

ЛЕЧЕНИЕ БОЛИ У ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

М.А. Бялик

Palliative Care Initiative, Inc, США

E-mail: marina.bialik@gmail.com

Перечислены наиболее часто встречающиеся заболевания людей пожилого возраста, сопровождающиеся острой и хронической болью. Предложены варианты нефармакологического контроля снижения боли.

Ключевые слова: *пожилой больной, боль, оценка боли, шкала боли, контроль снижения боли.*

Лечение боли у представителей отдельных возрастных, в частности у пожилых людей, групп может сопровождаться особыми сложностями. Для выделения этой группы есть несколько оснований и в первую очередь – часто развивающаяся в старческом возрасте деменция, не позволяющая пациентам адекватно описать свою боль, отвечать за своевременный прием лекарств, принимать решения по поводу желательного направления лечения, например о выборе между агрессивным лечением и паллиативной помощью и др. У пожилых людей к тому же накапливаются заболевания, при которых необходим прием большого количества лекарств, взаимодействующих между собой сложным, не всегда достаточно изученным, образом. Кроме того, у таких больных изменяется обмен веществ, что отражается на метаболизме лекарств, могут быть больше выражены некоторые побочные реакции на обезболивающие. Например, из-за физиологической склонности к запорам сильные обезболивающие (опиоиды) могут усилить спутанность сознания или увеличить риск падений, которые тоже часто значительно ухудшают качество жизни.

Боль, которая непосредственно связана с повреждением тканей, бывает воспалительной (например, результат травмы), невоспалительной (например, остеопороз) и смешанной. Различают острую и хроническую боль. Острая боль поддается лечению и по определению когда-то прекращается. Хроническая боль – совсем иное дело. Ее длительность больше ожидаемого времени исцеления ее причины, и она может приносить очень большие страдания. Правильно леченная острая боль не переходит в хроническую, которая может способствовать развитию депрессии, повышенной тревожности. Ее результатами могут быть плохой сон, нарушение социальных связей, сексуальная дисфункция, личные и финансовые потери и т.д. Синдром хронической боли – это хроническая боль плюс депрессия.

При хронической боли встает проблема определения приоритетов в ее лечении. Ими могут быть обеспечение комфорта или повышение способности к активной жизни, взаимодействию с окружающими, улучшение сна, снижение выраженности таких связанных с болью нарушений настроения, как тревожность, депрессия. Из приоритетов вытекает выбор компромиссного лечения, которое наилучшим для этого пациента образом уравнивает пользу и возможные побочные действия лекарств. При этом учитывают не только выраженность боли, но и то, как она сказывается на качестве жизни.

Лечение боли у пожилых, если она снижает качество жизни или ухудшает возможности их функционирования, может сочетать лекарственные и нелекарственные подходы. Например, если у такого больного ампутирована одна нога из-за диабета и он все равно не ходит, а артритная боль в другой ноге при определенном фиксированном положении не очень его беспокоит, возможно, целесообразнее приспособить его жизнь к такому фиксированному положению, чем давать обезболивающие, которые приведут к запорам и таким образом снизят качество жизни. В этом контексте важно учитывать, что хотя деменция чаще всего рассматривается как болезнь, снижающая умственные способности, поражающая память, но в действительности это соматическое заболевание – прогрессирующее, терминальное, которое не только поражает мозг, но и сказывается на состоянии всего организма. Например, пациент с деменцией и начальной стадией онкологического заболевания имеет прогноз, соответствующий прогнозу у пациента без деменции с конечной стадией болезни. Если данное обстоятельство не учитывать, можно выбрать агрессивное лечение, что драматическим образом скажется на качестве жизни.

Это хорошо видно на примере контроля боли. При агрессивном лечении контроль боли не является приоритетной задачей. Если же исходить из того, что пожилой возраст в сочетании с деменцией значительно ухудшает прогноз, приходится признать, что выбор тяжелого агрессивного лечения не во всех случаях оправдан. Такое лечение из-за сопутствующих факторов не может значительно увеличить продолжительность жизни, но, возможно, наполнит ее остаток большим страданием, чем это было бы в отсутствии такого вы-

бора. Кроме того, агрессивное лечение приводит к нарастанию и других симптомов, косвенно связанных с болью, типа спутанности сознания, патологической тревоги, состояния беспричинного страха, чувства мучительного беспокойства.

Пожилые люди страдают от боли больше, чем люди других возрастных групп. Это происходит не только в случаях, когда пациент не получает адекватного лечения боли, так как из-за деменции или бессознательного состояния не может пожаловаться, не может охарактеризовать свою боль, но и из-за присоединения других процессов. Бессонница, например, усугубляет ощущение боли, а боль разрушает сон, т.е. возникает замкнутый круг. Усиливать боль может и малоподвижный образ жизни, способствующий одревенелости мышц, усилению тугоподвижности суставов, усугублению остеопороза. У пожилых людей суммируются мышечно-скелетная боль, запоры, инфекции, нейропатия периферических нервов, эмоциональные проблемы, большие и малые травмы и др.

Еще одна проблема – отношение медицинских работников к контролю боли. Исследования показали, что жалобы на боли у женщин, например, нередко объясняют их истеричностью и другими психологическими проблемами. Тем больше оснований недооценивать боль человека, который не предъявляет прямых жалоб.

Людям, ухаживающим за страдающим от боли человеком, полезно помнить, что мы всегда воспринимаем боль субъективно, и потому нужно отделять свое собственное восприятие от того, что переживает наш подопечный. А это особенно сложно, когда мы помогаем пациенту с деменцией. Близкие, знающие больного годы и готовые преданно ухаживать за ним день за днем, могут заблаговременно подготовиться к такому сложному периоду, что невозможно для медицинских работников, которые время от времени видят пациента. Надо стараться понять, как пациент обычно ведет себя, чувствуя боль, как невербально выражает свое страдание, каким образом пытается хоть немного ее облегчить (молитвой, постоянными движениями, любимой музыкой и т.д.). Наблюдение за поведением человека, который не может рассказать о своих симптомах или умышленно скрывает их, заботясь о чувствах своих близких, может быть очень полезным, так как оно позволяет организовать как можно более адекватную помощь. Лечение должно быть систематическим, особого внимания требуют изменения в поведении больного.

По поведению человека, который не может выразить свои проблемы словами, можно понять, что с ним что-то не так (например, ему больно, холодно, положение тела неудобное). Изменение поведения после целенаправленного вмешательства указывает на правильность оценки. Могут быть полезны изменение положения тела, гигиенические процедуры,

потение. Если такие простые вмешательства не улучшают поведения, требуется более основательный анализ причин дискомфорта и(или) беспокойства. Сначала надо оценить физические потребности, поскольку при подавлении эмоциональных нарушений приемом психотропных препаратов, поведенческие проявления дискомфорта могут быть устранены, и тогда физические потребности будут не замечены.

Если пациент очень страдает от боли, усилия всех, кто ему помогает, сосредоточены на том, чтобы контролировать эту боль. Но при этом бывает, что страдания пациента продолжают. Определение физических источников страдания может включать в себя поиск в истории болезни заболеваний, которые, возможно, являются причиной боли. Этой причиной могут быть изменения лекарственной терапии или плана лечения. Возможно, необходимы оценка работы всех систем организма, анализ вероятных источников дискомфорта, например инфекций (мочевыводящих путей, воспаление легких).

Важно наблюдать изменения поведения в динамике (через 24 и 48 ч) и подробно документировать их, обращать внимание на выражение лица, колебания настроения, жесты, изменения голоса, на то, сколько нужно времени для того, чтобы восстановилось обычное для больного поведение. Одышка является тяжелым (как для пациента, так и для наблюдающих) симптомом, также связанным с эмоциональным состоянием.

Необходимо оценить не только физическое состояние больного, но и его потребности, связанные с окружающей обстановкой, в том числе – и эмоциональные, включая отношения с близкими людьми. Важно оценить потребности не только пациента, но и тех, кто за ним ухаживает. К факторам окружающей среды, вызывающим стресс, относятся зрительные, звуковые, обонятельные, тактильные и температурные раздражители, причем восприятие пожилым человеком этих раздражителей со временем очень изменяется (это – часть процесса старения). У пациента с деменцией снижен порог устойчивости к стрессу такого типа из-за неспособности его мозга к обработке поступающей информации. Что можно здесь изменить? Тревоги и страхи могут быть следствием несбалансированности сенсорных раздражителей и деятельности, успокоительно действующей на сенсорное восприятие. Поэтому режим ежедневной активности должен предусматривать активные и успокаивающие занятия, которые не должны продолжаться дольше 1,5 ч. Особое значение для снижения темпов развития деменции и ее влияния на состояние пациента имеет наполненное смыслом общение, причем оно может быть не только вербальным, но и выражаться, например, в прикосновениях. Есть данные, что люди, находящиеся даже в бессознательном состоянии, в коме, слышат, когда с ними разговаривают, запоми-

нают это. Исходя из этого, можно предположить, что есть смысл разговаривать и с больными даже с глубокой деменцией, которые, кажется, ничего не воспринимают. Общение один на один хотя бы по 10–20 мин дважды в день необходимо такому пациенту. Полезной может быть и музыка, но не телевизор.

Музыкотерапия относится к нефармакологическим методам контроля боли наряду с массажем, акупунктурой, ароматерапией, арт-терапией и др. Воздействие этих средств не всегда можно предсказать и невозможно стандартизировать. Однако они, безусловно, обладают успокаивающим потенциалом, помогают чувствовать себя лучше. Страдающий от боли пациент с деменцией ощущает тон, ритм беседы, дыхание того, кто говорит с ним, прикасается к нему, изменяет положение его тела и т.д. Это в состоянии делать не только близкие пациента, но очень желательно, чтобы именно они это делали.

Исследование Williams и соавт. (цит. по [1]), проведенное в 2005 г. в домах престарелых штата New Hampshire, показало, что 76% пациентов испытывают боль, у 42% она сочетается с депрессией. При этом в 25% случаев не было дано профессиональной оценки боли; у 60% эта оценка не была стандартизирована, а в 19% случаев больные не получали никакого обезболивания. Недолеченная боль особенно характерна для пациентов, которые из-за деменции не могут на нее пожаловаться. Реально оценить ее уровень у таких пациентов сложно, хотя совокупность соматических заболеваний дает все основания предполагать выраженные боли; сложно оценить в таких случаях и эффективность лечения. Эта же проблема была показана Morrison и соавт., 2000 (цит. по [1]) на примере отделения, в которое госпитализировали больных с переломами шейки бедра. Те из них, у кого была выраженная деменция, получали только 1/3 дозы морфина по сравнению с таковой у остальных, 76% этих больных не получали обезболивающих на регулярной основе (поскольку обычно об этом надо специально просить, а такие больные делать это не в состоянии). Недолеченная боль негативно влияет на пожилого пациента, поскольку значительно ухудшает качество его жизни. Это влияет на всю систему здравоохранения, потому что увеличивает ее стоимость, причем это влияние – как прямое, так и опосредованное, поскольку усугубляются медицинские, психологические и социальные проблемы: нарушается сон, больные недоедают, развиваются депрессия, нервозность, еще больше ухудшается сознание, снижается физическая, социальная активность, возможность хорошо проводить время, повышается опасность падений. Пациенты с переломом шейки бедра, страдающие от недолеченной боли, в 9 раз чаще страдают и от бредовых состояний; при этом не показано связи между приемом опиоидов и развитием бреда.

Одна из причин такого положения – недостаточная подготовка профессионалов разных профилей в области особенностей контроля боли у пожилых и вызванные этим опасения. Кроме страхов, всегда связанных с приемом наркотиков, возникают новые из-за множества самых разных препаратов, которые принимают пожилые, и недостаточности знаний о их фармакинетике. Однако все-таки основное препятствие к правильному лечению боли – ее неадекватная оценка. Поскольку боль – очень личное, уникальное переживание, то целью, как правило, является получение личной оценки боли, а золотым стандартом считается самоотчет пациента. Если же пациент на него не способен, помочь особенно сложно.

Элементы оценки боли, которые входят в самоотчет:

- интенсивность;
- распределение во времени (постоянная, спонтанная, больше по утрам или ночью и т.д.);
- факторы, имеющие отношение к боли;
- локализация;
- влияние, которое боль оказывает на всю жизнь пациента;
- характер боли;
- факторы, облегчающие боль.

Никакие шкалы, оценивающие сохранность интеллекта, не могут характеризовать способность пациента дать самоотчет о боли. Следует учитывать, что пациенты с деменцией часто занижают уровень боли. В связи с ухудшением памяти целесообразно спрашивать их о текущей, а не прошлой боли и регулярно повторять оценку, чтобы проследить динамику. Полезно «поиграть» со шкалой, чтобы оценить, насколько человек понимает логическую концепцию. Например, такие пациенты, как правило, лучше понимают вертикально расположенную цифровую шкалу, чем горизонтальную, при этом большинство предпочитают описательную шкалу (наиболее сильная боль, какую только можно себе представить – очень сильная боль – сильная боль – умеренная боль – незначительная боль – очень небольшая боль – отсутствие боли). Хорошо еще добавить образы (например, термометр), которые помогают в связи с утратой пожилым человеком способности к абстрактному мышлению и в связи с тем, что такой пациент может не помнить свое более раннее переживание, вызванное болью. Другая шкала – с лицами (мимика дает представление о боли). Многие исследования показывают, что пожилые могут использовать шкалы боли, если им дать на это достаточно времени и все разъяснить. При использовании шкал даже у больных, страдающих деменцией, выявляется больше случаев страдания от боли, чем при простом вопросе: есть, нет. Иногда шкалы с лицами используются неправильно: медсестра смотрит на больного и шкалу, сравнивает выражение и отмечает степень боли.

Попробовать разные шкалы полезно, так как пациенты – разные. Но необходимо использовать с одним пациентом всегда одну и ту же шкалу, чтобы надежнее сравнивать результаты.

Но что делать с людьми, которые не говорят? Как распознать боль? Есть суррогатные методы, основанные на описании поведения, но они не стандартизированы и противоречивы, поэтому и оценка боли по поведению затруднена. В результате распространены некоторые ошибочные представления о боли у пациентов, не способных на нее пожаловаться, например: у таких пациентов боль встречается не столь часто; они испытывают меньше боли; если не жалуется, значит не страдают; их боль невозможно оценить.

У пожилых пациентов выше порог болевой чувствительности (т.е. у них боль к моменту ее осознания сильнее), но снижена переносимость боли. Таким образом, у них боль в меньшей степени выполняет сторожевую, охранную функцию, поскольку она распознается позже и приносит большие страдания.

Исследования последних лет показывают, что у пациентов с деменцией не изменены механизмы формирования боли, но страдают механизмы ее распознавания, интерпретации, изменено поведение, отражающее боль. Так, у таких больных может не быть фиксации конечности или почесываний, других характерных движений, избегания определенных поз, что обычно настораживает в отношении боли, однако возможны агрессия, нервозность или сопротивление уходу. Может быть, указанные изменения связаны с тем, как мозг интерпретирует сигнал, не имея возможности понять его источник и значение, как это происходит у нас.

В результате особенностей функционирования центральной нервной системы анальгетики менее эффективны у больных с деменцией. Это связано с отсутствием механизма, по которому работает плацебо. За плацебо-эффектом стоят физиологические механизмы, вносящие свой вклад в общий процесс обезболивания, но они не работают у пациентов, которые не надеются на помощь.

Некоторые физиологические признаки (изменение давления, учащение пульса, учащение дыхания, потение) указывают на наличие боли. Но это – признаки острой боли; как правило, при хронической боли они не так выражены, их выраженность меньше и при острой боли у пациентов с деменцией.

Нет какого-то одного фактора, достаточного для оценки боли. К. Негг и соавт. [2] предложили иерархию значимости разных подходов к оценке боли:

- Самоотчет пациента (можно использовать шкалы, вопросы да/нет, кивание).
- Оценка потенциальной боли на основе того, что известно об основном и сопутствующих заболеваниях, с учетом разной реакции на

острую и хроническую боль, а также того, какие болезненные процедуры и обследования проводятся.

- Поведение, ассоциируемое с болью (эти наблюдения должны быть проведены как в покое, так и при движении). Такие признаки, как двигательное беспокойство, осторожность (прихрамывание, застывание в некоторых позах, ограничение движений), нервозность в движениях, усиление раскачиваний. Кроме признаков, связанных с движением, можно отметить произнесение звуков и выражение лица. Очевидно значение стонов, стонания, гримас, дрожания; менее очевидные признаки боли – ворчание, пение, вскрикивание, шумное дыхание, просьба о помощи, брань, крики, нахмуривание, частое моргание, печальное, испуганное, перекошенное лицо. Особого внимания заслуживают пассивное перемещение при гигиенических процедурах, включая купание. Но судить по поведению о выраженности боли почти невозможно.
- Суррогатные отчеты и наблюдение за изменением поведения (изменение привычного поведения, связанного со сном, едой, взаимоотношениями с окружающими). Интерпретация изменений в поведении требует большой осторожности. При одном и том же умеренном уровне боли один пациент может стать очень нервным, агрессивным, воинственным, другой же, напротив, тихим, отстраненным, и мы можем ошибочно посчитать, что у первого очень сильная боль, а у второго ничего не болит.
- Реакция на обезболивание; если поведение после приема лекарства меняется, нормализуется, можно заключить, что это – результат эффективного контроля боли и принять как косвенное свидетельство того, что пациент страдает.

Основные причины боли, характерные для пожилых:

- онкологические заболевания;
- остеохандроз;
- остеоартриты разных суставов;
- остеопороз;
- остаточные явления после старых переломов;
- ревматоидный артрит;
- ревматоидная полимиалгия;
- подагра;
- периферическая нейропатия;
- неврологическая боль вследствие инсульта;
- диабет;
- невралгия тройничного нерва;
- заболевания коронарных сосудов;
- заболевания периферических сосудов;
- трофические нейтропатии.

Нетипичные формы проявления боли через поведение

1. Изменения во взаимоотношениях с окружающими:

- больной становится агрессивным/воинственным;
- сопротивляется уходу;
- уменьшает контакты с окружающими;
- поведение становится социально неприемлемым;
- поведение становится разрушительным; возможна агрессия, обращенная на себя;
- пациент становится замкнутым.

2. Изменение рутинных привычек:

- неожиданный отказ от многолетних привычек;
- увеличение времени на бессмысленное блуждание;
- нарушения сна;
- увеличение продолжительности отдыха;
- отказ от еды и другие изменения аппетита.

3. Изменения сознания:

- раздражимость, стресс;
- усиление спутанности сознания;
- беспокойство;
- склонность к слезам.

Любые изменения являются потенциальными показателями боли, но могут быть и результатом иных проблем. Поэтому необходимо объединить всю возможную информацию, как в детективе, чтобы понять ее истинную природу. Определить наличие боли вполне возможно, гораздо сложнее оценить, насколько она сильна.

Ряд исследований посвящены тому, как выяснить, боль ли является причиной деструктивного поведения пациента с деменцией. Показано, что при адекватных дозах обезболивающих удается смягчить деструктивное поведение самых пожилых из пациентов и в меньшей степени это удается у более молодых. Если лечение боли не приводит к смягчению нарушений поведения, есть основания считать, что не боль явилась их причиной, а надо лечить другие потенциальные проблемы, например депрессию.

Данных об эффективности нелекарственных подходов к контролю боли у пожилых пациентов с деменцией недостаточно. И все-таки можно попробовать некоторые из следующих средств.

Физические методы:

- упражнения, пассивная и активная гимнастика;
- тепло или холод;
- массаж;
- вибрационное воздействие;
- выбор наиболее удобной позы;
- вихревые ванны;

- иглокальвание;
- растирания.

Психологические методы:

- беседы;
- релаксация;
- молитвы и другие формы медитации;
- глубокое дыхание;
- отвлечение;
- юмор;
- занятия в группе поддержки;
- обсуждение проблемы со священником.

Следующий шаг – правильное ведение документации и предоставление информации, доступной на разных стадиях лечения и понятной специалистам разных профилей и членам семьи. В частности, при госпитализации больного его медсестра должна знать, на что обращать внимание, оказывая помощь. Например, если пациент при усилении боли начинает кусаться и старается ударить того, кто ему помогает, полезно, чтобы этот человек знал, как понимать такое поведение, в каком направлении помогать. Разработано много способов интерпретации поведения с точки зрения оценки боли. Они полезны при сильных и очень сильных болях, при слабых и болях средней тяжести менее достоверны. Наиболее значимые наблюдения: за изменением поведения в ответ на воздействия, усилия по лечению боли.

При заботе о пожилых больных с разной степенью деменции и уходе за больными из других групп, которые не могут пожаловаться на боль, важно быть бдительным, т.е. постоянно следить за признаками боли; по-возможности выявлять ее причины, регулярно оценивать выраженность боли с использованием одного и того же инструментария; учитывать специфические для пожилых рекомендации при подборе лекарственной терапии. Такие больные не могут постоять за себя, поэтому особенно уязвимы и зависят от тех, кто за ними ухаживает.

Литература

1. Heer K. Challenges and Solutions for Quality Pain Care in Cognitively Impaired Elders, Assessment and Treatment of Pain in Cognitively Impaired Older Adults, The Schervier Center for Research in Geriatric Care Presents.

2. Herr K. et al. Assessment of pain in nonverbal patients. – Pain Mgmt Nurs, 2006.

PAIN MANAGEMENT IN THE ELDERLY

M.A. Byalik

Palliative Care Initiative, Inc, USA

The paper lists the most common diseases in the elderly, which are accompanied by acute and chronic pain. It proposes nonpharmacological pain relief approaches.

Key words: elderly patient, pain, pain rating, pain scale, pain relief monitoring.