

УПРАВЛЕНИЕ БОЛЬЮ ПРИ СИНДРОМЕ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ КАК ФАКТОР ПРОФИЛАКТИКИ КОГНИТИВНЫХ НАРУШЕНИЙ

И.П. Пономарева, канд. мед. наук, **М.В. Давыдова**

Белгородский государственный национальный исследовательский университет
Российская Федерация, 308015, г. Белгород, ул. Победы, 85

E-mail: shepeleva.ponomareva@yandex.ru

Рассмотрены вопросы управления болью как курабельным фактором программ профилактики когнитивных расстройств в гериатрии.

Ключевые слова: когнитивные функции, боль в гериатрии, менеджмент боли, гериатрия, сестринский уход.

Для цитирования: Пономарева И.П., Давыдова М.В. Управление болью при синдроме старческой астении как фактор профилактики когнитивных нарушений. Медицинская сестра. 2018; 20 (5): 10–12.
<https://doi.org/10.29296/25879979-2018-05-03>

Актуальность темы обусловлена рядом факторов. Увеличивается численность лиц с выраженным синдромом хронической боли, которая на фоне старческой астении усугубляет картину когнитивного дефицита, что приводит к снижению качества жизни пациента и его окружения и вызывает дополнительные трудности диагностики, лечения и организации ухода. Возрастает частота возрастассоциированных когнитивных расстройств (КР) разной выраженности, ограничивающих социальные контакты и усугубляющих медико-социальные проблемы. Поэтому важно изучать вопросы профилактики тяжелых состояний, ограничивающих функционирование лиц старшего возраста. В программах профилактики КР у лиц пожилого и старческого возраста боль можно рассматривать как курабельный фактор.

Авторами определены основные подходы к управлению болью как одним из факторов профилактики тяжелых КР у лиц пожилого и старческого возраста. Изучены данные литературы по этой теме за 2010–2018 гг. и на этой основе определены основные дефиниции проблемы.

Когнитивные функции представлены памятью, речью, интеллектом, целенаправленной двигательной активностью (праксис) и целостным восприятием (гнозис). Они реализуются последовательно путем взаимодействия 4 основных компонентов:

- восприятие информации;
- ее обработка и анализ;

- ее запоминание;
- анализ информации и ответные действия.

С учетом этой этапности можно говорить о разнообразной симптоматике КР, что во многом определяется тяжестью патологического процесса. Часто страдает не одна функция, а сразу несколько.

В гериатрической практике учитывают особенности полиморбидных состояний, на фоне которых развивается когнитивный дефицит. Это прежде всего разной выраженности старческая астения и длительный болевой синдром, значимо влияющие на проявления медико-социальных проблем, ограничение процессов жизнедеятельности и прогрессирование когнитивного дефицита [1–4].

Особенностью хронической боли у пожилых больных является то, что некоторые из них не могут абстрагироваться от болевых ощущений и поэтому испытывают сложности при выполнении определенных тестов, в то время как другие способны переключить внимание на их выполнение, что снижает интенсивность боли. Следовательно, акцентирование внимания на боли вызывает значительное снижение когнитивных функций, кумуляцию и хронизацию болевого синдрома [5–8].

При рассмотрении вопросов сестринского ухода необходимо учитывать биопсихосоциальную модель боли, ее когнитивные аспекты, роль которых возрастает по мере трансформации острой боли в хроническую. Когнитивный компонент боли и его дефицит становится причиной инвалидизации и функциональных ограничений разной степени выраженности [8, 9]. Поэтому при организации сестринского ухода за пациентами пожилого и старческого возраста боль рассматривают как фактор, требующий полного анализа общего гериатрического статуса.

Сестринский менеджмент боли традиционно должен начинаться с диагностики, которая включает в себя сбор полного анамнеза и подробный осмотр пациента [12, 13].

В таблице представлены основные подходы к диагностике боли, которые могут быть приме-

Принципы диагностики боли у пациентов со старческой астенией

Метод исследования	Ожидаемые результаты
Опрос пациента	Выявление сопутствующих симптомов: онемения, слабости, кишечных и(или) мочеполовых расстройств, отеков, чувствительности к холоду и(или) снижения двигательной способности из-за боли
Сбор анамнеза боли	Длительность боли, применяемые анальгетики и их эффективность, влияние боли на физическую активность, сон и прием пищи
Сбор анамнеза жизни	Сопутствующие и ранее перенесенные заболевания; лекарственный анамнез; социальный анамнез (это важно при организации помощи в гериатрической практике); наличие вредных привычек (алкоголизм, курение и т.д.); образ жизни; любимые виды отдыха и хобби; занятия спортом; сон. Семейный анамнез (дает понимание биологического и генетического профиля пациента); профессиональный анамнез
Осмотр	Наличие анталгической позы; особенности речи выявляют эмоциональные факторы; в гериатрической практике важна оценка двигательной системы и мышечной массы, тонуса мышц, что влияет на степень функционирования; когнитивную функцию оценивают по шкале оценки психического статуса Mini-Mental Status Exam, тесту рисования часов

нимы при организации профессионального сестринского ухода за пациентами с синдромом старческой астении.

Интенсивность боли оценивают при каждом осмотре. Больные, хронически испытывающие боль, часто выглядят подавленными, иногда агрессивными. Интенсивность хронического болевого синдрома определяют с помощью опросников (рис. 1).

Сложно оценить нейропатическую боль. Для ее диагностики используют опросник DN4 (Bouhassiraa D., Attala N., 2005). Результат тестирования считают положительным при получении ≥ 4 ответов «Да».

Вопрос №1: Соответствует ли боль, которую испытывает пациент, одному или нескольким из следующих определений:

- ощущение жжения;
- болезненное ощущение холода;
- ощущение, как от удара током.

Вопрос №2: Сопровождается ли боль одним или несколькими из следующих симптомов в области ее локализации:

- пощипывание, ощущение ползания «мурашек»;
- покалывание;
- онемение;
- зуд.

Вопрос №3: Локализована ли боль в той же области, в которой осмотр выявляет один из следующих симптомов или оба:

- сниженная чувствительность к прикосновению;
- сниженная чувствительность к покалыванию.

Вопрос №4: Можно ли вызвать или усилить боль в области ее локализации при поглаживании кисточкой?

При деменции рекомендуется использовать опросник Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD); рис. 2.

Интерпретация результатов: 0 баллов – нет боли;

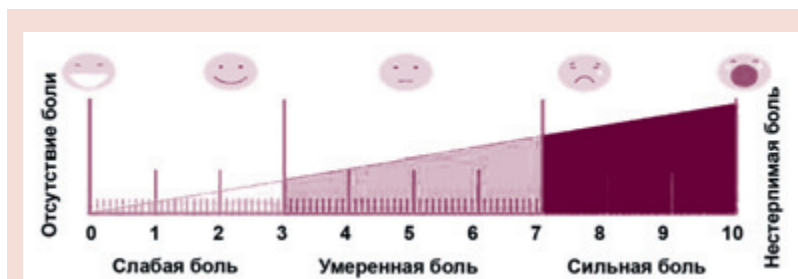


Рис. 1. Фрагмент Карты динамического ведения боли с применением визуальной аналоговой шкалы (Пономарева И.П. и соавт., свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2017618655, 2017)

10 баллов – выраженная боль. Оценка по этой шкале удобна при динамическом наблюдении за пациентом, когда результаты сравнивают с предыдущими для анализа эффективности обезболивания.

Необходимо помнить, что болевое поведение индивидуально. Встречаются виды поведения, которые не включены в эту шкалу. Несмотря на это, она остается ценным инструментом, чтобы привлечь внимание к тем, кто испытывает дискомфорт, но не может об этом рассказать [13, 14, 15].

Обратите внимание на то, что в случае когнитивного дефицита особое внимание при диагностике болевого синдрома следует уделять стигматам неблагоприятных, угрожающих жизни состояний: гипотония (систолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст.), нарушение сознания, шок, сепсис, тяжелое обезвоживание, симптомы раздражения брюшины, доскообразный живот, совершенно неподвижное положение пациента или пациент корчится от боли, рвота кровью/мелена.

Данные объективной количественной и качественной оценки боли лежат в основе выбора индивидуальной схемы обезболивания, которая строится по принципу 3-ступенчатого подхода:

- ненаркотический анальгетик + адъювантные средства;
- слабый опиоид типа кодеина + ненаркотический анальгетик + адъювантные средства;

Дыхание	В норме	Временами затруднено. Короткие периоды гипервентиляции	Шумное, затрудненное. Длительные периоды гипервентиляции. Дыхание Чейна–Стокса
Издаваемые звуки	Отсутствуют	Иногда – жалобные стоны; выражающие негромкие звуки, неодобрение или порицание	Повторяющиеся беспокойные выкрики, громкие жалобы и стоны, плач
Выражение лица	Улыбающееся или нейтральное	Печальное, испуганное, насупленное	Гримасы
Поза и жесты	Расслабленность	Напряженность, страдальческий вид, беспокойство	Суровость, стиснутые кулаки, подтягивает или вытягивает сжатые колени, энергично двигает руками и ногами
Возможность утешить	Не нуждается в утешении	Можно отвлечь или утешить голосом или прикосновением	Невозможно утешить, отвлечь или успокоить
Посчитать			

Рис. 2. Фрагмент Карты динамического ведения боли со шкалой PAINAD (Пономарева И.П. и соавт., свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2017618655, 2017)

- мощный опиоид (опиаты) группы морфина + ненаркотический анальгетик + адьювантные средства.

К адьювантным средствам относят антидепрессанты, глюкокортикостероиды, противовоспалительные средства, нейролептики.

Таким образом, болевой синдром в гериатрии следует рассматривать как мультифакторную проблему, требующую адекватных диагностических подходов и выбора тактики сестринского ухода за пациентами. Необходимо также помнить о том, что своевременное выявление и купирование боли в гериатрической практике может рассматриваться как фактор улучшения когнитивного статуса пациента, его физической и социальной адаптации.

Болевой синдром – одна из основных проблем, с которой пациенты обращаются к специалистам. В связи с этим в процессах управления болью возрастает роль медсестры как специалиста, больше всего контактирующего с пациентом. Менеджмент боли в гериатрической практике предполагает ее динамическую объективную качественную и количественную оценку, что необходимо для ее своевременного эффективного купирования; у пожилых пациентов это – один из факторов повышения их когнитивного статуса и степени функционирования.

Литература

1. Коберская Н.Н., Табеева Г.Р. Когнитивные расстройства, ассоциированные с хронической болью. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2017; 9 (3): 4–9.
2. Ильницкий А.Н., Процаев К.И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии. Геронтология. 2013; 1 (1): 408–12.
3. Баринов А.Н. Старение и боль: особенности лечения невропатий у пожилых. Терапевтический архив. 2014; 86 (12): 135–41.
4. Бобров А.Е. Тревожно-депрессивные расстройства и когнитивные нарушения у больных первичного звена здравоохранения.

Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2013; 2: 14–9.

5. Moriarty O., McGuire B.E., Finn D.P. The effect of pain on cognitive function: a review of clinical and preclinical research. Prog Neurobiol. 2011; 93 (3): 385–404.

6. Romualdi P. From acute to chronic pain: tapen-dalol in the progressive stages of this disease entity. Eur. Rev Med. Pharmacol Sci. 2017; 21 (7): 1672–83.

7. Белова А.Н., Балдова С.Н., Хрулев С.Е. Нейродегенеративные свойства хронической боли и депрессии. Современные проблемы науки и образования. 2013; 3: 42–53.

8. Oosterman J.M., Gibson S.J., Pulles W.L., Veldhuijzen D.S. On the moderating role of age in the relationship between pain and cognition. Eur. J. Pain. 2013; 17 (5): 735–41.

9. Smallwood R.F., Laird A.R., Ramage A.E. et al. Structural brain abnormalities and chronic pain: a quantitative meta-analysis of gray matter volume. J. Pain. 2013; 14 (7): 663–75.

10. Bushnell M.C., Ceko M., Low L.A. Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain. Nat Rev Neurosci. 2013; 14 (7): 502–11.

11. Lewis G.N., Rice D.A., McNair P.J. Conditioned pain modulation in populations with chronic pain: a systematic review and meta-analysis. J. Pain. 2012; 13 (10): 936–44.

12. Лапотников В.А. Сестринский менеджмент боли. Медицинская сестра. 2011; 1: 17–21.

13. Отюцкая О.С. Карта динамической оценки состояния пациентов: внедрение в практику. Медицинская сестра. 2010; 3: 34–7.

14. Donald I.P., Foy C. A longitudinal study of joint pain in older people. Rheumatology. 2010; 43: 1256–60.

15. Консон К., Фролова Е. и др. Управление болью у пациентов с деменцией. Врач. 2018; 6: 12–15.

PAIN MANAGEMENT IN SENILE ASTHENIA AS A FACTOR FOR PREVENTING COGNITIVE IMPAIRMENT
I.P. Ponomareva, Cand. Med. Sci.; M.V. Davydova
Belgorod State National Research University, 85,
Pobeda St., Belgorod 308015, Russian Federation
E-mail: shepeleva.ponomareva@yandex.ru

The paper considers the issues of pain management as a curable factor of programs for the prevention of cognitive impairment in geriatrics.

Key words: cognitive functions; pain in geriatrics; pain management; geriatrics; nursing care.

For citation: Ponomareva I.P., Davydova M.V. Pain management in senile asthenia as a factor for preventing cognitive impairment. Meditsinskaya Sestra. 2018; 20 (5): 10–12. <https://doi.org/10.29296/25879979-2018-05-03>