

ПОДХОД К ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ

А.Н. Кривцунов

Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва

E-mail: a-ilynitski@yandex.by

Статья посвящена особенностям купирования пациентов пожилого и старческого возраста с хроническим болевым синдромом, которое должно быть основано на тщательной объективной и всесторонней оценке общего состояния пациента.

Ключевые слова: хронический болевой синдром, пожилой и старческий возраст, купирование.



Очень часто люди пожилого и старческого возраста имеют множество заболеваний, часть которых осложняется достаточно трудно поддающимися купированию выраженными болями. Это зачастую является причиной плохого самочувствия, депрессивных состояний, синдрома падений, осложнений со стороны разных систем организма и, безусловно, снижает качество жизни как самого пациента, так и ухаживающих за ним родственников.

Международная ассоциация по изучению боли считает хронической боль длительностью более 3 мес и продолжающуюся после нормального периода заживления тканей. Согласно статистическим данным, хроническим болевым синдромом среди людей старше 60 лет страдают около 20%, а среди людей старше 75 лет это состояние наблюдается у 50% мужчин и 90% женщин [1, 2, 5].

К наиболее частым причинам хронического болевого синдрома у людей пожилого и старческого возраста относятся дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, заболевания периферических сосудов, заболевания суставов, переломы костей и связанные с ними осложнения, онкологические заболевания, боли вызванные неврогенной патологией (невралгии, диабетические невропатии, последствия перенесенных инсультов) [3].

Поскольку численность людей пожилого и старческого возраста будет в ближайшее время увеличи-

ваться, а вопросов, связанных с разработкой эффективных подходов к купированию у них хронического болевого синдрома, возникает все больше, эта проблема в ближайшем будущем станет особенно актуальной.

Организм пожилого человека обладает некоторыми возрастными физиологическими особенностями, касающимися всех систем, в том числе – и соматосенсорной [3]. У людей старшего возраста информация о наличии боли передается по С-волокам, а у более молодых – по Аδ-ноцицептивным волокнам. Необходимо отметить, что это происходит на фоне общего снижения количества миелинизированных волокон, что, в свою очередь, приводит к снижению активности нисходящих ингибирующих систем и как следствие – к ослаблению селективной обработки ноцицептивной импульсации, что отчасти обуславливает общее возрастное снижение болевой чувствительности.

Кроме того, описанные изменения могут привести к уменьшению переносимости боли пожилыми пациентами. Такая эмоционально лабильная реакция на боль может быть обусловлена когнитивными и коммуникационными нарушениями [5]. Клинически это может проявляться сложностями с описанием характера болей и детализацией жалоб, а также атипичными реакциями на боль. В результате у врача возможно формирование ложных представлений о состоянии больного и имеющемся у него болевом синдроме. Разнообразие причин возникновения хронического болевого синдрома и нехарактерная для более молодых людей клиническая картина и обуславливают трудности выбора оптимального метода купирования хронического болевого синдрома. Поэтому при сборе анамнеза необходимо соотносить жалобы пациента с его психоневрологическим статусом.

Заболевания, сопровождающиеся хроническим болевым синдромом, подкрепленным яркими клиническими проявлениями, как правило, не вызывают сомнений. Однако существуют такие соматические заболевания, которые могут и не проявляться внешними клиническими признаками, но сопровождаются выраженными хроническими болями. Тогда необходимы объективный осмотр и ориентация на так называемые поведенческие индикаторы боли (число

принимаемых препаратов, статико-динамические нарушения походки, дерматоглифические проявления, эмоциональное поведение, уровень самообслуживания, продолжительность сна, поведенческие расстройства), поскольку в некоторой степени они являются специфическими признаками.

Объективная и всесторонняя оценка состояния здоровья пациента необходима прежде всего для поиска патофизиологической основы хронического болевого синдрома (ноцицептивная, невропатическая, психогенная или смешанная), а также для выбора программы диагностического поиска, которая позволит исключить заболевания, подлежащие специфической этиопатогенетической терапии.

Когда выявлена патофизиологическая основа хронического болевого синдрома, следующий этап – выработка эффективных подходов к его купированию. Необходимо помнить, что у людей пожилого и старческого возраста частота побочных эффектов выше, чем у более молодых. Лечение болевого синдрома необходимо начинать с выбора наименьшей дозы анальгетика, контролируя его эффективность и возникновение побочных эффектов. При назначении препарата следует выбирать наименее инвазивный метод его введения, принимать препарат лучше в определенные часы, не дожидаясь возобновления или усиления боли [5].

Купирование болевого синдрома следует начинать с назначения ненаркотических анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП), причем неплохие результаты дает сочетание анальгетиков разного механизма действия. Такой подход обеспечивает достаточно высокую эффективность и безопасность лечения, а также позволяет снизить дозу одного или нескольких компонентов комбинации. При этом сочетание нескольких потенцирующих действие друг друга препаратов в малых или средних дозах вызывает, как правило, гораздо меньше побочных эффектов, чем 1 препарат в более высокой дозе. Неплохой эффект дает и комбинирование фармакологической и нелекарственной терапии [3–5].

Что касается назначения НПВП, то в последнее время их роль в лечении болевых синдромов резко возросла, однако, ввиду наличия высокого риска осложнений у людей пожилого и старческого возраста, их необходимо применять с особой осторожностью. Они противопоказаны при язвенной болезни желудка или двенадцатиперстной кишки, хронических заболеваниях почек, сердечной недостаточности.

Для снижения риска развития желудочно-кишечных осложнений традиционные НПВП необходимо дополнять ингибиторами протонной помпы или селективным ингибитором циклооксигеназы (ЦОГ)-2. Традиционные НПВП, как и селективные ингибиторы ЦОГ2, могут способствовать повышению артериального давления, а при изолированном длительном применении селективных ингибиторов

ЦОГ2 возможны тромбоэмболические осложнения, во много раз повышается риск развития инфаркта миокарда и инсульта.

Из-за побочных эффектов НПВП, а также ввиду невозможности их длительного применения в последнее время для купирования болевого синдрома у людей старших возрастов все чаще применяют опиоидные препараты. Чувствительность к наркотическим анальгетикам в пожилом возрасте увеличивается, поэтому такие препараты применяются в меньших дозах; кроме того, у пожилых людей выше частота и выраженность побочных эффектов, вызываемых этими средствами.

Из препаратов этой группы наиболее часто назначают трамадол, поскольку его эффективность доказана при ноцицептивных невропатических болях. Однако он, как и все препараты, обладает побочными эффектами, особенно выраженными у пожилых людей; среди таких эффектов – головокружение, тошнота, запоры, сонливость, ортостатическая гипотензия, что ограничивает его применение. Повышение безопасности трамадола может быть достигнуто путем снижения его дозы за счет комбинации с НПВП.

Таким образом, современный подход к купированию пациентов пожилого и старческого возраста с хроническим болевым синдромом должен основываться на тщательной объективной и всесторонней оценке общего состояния пациента, что позволит установить патофизиологические основы болевого синдрома, избежать полипрогмазии и назначать действительно те препараты, в которых нуждается пациент. Купирование болевого синдрома следует начинать с назначения анальгетиков, постепенно переходя к НПВП или их комплексному сочетанию и контролируя выраженность побочных эффектов. В случае ярко выраженного болевого синдрома, который не поддается купированию анальгетиками и НПВП, а также их комбинациями, следует переходить к наркотическим анальгетикам.

Литература

1. Баринов А.Н., Яхно Н.Н. Лечение невропатической боли // Русск. мед. журн. – 2003. – № 25. – Р. 1419 – 1424.
2. Данилов А.Б., Давыдов О.С. Невропатическая боль. – М.: Боргес, 2007. – 192 с.
3. Кункушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. – М.: Медицина, 2004. – 144 с.
4. Левин О.С. Болевой синдром при полиневропатиях // Справочник поликлинического врача. – 2007; 1: 56–62.
5. Яхно Н.Н. Боль. – М.: Медпресс-информ, 2009. – 304 с.

CURRENT APPROACHES TO CURATING ELDERLY AND SENILE PATIENTS WITH CHRONIC PAIN SYNDROME

A.N. Krivtsunov

Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper provides a material studying the specific features of curation of elderly and senile patients with chronic pain syndrome. Curation should be based on the careful objective and comprehensive evaluation of an elderly patient's general condition.

Key words: chronic pain syndrome, elderly and senile age, curation.