

ОГЛАВЛЕНИЕ

Авторский коллектив	4
Список сокращений и условных обозначений	5
Введение	7
Глава 1. Определение и классификация боли (А.В. Турушева)	9
Глава 2. Механизмы формирования боли и возрастные изменения антиноцицептивной системы (А.В. Турушева)	13
2.1. Механизм формирования боли в норме	13
2.2. Невропатическая боль	20
2.3. Механизм формирования хронической боли	23
2.4. Возрастные изменения ноцицептивной и антиноцицептивной систем	24
Глава 3. Оценка боли у пациентов пожилого и старческого возраста (А.В. Турушева)	26
Глава 4. Особенности проведения комплексной гериатрической оценки у пожилых больных с болевым синдромом (А.В. Турушева)	33
Глава 5. Физиологические особенности фармакокинетики и фармакодинамики болеутоляющих средств в пожилом и старческом возрасте (А.В. Турушева)	60
Глава 6. Общие принципы болеутоления у лиц пожилого и старческого возраста (О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева)	68
6.1. Немедикаментозные методы лечения болевого синдрома	69
6.2. Медикаментозное лечение болевого синдрома	73
Глава 7. Наиболее распространенные болевые синдромы у лиц пожилого и старческого возраста	97
7.1. Мышечно-скелетная боль (О.М. Лесняк)	97
7.2. Невропатическая боль (О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева)	126
7.3. Боль при онкологических заболеваниях (О.Ю. Кузнецова, И.Е. Моисеева)	136
Глава 8. Особенности питания пожилых пациентов с болевым синдромом (А.В. Турушева)	148
8.1. Противовоспалительная диета	149
8.2. Болевой синдром и состояние желудочно-кишечного тракта	160
Приложение. Комплексы упражнений, рекомендованных при остеоартрите коленных и тазобедренных суставов	162

ВВЕДЕНИЕ

Боль является распространенным симптомом многих заболеваний в различных возрастных группах. Как показали данные масштабного исследования, выполненного в 52 странах, с болью связаны инвалидизация и повышенная смертность, причем к наиболее уязвимым группам относятся лица пожилого и старческого возраста, а также женщины [1].

Хроническая боль, не связанная с онкологическими заболеваниями, не только мучительна для пациентов, но и становится проблемой для их семей и общества в целом, затрагивая до 20% населения мира [2].

Основные причины боли у пожилых людей — это болезни опорно-двигательного аппарата (остеоартрит, переломы костей, обусловленные остеопорозом), постгерпетическая невралгия, диабетическая невропатия, онкологические заболевания, последствия нарушений мозгового кровообращения.

Как возраст, так и наличие по крайней мере одного сопутствующего заболевания относят к предикторам хронической мышечно-скелетной боли у пожилых людей. Старение можно рассматривать как фактор риска хронической боли, являющейся основной причиной инвалидности или следствием других заболеваний, обычно наблюдаемых у гериатрических пациентов. В связи с этим хроническая боль остается серьезной проблемой, затрагивающей более 50% пожилых людей и до 80% жителей домов престарелых [3].

Постоянная боль у лиц пожилого и старческого возраста оказывает огромное влияние на расходы системы здравоохранения из-за сложности лечения и сопутствующих ей тревоги, депрессии, бессонницы, снижающих качество жизни. Хроническая боль у пожилых людей может быть фактором повышения смертности вследствие усугубления когнитивных нарушений [4].

В последние годы в России уделяется большое внимание изучению распространенности болевого синдрома у людей пожилого и старческого возраста. В рамках эпидемиологического исследования ЭВКАЛИПТ, посвященного изучению возраст-ассоциированных и хронических инфекционных заболеваний, старческой астении и других гериатрических синдромов у лиц в возрасте 65 лет и старше, впервые были получены

данные о частоте встречаемости хронической боли у людей пожилого и старческого возраста. На выборке из 4308 лиц 65 лет и старше, проживающих в 11 регионах Российской Федерации, продемонстрирована высокая распространенность хронического болевого синдрома, которая составила 87,2%. Выявлены статистически значимые различия этого показателя в разных возрастных группах. В возрасте от 65 до 74 лет распространенность хронического болевого синдрома составила 83,8%, в возрасте 75–84 года — 87,7%, у лиц старше 85% достигала 91,1% [5].

По результатам российских и зарубежных исследований последних лет была выявлена связь хронического болевого синдрома не только с ухудшением качества жизни, но и с сокращением ее продолжительности, что обосновывает выделение его в качестве отдельного большого гериатрического синдрома [6]. В связи с этим повышается актуальность своевременного выявления болевого синдрома у пожилых пациентов, понимания особенностей и механизмов его развития, что даст нам ключ к определению наиболее эффективных методов болеутоления, при использовании которых необходимо учитывать особенности стареющего организма, чтобы не принести пожилому пациенту дополнительные страдания из-за развития побочных эффектов.

Список литературы



Глава 1

Определение и классификация боли

Согласно определению Международной ассоциации по изучению боли (IASP), боль — это неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или потенциальным повреждением тканей или напоминающее его. Данное определение было предложено в 2020 г. и, в отличие от ранее существовавшего, отличается одной фразой: «или напоминающее его» [1]. Это дополнение указывает на более значимый вклад воспоминаний в переживание болевого ощущения, чем предполагалось ранее. Одним из факторов, играющих важную роль в возникновении ощущения боли, является когнитивный компонент, который в значительной степени изменяет восприятие боли, и в этих случаях болевое ощущение и сопровождающее его поведение могут не соответствовать тяжести повреждения. Для лучшего понимания новой концепции феномена боли приводятся дополнительные разъяснения:

- боль — всегда личный опыт, на который в разной мере влияют биологические, психологические и социальные факторы;
- боль и ноцицепция — разные феномены, боль не может быть следствием активности лишь в нейронах;
- концепцию боли люди понимают в связи с жизненным опытом;
- если человек сообщает, что ощущает боль, к этому нужно относиться с уважением;
- несмотря на то что боль обычно играет адаптивную роль, она может негативно влиять на функциональное и психологическое состояние;
- вербальное описание — лишь одна из нескольких форм выражения боли, и неспособность рассказать о ней не отменяет того, что человек или животное чувствуют боль.

По своей сути боль — это защитный механизм организма, поскольку это не просто ощущение, а защитная реакция на повреждение тканей.

Боль может быть симптомом различных заболеваний, которые имеют определенный код по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра (МКБ-10). В случаях, когда диагноз затруднен и причину боли не удастся сразу определить, можно пользоваться дополнительной рубрикацией в разделе МКБ-10:

R52. Боль, не классифицированная в других рубриках»

R52.0. Острая боль

R52.1. Постоянная некупирующаяся боль

R52.2. Другая постоянная боль

R52.9. Боль неуточненная

Устранение боли является одной из важных задач любого врача, оказывающего медицинскую помощь. Следует подчеркнуть, что право пациента на лечение болевого синдрома, обусловленного различными заболеваниями, закреплено законодательно в статье 19 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации» № 323-ФЗ от 21.11.2011.

Поскольку боль — это не только симптом многих заболеваний, но и сложный психофизиологический феномен, в который вовлечены механизмы регуляции и формирования эмоций, двигательные, гуморальные и гемодинамические проявления, в источниках литературы нередко используется еще один термин — «болевого синдром» [2].

В зависимости от длительности болевого ощущения выделяют острую и хроническую боль.

Острая боль — необходимый биологический сигнал о возможном, начинающемся или уже произошедшем повреждении тканей. Развитие острой боли, как правило, связано с вполне определенными болевыми раздражениями, возникающими в поверхностных или глубоко расположенных тканях и внутренних органах, или с нарушением функции их гладкой мускулатуры. Длительность острой боли ограничена временем восстановления поврежденных тканей или дисфункции гладкой мускулатуры.

Хроническая боль сохраняется дольше нормального периода заживления (более 3 мес), однако отличие заключается не столько в продолжительности боли, сколько в ее качественно иных нейрофизиологических, психологических и клинических особенностях. Если острая боль — это симптом, хроническая боль может стать самостоятельной болезнью. Именно поэтому лечение хронической боли отличается от методов болеутоления, используемых при острой боли.

По механизму развития выделяют ноцицептивную, невропатическую и дисфункциональную (ноципластическую) боль.

Ноцицептивную боль подразделяют на соматическую и висцеральную.

Соматическая боль возникает в результате повреждения ткани или воздействия на нее болезненного агента, в том числе опухоли, с последующей активизацией болевых рецепторов (ноцицепторов) в костях, коже, подкожной клетчатке, мышцах и пр. Эта боль хорошо локализована, может быть преходящей или постоянной, имеет различные описательные характеристики: тупая или острая, давящая, пульсирующая, дергающая, сверлящая, грызущая, распирающая и т.п.

Висцеральная боль возникает при раздражении болевых рецепторов органов брюшной полости, иннервируемых вегетативной нервной системой. Как правило, плохо локализована. Висцеральные боли обусловлены, в первую очередь, нарушением моторной функции органов; в месте локализации боли отмечается болезненность при пальпации. Ведущие механизмы формирования висцерального болевого синдрома — спазм или растяжение полых органов.

Невропатическая боль является результатом повреждения нервной системы на периферическом или центральном уровне или патологического процесса в соматосенсорной системе. Зачастую она сопровождается тяжелыми ноцицептивными болевыми синдромами, но иногда встречается как самостоятельный вид боли, например, после хирургического лечения, при проведении химиотерапии, сахарном диабете (СД), а также в результате сдавления нерва опухолью.

Дисфункциональная боль — это боль, возникающая при отсутствии активации ноцицепторов и видимого органического повреждения, в том числе нервной системы. Главное отличие дисфункционального типа боли от ноцицептивной и невропатической в том, что при традиционном обследовании не удастся выявить причину боли или органические заболевания, объясняющие ее происхождение. К типичным примерам такой боли относятся фибромиалгия, головная боль напряжения и психогенные боли (соматоформное болевое расстройство), болевой синдром при синдроме раздраженного кишечника. У больных с дисфункциональными болевыми синдромами часто присутствуют жалобы на повышенную утомляемость, раздражительность, нарушения сна и измененная реактивность центральной нервной системы (ЦНС) на функциональные пробы [3]. При этих условиях любые стрессорные раздражители могут приводить к несбалансированной реакции систем, осуществляющих регуляцию болевой чувствительности, и длительной гипервозбудимости ноцицептивной системы [3].

В зарубежной литературе для обозначения дисфункциональной боли используется термин «ноципластическая боль». Этот термин был предложен в 2016 г. Согласно определению, ноципластическая боль — это боль,

возникающая из-за измененной ноцицепции, в отсутствие явных доказательств фактического или угрожающего повреждения тканей, вызывающего активацию периферических ноцицепторов, а также заболеваний или поражений соматосенсорной системы, которые могли бы привести к развитию боли [4]. Под измененной ноцицепцией подразумевают развитие ложноадаптивных (или дезадаптивных) процессов в нервной системе (невропластических), мышцах (миопластических) и суставах (хондропластических) [4].

По сути, термин «ноципластическая боль» заменил понятие «психогенная боль», но при этом такой тип боли не является психосоматическим расстройством [4].

Список литературы

