі, що забезпечує адекватне знеболення, як невід'ємний компонент стабілізації стану постраждалих, в тому числі при підготовці до переведення на подальший етап госпіталізації у заклад вищого рівня.

3. У цих Методичних рекомендаціях термін «біль» вживається у значенні неприємного відчуття та емоційного переживання, пов'язаного з реальним або ймовірним ушкодженням тканин, або яке описується людиною у термінах такого ушкодження.

Інші терміни вживаються у значеннях, наведених в законах України «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про екстрену медичну допомогу» та інших нормативно-правових актах у сфері охорони здоров'я.

4. У цих Методичних рекомендаціях наведені лікарські засоби та форми їх випуску, які широко не використовуються або не зареєстровані в Україні, однак можливе їх постачання у вигляді гуманітарної допомоги.

5. В основі цих Методичних рекомендацій лежать положення «Guidelines for the management of acute pain in emergency situations», EUSEM, March 2020.

### **II. Оцінка інтенсивності болю у постраждалих різних вікових груп**

1. У дітей різних вікових груп, з метою оцінки інтенсивності болю рекомендовано використовувати шкали, що наведені у додатку до цих Методичних рекомендацій:

- 1) новонароджені та немовлята: CRIES, NIPS, FLACC та Wong-Baker FACES;
- 2) шкільний вік та підлітки: Wong-Baker FACES, візуально-аналогова шкала (далі -ВАШ);
- 3) діти з затримкою когнітивного розвитку: FLACC або r-FLACC;
- 4) діти на інтубації та на штучній вентиляції легень: COMFORT.

2. У дорослих для оцінки інтенсивності болю рекомендовано використовувати наступні шкали, що наведені у додатку до цих Методичних рекомендацій:

- 1) без порушення свідомості: числова шкала оцінки (далі – ЧШО) або ВАШ;
- 2) з порушенням свідомості в тому числі у заінтубованих постраждалих: поведінкова шкала болю; шкала оцінки болю при наданні екстреної медичної допомоги.

3. Інтенсивність болю слід класифікувати на наступні групи:

- помірний біль: ЧШО 1–3; ВАШ 1–3/0–30; FACES 2 – 4;  
біль середньої інтенсивності: ЧШО 4-6; ВАШ 4-6/40-60; FACES 4-6;  
виражений біль: ЧШО 7–10; ВАШ 7–10/70–100; FACES 8 – 10.

4. Класифікацію болю відповідно до інших шкал описано в додатку до цих Методичних рекомендацій.

### **III. Знеболення на етапах медичної евакуації**

1. Рекомендовано визначити інтенсивність болю у постраждалого використовуючи відповідні шкали, наведені у додатку до цих Методичних рекомендацій.

2. За можливості, до початку використання лікарських засобів, застосуйте якомога швидше додаткові заходи, які можуть зменшити інтенсивність болю. До додаткових методів зменшення болю відноситься: надання зручного положення, іммобілізація кінцівок, холод або тепло на область болю тощо.

3. При оцінці інтенсивності болю у дітей різних вікових груп рекомендовано дотримуватись основних положень щодо початку лікування болю у дітей:

- 1) новонароджені/немовлята (0-12 місяців):

- залучайте та заспокоюйте батьків, заохочуйте їх обіймати та заспокоювати дитину;
- використовуйте заспокійливі сенсорні заходи (м'який дотик), говоріть тихо; використовуйте прийоми комфорту: соску, сповивання;
- 2) діти дошкільного віку (1-5 років):
- залучайте та заспокоюйте батьків, заохочуйте їх обіймати та заспокоювати дитину;
- використовуйте заспокійливі сенсорні заходи (м'який дотик), говоріть тихо; спілкуйтеся простою прямою мовою: опишіть, що вони побачать, почують і відчують;
- давайте спокійні, чіткі вказівки;
- використовуйте прийоми відволікання: розповідання казок, яскраві/блискучі іграшки, бульбашки, вертушки, звичні предмети з життя дитини;
- 3) діти шкільного віку (6-12 років):
- спілкуйтеся простою, зрозумілою мовою, поясніть все, що відбувається; дозвольте їм ставити запитання, залучайте до співпраці, коли це можливо/доречно;
- використовуйте методи відволікання: електронні ігри, відео, керовані зображення, релаксація, музика тощо;
- подумайте про заходи комфорту, такі як позиціонування, накладання шин для іммобілізації, лід або теплові компреси;
- 4) підлітки (вік понад 13 років):
- спілкуйтеся простою, зрозумілою мовою, поясніть все, що відбувається; деталізуйте та заохочуйте ставити запитання, будьте гнучкими при відповіді;
- використовуйте техніки відволікання: відеоігри, відео, керовані зображення, релаксація, музика тощо;
- розгляньте використання заходів що можуть зменшити біль (накладання шин для іммобілізації, лід або теплові компреси тощо).
- Використання вищевказаних підходів дасть можливість коректно визначити інтенсивність болю у дітей.

4. Фармакологічне лікування у дітей залежно від інтенсивності болю (вік > 1 – 15 років):

1) при помірному болю:

парацетамол per os 20 мг/кг навантажувальна доза з наступним введенням (при потребі) в дозі 10–15 мг/кг

або

парацетамол per rectum 40 мг/кг навантажувальна доза з наступним введенням (при потребі) в дозі 20 мг/кг

або

ібупрофен per os 10 мг/кг;

2) при болю середньої інтенсивності:

Перша лінія лікарських засобів:

### **Варіант 1**

закис азоту/кисень інгаляційно (поки забезпечуються інші методи знеболення)

та

парацетамол per rectum 15-20 мг/кг, з наступним введенням (при потребі) per rectum з розрахунку 20 мг/кг

або

парацетамол per os 15-20 мг/кг, з наступним введенням (при потребі) per rectum з розрахунку 10-15 мг/кг

або

ібупрофен per os 10 мг/кг.

### **Варіант 2**

парацетамол per rectum 15-20 мг/кг

або

парацетамол per os 20 мг/кг

та

диклофенак per os 1 мг/кг (тільки якщо вік >14 років; не рекомендовано, якщо ібупрофен вже застосували)

або

диклофенак per rectum 1 мг/кг (тільки якщо вік >14 років; не рекомендовано, якщо ібупрофен вже застосували)

або

кеторолак в/в 0,5-1,0 мг у дітей > 2 років (повторювати кожні 6 год протягом 48 годин; не рекомендовано, якщо ібупрофен вже застосували).

Друга лінія лікарських засобів:

парацетамол per os 10-15 мг/кг

або

парацетамол per rectum 20 мг/кг

або

ібупрофен per os 10 мг/кг

та

диклофенак per os 1 мг/кг (тільки якщо вік >14 років; не рекомендовано, якщо ібупрофен вже застосували)

або

диклофенак per rectum 1 мг/кг (тільки якщо вік >14 років; не рекомендовано, якщо ібупрофен вже застосували)

та/або

кодеїну фосфат per os 1 мг/кг (тільки якщо вік >12 років)

або

морфін per os 0,2-0,5 мг/кг

3) при вираженому болю:

Закис азоту/кисень інтраназально (поки забезпечуються інші методи знеболення)

Перша лінія лікарських засобів:

фентаніл інтраназально 0,0015 мг/кг (слід титрувати введення фентанілу до ефективного знеболення або максимально допустимої дози)

морфін per os 0,3 мг/кг

Друга лінія лікарських засобів:

фентаніл інтраназально 0,0015 мг/кг

або

фентаніл в/в 0,001 мг/кг

або

морфін в/в 0,05 мг/кг (титрувати з інтервалом не менше 2 хв – 0,01 мг/кг в/в, максимальна доза 0,1 мг/кг)

або

кетамін інтраназально 0,1-0,3 мг/кг

та

парацетамол в/в 15 мг/кг

Третя лінія лікарських засобів:

Кетамін в/в 0,1 мг/кг (при потребі повторне введення не раніше, ніж через 10 хв)

або

Кетамін в/м 2,5 мг/кг (подальша доза 1 мг/кг в/м, яку можна повторити за необхідності);

4) розгляньте місцевий анестезуючий крем / гель (лідокаїн / прилокаїн або тетракаїн) для полегшення забезпечення в/в доступу у дітей;

5) забезпечте наявність налоксону, якщо використовуються опіоїди;

6) розгляньте антиеметики як доповнення до опіоїдів: ондансетрон;

7) використовувати в/в не більше одного опіюїду через ризик седації та пригнічення дихання;

8) більше одного нестероїдного протизапального засобу (НПЗЗ) не слід вводити, тому, наприклад, диклофенак протипоказаний постраждалим, які вже отримували ібупрофен;

9) титрувати фентаніл слід до ефективного знеболення або максимальних доз.

5. Рекомендації щодо дозування окремих лікарських засобів дітям віком >1 рік <15 років:

кодеїн: показаний для застосування пацієнтам віком  $\geq 12$  років, дозування має визначатися з урахуванням маси тіла (0,5-1 мг/кг), а максимальна дозу 240 мг/добу;

диклофенак: не рекомендується дітям віком до 14 років, диклофенак протипоказаний пацієнтам, які вже отримували ібупрофен;

фентаніл: дозування фентанілу інтраназально 0,0015 мг/кг або в/в 0,001 мг/кг можна повторити, але не раніше, ніж через 10 хв після початкового введення. Якщо інтраназально фентанілу виявляється недостатнім, слід ввести в/в фентаніл або морфін;

кетамін: кетамін в/в 0,1 мг/кг можна повторити лише один раз, але не раніше ніж через 10 хвилин після початкової дози, якщо це необхідно;

кеторолак: у той час як кеторолак рутинно не показаний для застосування у дітей, в/в форма кеторолаку широко використовується у дітей в післяопераційному періоді для зменшення дози опіюїдів. Дітям віком старше 2 років кеторолак 0,5–1 мг/кг можна вводити в/в шляхом болюсної інфузії протягом не менше 15 сек., в/в дозу кеторолаку можна повторювати кожні 6 годин протягом 48 годин;

морфін: для в/в введення морфіну використовують дозу 0,05 мг/кг, з інтервалом введення не менше 2 хвилин при необхідності, може бути введено до максимальної дози 0,1 мг/кг;

парацетамол: перша доза парацетамолу 20 мг/кг перорально для знеболення (не лихоманки) може бути призначена з наступною дозою 10–15 мг/кг до максимальної добової дози.

6. Фармакологічне лікування у дорослих залежно від інтенсивності болю.

1) помірний біль:

парацетамол per os 1 г

або

парацетамол сублінгвально 2x0,5 г  
або  
ібупрофен per os 400 мг  
або  
напроксен per os 500 мг  
або  
диклофенак per os 50 мг;

2) біль середньої інтенсивності:

Інгаляційна терапія (поки забезпечуються інші методи знеболення)  
закис азоту/кисень інгаляційно  
або  
метоксифлуран інгаляційно (відповідно до рекомендацій виробника)

та

парацетамол per os 1 г

або

парацетамол сублінгвально 2x0,5 г

або

парацетамол в/в 1 г

та

ібупрофен per os 400 мг

або

напроксен per os 500 мг

або

диклофенак per os 50 мг

або

ібупрофен в/в 400-800 мг (максимальна добова доза 3200 мг)

або

диклофенак в/в 75 мг (максимальна добова доза 150 мг)

або

кеторолак в/в 0,25 мг/кг до максимумно 10 мг

та

метамізол натрію 8-16 мг/кг per os як одноразова доза або 1 г повільно в/в в  
інфузії (максимальна добова доза 2 г)

та

кодеїну фосфат per os 30-60 мг

або

трамадол per os 50 мг;

3) виражений біль:

Інгаляційна терапія (поки забезпечується інші методи знеболення):

закис азоту/кисень інгаляційно

або

метоксифлуран інгаляційно (відповідно до рекомендацій виробника);

Перша лінія лікування:

морфін в/в 2-3 мг (титрувати з інтервалом не менше 2 хв – 0,1 мг/кг в/в)

або

фентаніл в/в 0,05 мг

або

фентаніл інтраназально 50-100 мкг (повторна доза <10 хв)

або

фентаніл сублінгвально 100 мг (виключно у пацієнтів з опіоїдною толерантністю)

або

суфентаніл інтраназально 0,5 мкг/кг (варіант подальшої дози×2 через 10 і 20 хв 0,15 мкг/кг в разі необхідності)

або

суфентаніл сублінгвально 15 мкг (подальші дози не слід вводити не раніше ніж через 20 хв).

Друга лінія лікування:

парацетамол в/в 1 г

та

кодеїну фосфат per os 30-60 мг

або

трамадол per os 50 мг

або

оксікодон per os 10 мг

Третя лінія лікування:

кетамін в/в 0,1 мг/кг (повторна доза x1 після >10 хв)

або

кетамін інтраназально 0,7 мг/кг початкова доза (подальші дози 0,3-0,5 мг/кг не раніше, ніж через 15 хв)

або

кетамін в/м 0,5-1 мг/кг (при потребі можливе повторне введення).



#### **IV. Додаткові положення**

1. Для кожної рекомендації в межах групи, наприклад парацетамол per os 1 г, парацетамол сублінгвально 2 x 0,5 г, парацетамол в/в 1 г, слід вибрати лише один варіант. Якщо знеболення є недостатнім слід розглянути можливість додавання 1 препарату з іншої групи, наприклад ібупрофен per os 400 мг, а потім кодеїну фосфат per os 30-60 мг, якщо інтенсивність болю вимагає збільшення знеболення. Лікарські засоби, що належать до однієї групи, не слід застосовувати в комбінації, наприклад диклофенак та ібупрофен або морфін та фентаніл.

2. Оцінка інтенсивності болю повинна відбуватись якомога швидше як на догоспітальному так і госпітальному етапах та після кожного введення знеболюючого препарату. Показники інтенсивності болю слід за відповідними шкалами у відповідній медичній документації.

3. Для використання необхідно обрати окремі шкали для різних вікових груп та детально ознайомитись з особливостями їх використання.

**Генеральний директор Директорату  
медичних послуг**

**Олександра МАШКЕВИЧ**

Додаток  
до Методичних рекомендацій  
щодо знеболення постраждалих на  
етапах евакуації  
(пункт 1 розділу II)

## Шкали оцінки болю у постраждалих

### I. Шкала CRIES

Шкала CRIES — це 11-бальна шкала болю (від 0 до 10), яка використовує аббревіатуру, засновану на п'яти фізіологічних і поведінкових змінних, які пов'язані з неонатальним болем (див. табл. 2):

C — Crying (плач);

R - Requiring increased oxygen administration (вимагають застосування кисню у підвищеній концентрації);

I — Increasing (abnormal) vital signs (ненормальне відхилення життєво важливих показників);

E— Expression (facial); (вираз обличчя);

S— Sleeplessness (не може спати).

Абсолютне значення початкової оцінки CRIES слід використовувати лише як базову оцінку.

Таблиця 1.

### Шкала CRIES

Показник / Бали	0	1	2
Плач	Немає	Плаче, але дитину можна заспокоїти	Дитину не можна заспокоїти
Залежність від O <sub>2</sub>	Немає	<30%	>30%
Підвищені показники гемодинаміки	Нормальні ЧСС та АТ	ЧСС та АТ збільшені на 10-20%	ЧСС та АТ збільшені на >20%
Вираз обличчя	Нейтральний	Гримаса болю	Гримаса, скиглення
Безсоння	Немає	Часто прокидається	Не спить

### II. Шкала Neonatal Infant Pain Scale (NIPS)

Шкала болю у новонароджених Neonatal Infant Pain Scale (NIPS) — це 8-бальна шкала болю (від 0 до 7), яка ґрунтується на шести змінних, що можуть використовуватися як для доношених, так і для недоношених немовлят (див. табл.2). Оцінка від 3 до 4 вказує на біль від легкого до помірного, з яким можна впоратися немедикаментозним втручанням, тоді як 5 балів або більше вказує на сильний біль, який зазвичай вимагає фармакологічного лікування.

**Шкала NIPS**

Показник	Оцінка	Бали
Вираз обличчя	Нейтральний	0
	Гримаса	1
Плач	Немає	0
	Скиглить	1
	Гучний	2
Дихання	Звичайне	0
	Часте, напружене	1
Руки	Розслаблені	0
	Напружені, зігнуті	1
Ноги	Розслаблені	0
	Напружені, зігнуті	1
Збудження	Нормальний ритм сну та активності	0
	Безсоння	1

**III. Поведінкова шкала оцінки болю FLACC**

Шкала FLACC- це 11-бальна шкала болю (від 0 до 10), яка використовується для оцінки болю у дітей старше 1 року, які не можуть точно передати свій біль, але потребують його оцінки при невідкладних станах (див. табл.3). Подібно до інших шкал болю, суму балів слід розцінювати в динаміці для оцінки ефективності введених аналгетичних засобів. Мнемонік українською можна застосовувати в іншому порядку, а саме як ВАПНО (Втішність, Активність, Плач, Ноги, Обличчя).

Таблиця 3.

**Шкала FLACC**

Критерії	0 балів	1 бал	2 бали
Втішність	Задоволений, розслаблений	Заспокоюється дотиками, обіймами або відволікаючими розмовами	Важко втішити або заспокоїти
Активність	Лежить спокійно, положення звичайне, легко рухається	Звивається, пересувається вперед-назад, напружений	Вигинається, напружується або смикається
Плач	Немає	Стогне або скиглить; поодинокі скарги	Постійний плач, крики або ридання, часті скарги
Ноги	Нормальне положення або розслаблені	Неспокійний, напружені, згинає і розгинає ноги	Б'є ногами, або ноги підтягнуті
Обличчя	Нейтральне	Гримаси, хмурий, замкнений, незацікавлений	Тремтіння підборіддя, стиснуті щелепи

## Правила використання шкалою FLACC:

1. Якщо постраждалий не спить: спостерігати від 1 до 5 хвилин або довше. Оглянути розкриті ноги та тіло. Змінити положення пацієнта або спостерігати за його активністю. Оглянути тіло щодо напруженості і тонуусу. Почати заспокійливі втручання за потреби.

2. Якщо пацієнт спить: спостерігати впродовж 5 хвилин або довше. Оглянути розкриті ноги та тіло. За можливості, змінити положення пацієнта. Доторкнутися до тіла і спостерігати за напруженістю і тонусом.

## 1) Обличчя:

Оцінка 0, якщо у пацієнта розслаблене обличчя, підтримує зоровий контакт, проявляє інтерес до оточення.

Оцінка 1, якщо у пацієнта стурбований вираз обличчя, опущені брови, очі частково закриті, щоки підняті, губи підібрані.

Оцінка 2, якщо у пацієнта глибокі зморшки на лобі, закриті очі, відкритий рот, глибокі складки навколо носа та губ.

## 2) Ноги:

Оцінка 0, якщо м'язовий тонус і рух кінцівок нормальні.

Оцінка 1, якщо у пацієнта підвищений тонус, ригідність або напруження; якщо згинання або розгинання кінцівок переривчасте.

Оцінка 2, якщо у пацієнта гіпертонія м'язів, ноги напружено підтягнуті, спостерігається перебільшене згинання або розгинання кінцівок, тремор.

## 3) Активність:

Оцінка 0, якщо пацієнт рухається легко і вільно, нормальна активність або обмеження.

Оцінка 1, якщо пацієнт змінює положення, неохоче рухається, демонструє м'язовий дефанс, напружений тулуб, тиск на частину тіла.

Оцінка 2, якщо пацієнт перебуває у фіксованому положенні, гойдається; демонструє рух голови з боку в бік або розтирає частину тіла.

## 4) Плач:

Оцінка 0, якщо пацієнт не плаче і не стогне під час сну або коли прокинувся.

Оцінка 1, якщо пацієнт інколи стогне під час сну або коли прокинувся.

Оцінка 2, якщо пацієнт часто чи безперервно стогне, плаче, крекче.

## 5) Розрада:

Оцінка 0, якщо пацієнт спокійний і не потребує розради.

Оцінка 1, якщо пацієнт заспокоюється при дотиках або розмові впродовж від 30 секунд до 1 хвилини.

Оцінка 0, якщо пацієнт потребує постійної розради або не втішається.

Коли це доцільно, поведінкове вимірювання ступеню болю слід використовувати разом із самозвітом пацієнта. Коли самозвіт неможливий, інтерпретація больової поведінки та рішення щодо знеболювання потребують ретельного урахування контексту, в якому спостерігається больова поведінка.

Інтерпретація:

0 - пацієнт розслаблений і спокійний;

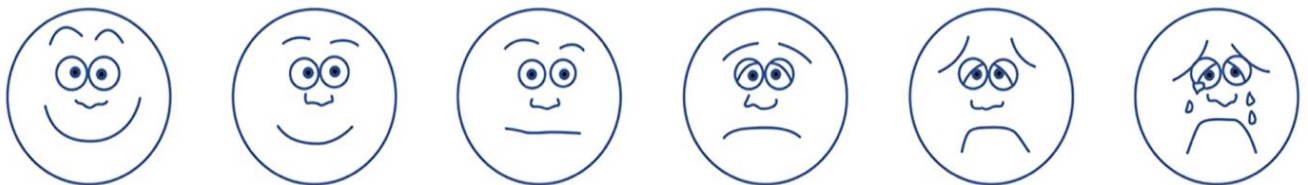
1-3 - легкий дискомфорт;

4-6 - помірний біль;

7-10 - сильний дискомфорт та/або біль.

#### IV. Шкала оцінки болю Wong-Baker FACES

Серед дітей старше 3 років можна застосовувати шкалу болю Wong-Baker FACES, яка використовує серію з 6 лиць, що віддзеркалюють інтенсивність болю (див. рис. 1).



Не болить	Трохи боляче	Болить трохи більше	Болить набагато більше	Болить безперервно	Болить нестерпно
-----------	--------------	---------------------	------------------------	--------------------	------------------

Рисунок 1. Шкала оцінки болю Wong-Baker FACES, Wong-Baker FACES Foundation (2015). <http://www.WongBakerFACES.org>

### V. Числова шкала оцінки

Числова шкала оцінки (ЧШО) може використовуватись в усній або письмовій формі. Не залежно від форми постраждалих просять оцінити інтенсивність болю за 11-бальною шкалою від 0 (відсутність болю) до 10 (найгірший біль, який можна собі уявити) (рис. 2). Помірний біль вважається при кількості балів 1–3, середній біль 4–7 та сильний біль > 7 балів.



Рисунок 2. Числова шкала оцінки болю.

### VI. Візуально-аналогова шкала болю

Багато дітей старшого віку (8 років і старше) можуть самостійно повідомити про біль за шкалою від 0 до 10 (рис.3). Оцінка болю серед дітей старшого шкільного віку з розвинутими мовними навичками є легшою для застосування, дозволяючи пряме вербальне спілкування за допомогою дескрипторів. Однак медичні фахівці повинні бути обережними з навідними запитаннями, оскільки багато дітей дошкільного віку відповідатимуть «так» на всі запитання і можуть бути легко піддані інструкції. Натомість підтвердьте з батьками/вихователями зміни в поведінці, які вони помітили (тобто кульгання, тримання за одне вухо, відсторонення від нормальної діяльності, недостатнє споживання води і їжі). Числові шкали оцінок прості у використанні і можуть бути усними (вербальна числова шкала оцінки) або письмовими (візуально-аналогова шкала).

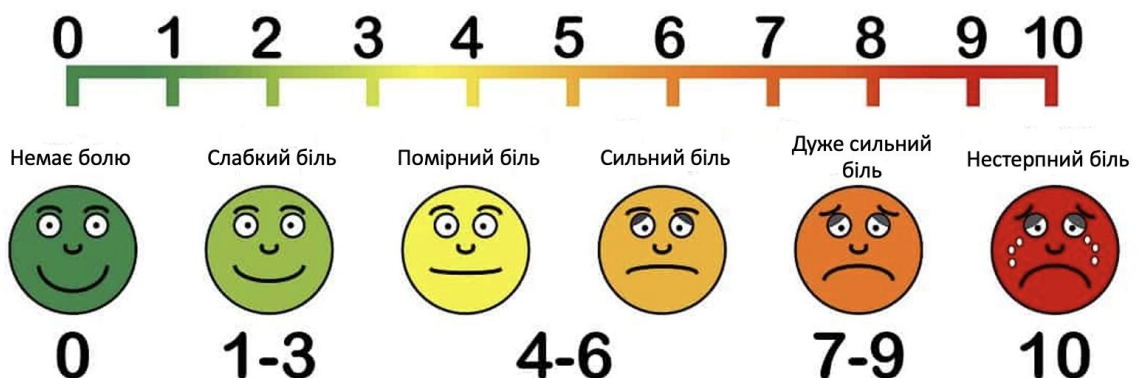


Рисунок 3. Візуально-аналогова шкала болю.

## VII. Шкала COMFORT

Шкала COMFORT – це поведінковий метод вимірювання дистресу у немовлят, дітей та підлітків, які є непритомними, або знаходяться на ШВЛ. Ця шкала має вісім показників: настороженість, спокій/збудження, реакція дихання, фізичні рухи, артеріальний тиск, частота серцевих скорочень, тонус м'язів, вираз обличчя. Кожен показник оцінюється від 1 до 5 балів на основі поведінки пацієнта. За дитиною необхідно спостерігати протягом години. Загальна оцінка може коливатися від 8 до 40. Оцінка від 17 до 26 зазвичай вказує на адекватну садацію та контроль болю.

Інтерпретація складових шкали COMFORT.

### 1. Збудження:

глибокий сон – 1 бал; поверхневий сон – 2 бали; сонливість – 3 бали; не спить, неспокійний – 4 бали; вкрай неспокійний – 5 балів.

### 2. Спокій / тривожність .

спокійний – 1 бал; невелика тривожність – 2 бали; тривожність – 3 бали; сильна тривожність – 4 бали; панічний стан – 5 балів.

### 3. Дихальні порушення (у дітей на ШВЛ).

немає кашлю і спонтанного дихання – 1 бал; спонтанне дихання, практично не реагує на вентиляцію – 2 бали; періодичний кашель або опір вентиляції – 3 бали; активно дихає проти вентилятора і / або регулярно кашляє – 4 бали; опір вентилятору, кашель або ядуха – 5 балів.

### 4. Плач.

дихання тихе, не плаче – 1 бал; скиглить або утруднене дихання – 2 бали; стогін – 3 бали; плач – 4 бали; крик – 5 балів.

### 5. Фізична рухливість.

немає рухів – 1 бал; періодично легкі рухи – 2 бали; часті невеликі рухи – 3 бали; активні рухи – 4 бали; енергійні рухи, включаючи тулуб і голову – 5 балів.

### 6. М'язовий тонус

м'язового тону не має – 1 бал; м'язовий тонус знижений – 2 бали; нормальний м'язовий тонус – 3 бали; підвищення тону м'язів, згинання пальців рук і ніг – 4 бали; виражена ригідність м'язів і згинання пальців рук і ніг – 5 балів.

### 7. Мімічний тонус.

лицьові м'язи повністю розслаблені – 1 бал; тонус м'язів обличчя нормальний, немає вираженого напруги – 2 бали; напруга деяких м'язів обличчя – 3 бали; виражене напруження всіх лицьових м'язів – 4 бали; м'язи обличчя спотворені гримасою – 5 балів.

### 8. Середній артеріальний тиск.

артеріальний тиск нижче вихідного рівня – 1 бал; артеріальний тиск постійно на вихідному рівні – 2 бали; рідкі підвищення тиску на 15% або більше від вихідного (1-3 протягом 2 хвилин спостереження) – 3 бали; часті підвищення тиску на 15% або більше від вихідного (> 3 протягом 2 хвилин спостереження) – 4 бали; стійке підвищення тиску на 15% або більше – 5 балів.

### 9. ЧСС.

частота серцевих скорочень нижче базового рівня – 1 бал; частота серцевих скорочень на вихідному рівні – 2 бали; рідкі підвищення ЧСС на 15% або більше від базової лінії (1-3 протягом 2 хвилин спостереження) – 3 бали; часті підвищення ЧСС на 15% або більше від базової лінії (> 3 протягом 2 хвилин спостереження) – 4 бали; стійке підвищення ЧСС на 15% або більше – 5 балів.

Оцінка: значення від 17 до 26 свідчать про адекватну садацію і знеболення.

### Шкала COMFORT-B

Шкалу COMFORT-B не можна застосовувати у дітей, яким вводять міорелаксанти, або у дітей з важкими неврологічними порушеннями. За дитиною слід спостерігати протягом 2

хвилин; шість поведінкових показників оцінюються як показано нижче (оцінюється респіраторна реакція чи плач, залежно від стану інтубації дитини).

Діти, яких оцінили на 11-22 бали, знаходяться в оптимальному діапазоні садації; діти, які набрали <10 балів, можуть мати надлишкову садацію (враховуйте відлучення від грудей); і діти, в яких > 23 балів, мають недостатню садацію.

### VIII. Шкала оцінки болю при наданні екстреної медичної допомоги.

Показники шкали та їх оцінка наведені в таблиці 4.

Таблиця 4.

#### Шкала оцінки болю при наданні екстреної медичної допомоги

Показник	Оцінка		Опис
Вираз обличчя	Розслаблене, нейтральне	0	Немає м'язового напруження
	Напружене	1	Насупленість, опущення брів, підтягування очниць і скорочення м'язу-підйомнику або будь-яка інша зміна (наприклад, відкривання очей або сльозотеча під час ноцицептивних процедур)
	Гримаса	2	Усі попередні рухи обличчя плюс щільно закриті повіки (пацієнт може бути з відкритим ротом або робити спроби кусати ендотрахеальну трубку)
Рухи тіла	Відсутність рухів або нормальне положення	0	Зовсім не рухається (не обов'язково означає відсутність болю) або нормальне положення (рухи, не спрямовані у напрямку місця болю або не робляться з метою захисту)
	Захист	1	Повільні, обережні рухи, торкання або розтирання місця болю, привернення уваги за допомогою рухів
	Неспокій / збудження	2	Виривання трубки, спроби сісти, активні рухи, ігнорування команд, напади на персонал, спроби підвестися з ліжка
Реагування на ШВЛ (заінтубовані пацієнти) або голосова комунікація (екстубовані пацієнти)	Толерує ШВЛ або рухи	0	Сигнали тривоги не активуються, вентиляція проходить легко
	Кашляє, але толерує ШВЛ	1	Кашляє, сигнали тривоги можуть активуватися, але мимовільно припинитися
	Не толерує апарат ШВЛ	2	Асинхронність; блокує вентиляцію, сигнали тривоги часто активуються
	Говорить в нормальному тоні або не подає звуків	0	Говорить в нормальному тоні або не подає звуків
	Зітхає, стогне	1	Зітхає, стогне
	Плаче, ридає	2	Плаче, ридає
М'язове напруження	Розслаблені	0	Немає опору пасивним рухам



Оцінка за допомогою пасивного згинання та розгинання верхніх кінцівок, коли пацієнт знаходиться в стані спокою, або оцінка пацієнта, коли його перевертають	Напружені, ригідні	1	Опір пасивним рухам
	Дуже напружені чи ригідні	2	Сильний опір пасивним рухам або нездатність їх завершити
	Всього	/8	

Правила користуватися шкалою оцінки болю при наданні екстреної медичної допомоги:

1. Для отримання початкової значення, за пацієнтом слід спостерігати в стані спокою протягом 1 хвилини.

2. Потім пацієнта слід спостерігати під час ноцицептивних процедур, відомих як болісні (наприклад, перевертання, догляд за ранами) з метою оцінки змін в поведінці внаслідок больових подразників.

3. Біль у пацієнта слід оцінювати до пікового ефекту і під час пікової дії знеболюючого засобу, щоб визначити, було знеболення ефективним чи ні.

4. Рекомендовано впродовж часу оцінювання інтенсивності болю слід давати найвищий бал, що спостерігається за кожним пунктом.

5. М'язове напруження слід оцінювати останнім, особливо коли пацієнт знаходиться в спокої, оскільки стимуляція дотику (при виконанні пасивного згинання та розгинання руки) сама по собі може призвести до зміни поведінкової реакції.