

## ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К БОЛЕВЫМ СИНДРОМАМ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ

*Н.Б.Кузнецова, Р.А.Михалюк*

Белорусская медицинская академия последипломного образования

Боль – самая частая причина обращения пациентов за медицинской помощью. Так, по данным ВОЗ, болевые синдромы составляют не менее 40% причин обращений в системе первичной медицинской помощи [3, 8, 9].

Боль является одним из наиболее частых проявлений заболеваний у людей пожилого и старческого возраста. Жалобы на боли отмечаются у 25% – 50% проживающих дома пожилых людей и у 45-80% проживающих в учреждениях, предоставляющих им длительный уход [1, 4, 7, 9, 21, 23].

По некоторым данным, до 75% пожилых пациентов, страдающих хроническими болевыми синдромами, предпочитают не обращаться к врачу [10, 17, 20, 22]. Таким образом, нередко, боль у пожилых пациентов зачастую недооценивается, до конца не диагностируется и не лечится.

В соответствии с патогенетической классификацией выделяют три основные категории боли: ноцицептивная, нейропатическая, психогенная. Для пожилых пациентов характерны все варианты боли, однако в ряде случаев у больного может быть боль всех патогенетических типов, и тогда эффективное лечение может быть только в результате комплексной терапии. Именно патогенез боли определяет спектр медикаментозных и немедикаментозных методов лечения, способ введения препарата, режим и длительность терапии.

В гериатрической практике весьма актуальной проблемой является хроническая боль. Хроническая боль (ХБ) – это боль, продолжающаяся длительный период времени. По определению Международной ассоциации по изучению боли, ХБ – это «боль, которая продолжается сверх нормального периода заживления» и длится более трех месяцев [5, 7, 14, 16, 19].

Чаще всего ХБ у лиц пожилого возраста ассоциирована с дегенеративными поражениями позвоночника, головными болями, артритами, ночными болями в ногах, болями при ходьбе; также ими страдают 80% онкологических больных пожилого возраста [8, 9]. Реже причиной ХБ может являться вторичная невралгия, возникающая при таких заболеваниях, как сахарный диабет, опоясывающий герпес, периферические сосудистые заболевания и травмы, в том числе, после хирургического вмешательства, ампутаций и прочих поражений нервов [4, 11, 22].

Правильная оценка характера боли у пожилых пациентов является чрезвычайно важной, поскольку неверная ее интерпретация и, следовательно, неадекватная терапия могут приводить к ряду неблагоприятных исходов, в частности, к функциональным нарушениям, падениям, медленной реабилитации, изменениям настроения (развитие депрессии и тревоги), снижению социализации, нарушениям сна и аппетита и затрате дополнительных ресурсов [2, 17, 18].

Следует помнить, что у пожилых пациентов имеют место некоторые особенности диагностирования боли, обусловленные наличием когнитивных и депрессивных расстройств, снижением зрения и слуха, а также существованием психологических и социальных проблем (выход на пенсию, потеря поддержки членов семьи и друзей, утрата близких, потеря финансовой и социальной независимости и пр.). Иногда может иметь место ложное убеждение, что боль является неизбежной частью старения [1, 13, 16]. Эти факторы составляют дополнительные трудности и могут влиять как на субъективное переживание боли, так и на результаты лечения [15, 21].

Оптимальная терапия болевого синдрома у пожилых требует учета особенностей организма, обусловленных старением и, соответственно, соблюдения некоторых принципов лечения [9, 10, 11]:

- у больных старших возрастных групп клинические проявления хронической боли, как правило, сложны и многообразны;
- оценку боли нередко значительно осложняют сопутствующие заболевания и множество других проблем;
- лица пожилого возраста не всегда сообщают о наличии боли;
- у пациентов старших возрастных групп возможны изменения фармакокинетики и фармакодинамики препаратов, поэтому они могут обладать другой эффективностью, переносимостью и токсичностью;
- замедление всасывания медикаментов, нарушения метаболизма и процессов элиминации у пожилых нередко вызывают проблемы, связанные с избыточной седацией, дезориентацией, запорами и задержкой мочи;
- у пациентов пожилого и старческого возраста при приеме медикаментов значительно повышается риск развития побочных эффектов и осложнений;
- психологические изменения при старении оказывают влияние на лечение хронической боли у пожилых
- идентификация причины боли необходима для выбора наилучшего средства терапии;
- осторожный подход поможет уменьшить риск развития побочных эффектов и осложнений, а также избежать чрезмерной седации;
- пациентам старшей возрастной группы лекарственные средства следует назначать в малой дозировке, с постепенным ее увеличением, учитывая степень избавления от боли и риск развития побочных эффектов;
- необходимо назначать прием препаратов наименее инвазивными способами;
- более предпочтительным у пожилых является пероральный способ из-за его наибольшего удобства и относительно стабильных концентраций препарата, проникающих в кровь.

Оптимальным подходом к лечению болевых синдромов в пожилом и старческом возрасте является комплекс, включающий медикаментозную терапию, сочетающуюся с физическими и психологическими методами [1, 12].

Для лечения ХБ у лиц старших возрастных групп эксперты Американского гериатрического сообщества (AGS), Американской Ассоциации медицинских директоров (AMDA), а также международной ассоциации по изучению боли (IASP) рекомендуют использовать препараты различных фармакологических групп. В настоящее время в лечении болевого синдрома наиболее часто используются парацетамол, нестероидные противовоспалительные средства, антидепрессанты, антиконвульсанты, трамадол, опиоидные анальгетики [8, 9, 10, 11].

Выбор препарата для анальгетической терапии в значительной степени определяется типом болевого синдрома. Так, при ноцицептивной боли чаще всего назначаются препараты парацетамола, нестероидные противовоспалительные препараты, трамадол. При нейропатическом болевом синдроме наиболее эффективными являются антидепрессанты и антиконвульсанты.

Не меньшее значение при подборе препарата имеет учет анамнеза больного, наличия сопутствующей патологии, а также индивидуальной переносимости. Так, у пациентов с гастропатиями использование нестероидных противовоспалительных препаратов может привести к гастроинтестинальным осложнениям; нефротоксичность, гипертензия и отеки также являются побочными эффектами этих препаратов; селективные ингибиторы ЦОГ-2 могут приводить к повышению риска кардиоваскулярных эпизодов. У больных с нарушенной функцией печени применение парацетамола сопряжено с риском печеночной недостаточности.

Данные препараты могут применяться, в зависимости от конкретной клинической ситуации, отдельно или, что бывает чаще, сочетано, а иногда и последовательно, однако не следует игнорировать комплексную терапию. Полезным является вовлечение пациентов в активизацию дозированной двигательной нагрузки под наблюдением специалиста в форме лечебной гимнастики, прогулок на свежем воздухе. Дополнительной формой лечения может стать акупунктура, водные процедуры, физиотерапевтическое лечение (лазеротерапия, ультразвуковая терапия, инфракрасное облучение и пр.) [7, 9]. Очень важное место в терапевтическом комплексе занимают психологические аспекты понимания и обучения пациентов адекватному реагированию на болевой синдром. Это может быть индивидуальная или групповая психотерапия, аутогенная тренировка.

Таким образом, лечение болевого синдрома является одной из наиболее сложных проблем гериатрии. Как известно, эффективность лечения боли в значительной степени зависит от правильности определения ее источника, характера и интенсивности. Именно оценка этих составляющих у пациентов пожилого и старческого возраста часто затруднены.

Полиморбидность пожилых нередко ведет к трансформации картины клинических проявлений болевого синдрома, чему в значительной степени также способствуют депрессия, тревога, диссомнические расстройства, а также когнитивные нарушения, часто встречающиеся у пожилых.

Поэтому применение стандартных схем лечения болевых синдромов для пациентов пожилого и старческого возраста должно быть более гибким с учетом особенностей их фармакокинетики и фармакодинамики, а также сопутствующей патологии. А понимание необходимости заботливого и внимательного отношения к пациенту с использованием комплексного лечения должно стать основным критерием работы с людьми пожилого и старческого возраста.

### Литература

1. Алексеев, В.В. Боль в пожилом возрасте / В.В.Алексеев // *Consilium Medicum*. – 2006. – № 12. – С. 86-94.
2. Вознесенская, Т.Г. Депрессия в неврологической практике и ее лечение / Т.Г.Вознесенская // *Неврол. журн.* – 2006. – № 6. – С.4-11.
3. Воронко, Е.А. Острая и хроническая боль. Диагностика, тактика, лечение в системе первичной медицинской помощи: учеб.-метод. Пособие/ Е.А.Воронко. – Минск: БелМАПО, 2010. – 66 с.
4. Данилов, А.Б., Давыдов О.С. Нейропатическая боль / А.Б.Данилов, О.С.Давыдов. – М.: Изд-во Боргес, 2007. – С.32-55.
5. Дюкова, Г.М. Хронические болевые синдромы в общей практике: проблемы диагностики и лечения / Г.М.Дюкова // *Consilium Medicum*, 2009. – № 9. – С. 18-25.
6. Кадыков, А.С. Реабилитация неврологических больных/ А.С.Кадыков, Л.А.Черникова, Н.В.Шахпаронова. – М: МЕДпресс-информ, 2009. – 560 с.
7. Прощаев, К.И., Избранные лекции по гериатрии / К.И.Прощаев, А.Н.Ильницкий, С.С.Коновалов / под ред. В.Х. Хавинсона. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. – 778 с.
8. Abstracts of the Second International Congress on Neuropathic Pain (NeuPSIG). June 7-10, 2007, Berlin, Germany // *Eur. J.Pain.* – 2007. – Vol. 11. – 209 p.
9. American Geriatrics Society Panel on the Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons. Pharmacological Management of Persistent Pain in Older Persons // *J.Am. Geriatr. Soc.* – 2009. – Vol. 57. – P.1331-1346.
10. American Medical Directors Association. Chronic Pain Management in the Long Term Care Setting. Columbia. – Madrid: AMDA, 1999.
11. American Pain Society. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain, 6th Ed. Glenview: American Pain Society, 2008. – 101 p.
12. Attal, N. EFNS guidelines on the pharmacological treatment of neuropathic pain: 2009 revision.// *Eur. J.Neurol.* – 2010 [Epub ahead of print].
13. Buffum, M.D. Cognitive impairment and pain management: Review of issues and challenges / M.D.Buffum [et al.] // *J.Rehabil. Res. Dev.* – 2007. – V. 44. – P. 315-330.
14. Classification of chronic pain: descriptions of chronic pain and syndromes of definition of terms / Eds. H.Merskey, N.Bogduk. – Seattle: IASP Prerss, 1994.
15. Collins, S.L. Antidepressants and anticonvulsants for diabetic neuropathy and postherpetic neuralgia: a quantitative systematic review / S.L.Collins [et al.] // *J.Pain Symptom Manage.* – 2000. – Vol. 20. P. 449-58.
16. Donald, I.P. A longitudinal study of joint pain in older people / I.P.Donald, C.A.Foy // *Rheumatology (Oxford).* – 2004. – Vol. 43. – P. 1256-1260.
17. Ferrell, B.A. Pain in cognitively impaired nursing home patients / B.A.Ferrell, B.R. Ferrell, L.Rivera // *J.Pain Symptom Manage.* – 1995. – Vol. 10. – P. 591-598.
18. Gibson, S.J. A review of age differences in the neurophysiology of nociception and perceptual experience of pain / S.J.Gibson, M.Farrell // *Clin. J. Pain.* – 2004. – Vol. 20. – P. 227-239.

19. Gloth, F.M. Pain management in older adults: prevention and treatment / F.M.Gloth // J. Am. Geriatr. Soc. – 2001. Vol. 49. – P. 188-199.
20. Helm, R.D. The epidemiology of pain in elderly people / R.D.Helm, S.J.Gibson // Clin. Geriatr. Med. – 2001. – Vol. 17. – P. 417-431.
21. Management of chronic pain in adults. Best practice statement – Scotland: NHS Quality Improvement, 2006.
22. Stanos, S. Multidisciplinary and interdisciplinary management of chronic pain / S.Stanos, T.T.Houle // Phys. Med. Rehabil. Clin. North. Am. – 2006. – Vol. 17. – P. 435-450.
23. Unutzer, J. Pharmacotherapy of pain in depressed older adults / J.Unutzer [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. – 2004. – Vol. 52, № 11. – P. 1918-1922.