

## УПРАВЛЕНИЕ БОЛЬЮ У ПАЦИЕНТОВ С ДЕМЕНЦИЕЙ

К. Консон<sup>1, 2</sup>,  
Е. Фролова<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
З. Радомысльский<sup>3</sup>,  
М. Гдалевич<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург

<sup>2</sup>Департамент Южного округа  
Министерства здравоохранения Израиля

<sup>3</sup>Больничная касса Маккаби, Израиль  
E-mail: claudia.konson@gmail.com

*Рассмотрены вопросы лечения боли у пациентов с тяжелыми формами деменции. Проблема чрезвычайно актуальна как для медицинских учреждений долговременного ухода, психogerиатрических стационаров, так и для персонала амбулаторных медицинских организаций, наблюдающего таких больных совместно с родственниками. Подробно цитируются международные рекомендации, обсуждаются организационные аспекты помощи больным деменцией с выраженным болевым синдромом. Представлены инструменты оценки болевого синдрома.*

**Ключевые слова:** гериатрия, деменция, болевой синдром, качество жизни.

В мире сегодня насчитывается 47,5 млн людей с деменцией [1], а грядущие в ближайшие десятилетия демографические изменения, связанные со старением населения, приведут к значительному росту численности этой группы, поскольку деменция распространена главным образом среди людей преклонного возраста. В связи с этим все большую актуальность приобретают проблемы, связанные с лечением пожилых пациентов с когнитивными расстройствами (КР) и обеспечением им надлежащего ухода, направленного на поддержание оптимального качества жизни (КЖ).

Боль представляет собой особую проблему. Распространенность боли, особенно хронической, в высокой степени связана с возрастом, наиболее тяжело поражая самое старшее поколение.

В 2016 г. в России под эгидой Минздрава опубликованы подробные Методические рекомендации [2], предлагающие врачам методики оценки и лечения боли у разных категорий пациентов, включая больных деменцией. Однако при описании способов оценки боли остается в стороне вопрос о ее оценке у пациентов с тяжелыми формами деменции.

Известно, что способность ощущать боль зависит от функционирования нервной системы. Поэтому любое повреждение нервных окончаний, проводящих путей или участвующих в анализе информации областей коры головного мозга влияет на степень ощущения боли. Очевидно, что патологические изменения, связанные как с возрастом, так и с деменцией, должны оказывать влияние на болевой порог. Вопросам восприятия боли пожилыми пациентами с КР посвящены многочисленные исследования [3–8], однако механизм восприятия боли этой группой пациентов до конца не прояснен.

Между тем в клинической практике необходимо иметь инструменты для выявления болей у пациентов с деменцией,

особенно с ее тяжелыми формами, поскольку невыявленная, а значит, нелеченая боль значительно ухудшает КЖ.

Пожилые люди с разными видами деменции (болезнь Альцгеймера, Паркинсона, Хантингтона, болезнь с тельцами Леви) по-разному реагируют на боль [9, 10]. Некоторые из таких больных — те, у кого деменция проявляется слабо или умеренно, могут выражать свои потребности вербально и сообщать о боли. Тяжелые формы деменции обычно лишают пациентов возможности вербальной коммуникации, однако они не меньше страдают от боли. Распознавание боли и управление ею в случае отсутствия коммуникации с пациентом — сложная задача, но она должна решаться, и значительная доля участия в этом принадлежит медсестрам, осуществляющим регулярный уход и наблюдение за пациентами. Поэтому важно вооружить сестринский персонал алгоритмом действий, предполагающим не только фармакологические (врачебные) вмешательства, но и сестринские действия по профилактике боли и другие нефармакологические способы борьбы с болью.

Пациенты с тяжелой деменцией, не способные к вербальной коммуникации, могут тем не менее сигнализировать о любом дискомфорте, включая боль, — эмоционально или через изменения в поведении. Хотя традиционно считается, что поведенческие изменения у пациентов с деменцией объясняются только КР и требуют лечения психотропными препаратами, в настоящее время поведение пациентов с деменцией является объектом внимания специалистов по управлению болью [11]. Поэтому прежде чем прибегать к транквилизаторам, рекомендуется обследовать пациента на предмет возможного болевого синдрома: часто поведенческие проблемы снимаются, если пациент избавлен от боли.

В то же время следует учесть, что поведенческие реакции возможны не только в случае боли, но и при других формах дискомфорта, включая эмоциональный дистресс, констипацию, холод, голод, усталость или неудобства положения тела. Принимаемые психотропные препараты тоже могут быть проблемой, поскольку они способны маскировать болевой синдром. Родственники пациента с деменцией не всегда могут в его поведении увидеть реакцию на боль. Кроме того, они часто предпочитают не давать обезболивающие лекарства, опасаясь, что эти препараты могут спровоцировать состояние делирия или медикаментозной зависимости. Это относится также и к персоналу учреждений долговременной госпитализации, в которых, как правило, содержатся пациенты с тяжелыми формами деменции. Персонал в таких учреждениях может часто меняться, поэтому медсестры и сиделки не всегда настолько хорошо знают своих пациентов, чтобы понимать их индивидуальные поведенческие реакции на боль. В связи с этим важно, чтобы при уходе за такими больными, направленном на снижение или ликвидацию боли, медперсонал имел возможность воспользоваться четким и однозначным алгоритмом действий, позволяющим, кроме прочего, судить о качестве проводимых вмешательств.

Для определения интенсивности боли у пациентов со слабовыраженной или умеренной деменцией возможно применение оценочных шкал, основанных на вербальном ответе пациента [12, 13]:

- визуальной аналоговой шкалы (Visual Analog Scale — ВАШ): пациенту предлагается отметить на отрезке линии свое восприятие боли — от минимальной до нестерпимой, после чего интенсивность болевого синдрома может быть оценена количественно в процентах от самого сильного уровня;

- вербальной рейтинговой шкалы (Verbal Rating Scale – ВРШ) – пациента просят выразить интенсивность боли числом от 0 до 10 (рис. 1). Как правило, такая оценка может быть выполнена только пациентами с легкой формой деменции.

Исследования показывают [14], что для оценки боли у пациентов, имеющих балл <13 по Краткой шкале оценки психического статуса (MMSE) [15], традиционные шкалы, требующие вербального ответа, использоваться не могут. Поэтому при тяжелых формах деменции боль оценивают по признакам, характеризующим поведение пациентов, на основе шкалы PAINAD – Pain Assessment in Advanced Dementia (см. таблицу) [16].

В сестринском уходе, при управлении болью у пациентов с деменцией специалисты в ряде стран опираются на предложенный в США в 2002 г. [17] пошаговый алгоритм, служащий для выявления физического или эмоционального дискомфорта пациентов (Assessment of Discomfort in Dementia – ADD):

- Шаг 1. Обратит внимание на возможные физические причины дискомфорта. Определив источник дискомфорта, по возможности, устранить его. (Например, пациент может быть голоден или хочет пить, возможно, ему жарко, холодно или он нуждается в смене подгузника/нижнего белья. Причины дискомфорта могут быть связаны также с эмоциональными переживаниями –

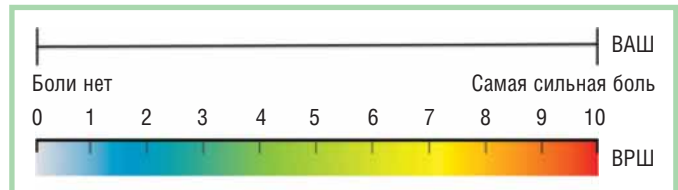


Рис. 1. Вербальные шкалы оценки боли

**Шкала оценки боли по поведенческим признакам PAINAD для пациентов с деменцией**

| Признаки                   | Баллы (0-2)  |   |   |
|----------------------------|--|---|---|
|                            | 0  | 1   | 2   |
| <b>Дыхание</b>             | <b>В норме</b> (дыхание легкое, спокойное, ритмичное)  | <b>Временами затруднено</b> (эпизодические резкие всплески напряженных или мучительных вдохов и выдохов); <b>краткие периоды гипервентиляции</b> (короткий период быстрых, глубоких вдохов)   | <b>Шумное, затрудненное</b> (неприятные звуки на вдохе или выдохе; могут быть громкими, булькающими или хриплыми и кажутся напряженными или мучительными); <b>длительные периоды гипервентиляции</b> (продолжительное частое и глубокое дыхание); <b>дыхание Чейна-Стокса</b> (периоды глубокого яростного и изнурительного дыхания, снижающегося до незначительного и поверхностного, чередующиеся с периодами апноэ (остановка дыхания))  |
| <b>Неприятные звуки</b>    | <b>Отсутствуют</b> (звуки или слова, имеющие нейтральную или приятную окраску)   | <b>Временами – жалобные стоны</b> (скорбные, брызжащие звуки, вопли или стенания, более громкие, чем обычные невнятные и непроизвольные звуки, часто внезапно начинаются и обрываются); <b>негромкие звуки неодобрения или порицания</b> (скуление, ворчание, нытье, бормотание или негромкая жалобная ругань в саркастическом или язвительном тоне)  | <b>Повторяющиеся беспокойные выкрики</b> (повторяющиеся фразы или слова, имеющие окраску тревожности, беспокойства или страдания); <b>громкие жалобы и стоны</b> (громкие, брызжащие звуки, вопли или стенания, гораздо более громкие, чем обычные невнятные и непроизвольные звуки, часто внезапно начинаются и обрываются); <b>плач</b> (эмоции со слезами – рыданиями или тихим плачем)  |
| <b>Выражение лица</b>      | <b>Улыбающееся</b> (уголки губ приподняты, в глазах – блеск, взгляд выражает спокойствие и удовлетворенность) <b>или нейтральное</b> (нейтральный, ничего не выражающий спокойный или пустой взгляд) | <b>Печальное</b> (несчастный, унылый, горестный или удрученный вид); <b>испуганное</b> (выражение страха, тревоги, повышенного беспокойства, широко открытые глаза); <b>надуленное</b> (уголки губ опущены вниз, увеличены складки на лбу и вокруг рта)   | <b>Гримасы</b> (лицо перекошено, выражает страдание; брови нахмурены; складки вокруг рта; глаза могут быть зажмурены)   |
| <b>Поза и жесты</b>        | <b>Расслабленность</b> (спокойный, расслабленный, мягченный вид; человек кажется безучастным)  | <b>Напряженность</b> (обеспокоенный, напряженный вид; челюсти могут быть сжаты, за исключением случаев контрактуры); <b>страдальческий вид</b> (обычные действия нарушены, могут присутствовать более или менее выраженные элементы страха, возбужденности, беспокойства); <b>суетливость</b> (непрерывные движения, возможны ерзание и покачивание на стуле, передвижение стула по комнате; могут наблюдаться потягивание и потирание разных частей тела, дотрагивание до них) | <b>Жесткость</b> (мышцы затвердевшие, руки и/или ноги напряженные и негнущиеся, тело может казаться неподатливым); <b>стиснутые кулаки</b> (крепко сжатые или попеременно сжимающиеся и разжимающиеся); <b>подтягивание коленей</b> (сгибание и подтягивание коленей к груди; беспокойный вид – за исключением случаев контрактуры); <b>отказ от помощи</b> (сопротивление приближению и желанию помочь, стремление оттолкнуть приближающегося, вывернуться и избавиться от него); <b>нападения</b> (нападения и любые способы противодействия) |
| <b>Возможность утешить</b> | <b>Не нуждается в утешении</b> (благополучный, удовлетворенный вид)  | <b>Можно отвлечь или утешить голосом или прикосновением</b> (на время контакта прекращаются признаки беспокойного поведения)  | <b>Невозможно утешить, отвлечь или успокоить</b> (беспокойное поведение не прекращается при любых стараниях)  |
| <b>Общий балл*</b>         | 0–10   |   |   |

**Примечание.** \* – общее число баллов составляет от 0 до 10; при этом баллы не определяют абсолютную интенсивность боли; например, 10 баллов по PAINAD не обязательно соответствуют 10 баллам по числовой шкале ВРШ; правильнее сравнивать полученный общий балл с его предыдущим значением; считается, что при общем балле >2 по шкале PAINAD требуется вмешательство по смягчению или устранению боли [20].

пациенту грустно, он чувствует себя одиноко, погружен в тяжелые воспоминания, не может найти свои очки или слуховой аппарат). Исключив причины дискомфорта, не связанные с болью, перейти к следующему шагу.

- Шаг 2. Исследовать историю болезни пациента на предмет возможной коморбидности и (или) полипрагмазии. Проверить наличие прошлых проблем, указанных в истории болезни, и попытаться выявить возможные новые проблемы. При этом следует обратить внимание на такие реакции пациента, как выражение лица (гримасы, нахмуренность, тревога), изменения настроения (раздражительность, возбуждение), вербальные реакции (вскрики, стоны, всхлипывания), телодвижения (напряженные, беспокойные, агрессивные) и поведение (изменения аппетита, режима сна, походки). Перечисленные признаки являются основанием для применения шкалы PAINAD. В случае сомнений или неопределенности (например, при отсутствии возможности сравнения с результатом предыдущей оценки интенсивности боли), перейти к следующему шагу.
- Шаг 3. Применить имеющиеся в распоряжении нефармакологические вмешательства. Такие вмешательства подразумевают любые меры, которые могут обеспечить комфортное состояние пациента (изменение окружающей среды — предотвращение рисков пролежней и падений, изменение социальных контактов, отвлекающие воздействия, массаж, тепло или холод, акупунктура, лечебная физкультура и пр.). В случае неэффективности нефармакологических вмешательств — перейти к следующему шагу.
- Шаг 4. Обратиться к врачу за назначением обезболивающих препаратов. При медикаментозном лечении боли рекомендуется следовать трехступенчатой Лестнице обезболивания ВОЗ (рис. 2), которая первоначально была предложена для лечения боли онкологических пациентов [18], но может применяться и в других случаях, в том числе для лечения боли у пациентов с деменцией. В соответствии с Лестницей обезболивания ВОЗ сначала назначаются неопиоидные препараты (например, парацетамол, ацетилсалициловую кислоту) и наблюдают за реакцией пациента. Если нестероидные противовоспалительные препараты не помогают, «поднимаются» к слабым опиоидам (кодеин и т.п.), а в случае и их неэффективности назначают сильные опиоиды (морфин и т.п.), добиваясь полного освобождения пациента от боли. Дополнительные препараты — адьювантные — могут назначаться на любой ступени Лестницы обезболивания для симптоматического лечения некоторых видов боли. Для наилучшего эффекта обезболивающие препараты рекомендуется давать пациентам регулярно,

по часам [2], а не по необходимости (по требованию).

- Шаг 5. Если обезболивающие и другие нефармакологические вмешательства не могут решить проблему, следует рассмотреть возможность применения психотропных препаратов.

Действуя по алгоритму, необходимо регулярно (желательно — ежедневно) проводить с помощью PAINAD оценку результатов обезболивающих вмешательств и сравнивать их с предыдущими, добиваясь снижения выраженности поведенческих реакций пациента. Результаты каждой оценки обезболивающих вмешательств должны документироваться. При этом следует отмечать любые изменения в поведении пациента, связанные с применением как нефармакологических, так и фармакологических вмешательств, включая реакцию пациента на разные препараты, в том числе психотропные. Цель применения алгоритма — в выявлении таких способов обезболивания, которые «работают» индивидуально для каждого пациента.

Преимущества такого подхода к оценке боли у лиц с тяжелыми формами деменции значительны.

Во-первых, наблюдения за поведением дементных пациентов являются ключом к выявлению и оценке боли, прежде всего — вследствие невозможности ее надежной оценки с помощью традиционных инструментов.

Во-вторых, лица, осуществляющие уход за дементными пациентами (родственники или персонал специализированных учреждений), являются важным звеном в цепи оценки боли — они лучше всего знают пациентов и их обычное поведение, поэтому именно они чаще всего замечают и могут сообщить о возникающих поведенческих проблемах.

В-третьих, для решения поведенческих проблем пациентов с деменцией до применения психотропных препаратов следует попробовать обезболивание. При этом надо использовать индивидуальный подход при введении назначаемых медикаментов (подкожно, внутримышечно, внутривенно, трансдермально или ректально) и обращать внимание на возможные побочные эффекты.

В-четвертых, в целях достижения наибольшей эффективности обезболивающие препараты должны назначаться на регулярной основе, а не по мере необходимости.

Наконец, мультидисциплинарный коллектив (врач, медсестра, социальный работник и другие специалисты, включая клинического фармацевта), наблюдающий пациента, должен регулярно контролировать надлежащее использование обезболивающих и психотропных препаратов.

Качество управления болью у пациентов с тяжелыми формами деменции во многом определяется наличием точных требований, оформленных в виде подлежащего обязательному соблюдению стандарта, например [19]:

*Требования к организации:*

- соблюдение права любого пациента на получение эффективного лечения боли;
- наличие стандартизованной методики управления болью для пациентов с КР и тяжелыми формами деменции, основанной на применении:
  - пошагового алгоритма ADD;
  - инструмента оценки боли PAINAD и
  - трехступенчатой Лестницы обезболивания ВОЗ (в качестве средства фармакологических вмешательств);
- наличие регламента, обеспечивающего регулярный контроль медикаментов, назначаемых пациентам с деменцией, для выявления факта получения пациентами только адекватных и соответствующих состоянию обезболивающих препаратов;

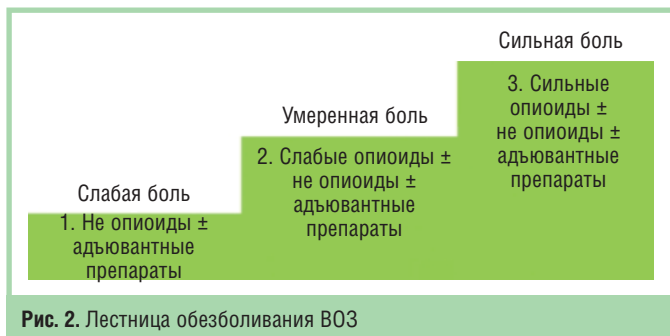


Рис. 2. Лестница обезболивания ВОЗ

- точное и своевременное ведение документации, отражающей процессы управления болью:
  - оценку боли;
  - планирование вмешательств;
  - осуществление вмешательств;
  - определение эффективности вмешательств.
- обеспечение персоналу возможности регулярно повышать квалификацию в вопросах управления болью, ориентируясь на самую последнюю и актуальную клиническую информацию;
- проведение регулярных аудитов с целью устранения просчетов и ошибок персонала и повышения качества управления болью.

#### Требования к персоналу:

- первоначальное и последующее ежегодное обучение по программе управления болью для лиц с тяжелыми формами деменции, КР и пациентов, не имеющих КР, включающей в себя изучение процессов:
  - оценки боли;
  - планирования вмешательств;
  - осуществления вмешательств;
  - определения эффективности вмешательств;
- соблюдение стандартов и алгоритмов при проведении вмешательств по управлению болью;
- предупреждение и удовлетворение основных потребностей пациентов, испытывающих дискомфорт и боль, с помощью:
  - регулярных оценок боли и осуществления необходимых вмешательств каждый раз, когда пациент сообщает о боли/дискомфорте или демонстрирует необычно осложнившееся поведение: оценка боли должна проводиться при каждой новой госпитализации, при любых изменениях в поведении или при проявлении необычного поведения; изменения в поведении пациента должно расцениваться в первую очередь как реакция на боль, и только во вторую очередь — как состояние, требующее лечения психотропными препаратами;
  - наиболее тщательной оценки боли в случае, если сумма баллов пациента по шкале PAINAD составляет >2 [20];
  - эффективного управления болью с использованием как фармакологических вмешательств (в соответствии с Лестницей обезболивания ВОЗ), так и нефармакологических (массаж, тепло или холод, акупунктура и другие благотворные воздействия);
  - ежедневной оценки боли, пока сумма баллов пациента по шкале PAINAD не снизится до 2.

Значительная часть проблем управления болью у пациентов с деменцией может быть преодолена благодаря обучению персонала конкретным шагам, направленным на снижение болевого синдрома, и более эффективной работе учреждений долгосрочной госпитализации. Недостаток знаний и квалификации персонала в области управления болью представляют собой серьезный барьер для оказания высококачественной помощи дементным пациентам.

## Литература

1. Психические расстройства. Информационный бюллетень ВОЗ, апрель 2017; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/ru/> (доступ 10.04.2017).

2. Абузарова Г.Р., Невзорова Д.В. и др. Обезболивание взрослых и детей при оказании медицинской помощи. Методические рекомендации / М.: Минздрав РФ, РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Ассоциация проф. участников хосписной помощи, 2016.

3. Левин О.С. Проблемы лечения хронической боли у пожилых. БОЛЬ. Информационный портал; <http://www.paininfo.ru/articles/4161.html> (доступ 9.04.2017).

4. Беловол А.Н., Князькова И.И. Хроническая боль в гериатрии // Мистецтво лікування. – 2011; 8: 25–30.

5. Huffman J., Kunik M. Assessment and Understanding of Pain in Patients with Dementia // *Gerontologist*. – 2000; 40 (5): 574–81.

6. Karp J. et al. Advances in understanding the mechanisms and management of persistent pain in older adults // *Br. J. Anaesthesia*. – 2008; 101 (1): 111–20. <http://doi.org/10.1093/bja/aen090> (доступ 25.04.2017)

7. Kaye A., Baluch A., Scott J. Pain Management in the Elderly Population: A Review // *Ochsner J.* – 2010; 10 (3): 179–87. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096211/> (доступ 25.04.2017)

8. Corbett A. et al. Assessment and treatment of pain in people with dementia // *Nature Rev. Neurol.* – 2012; 8: 264–74 (2012); published online 10 April 2012; <http://www.nsd.uib.no/data/individ/publikasjoner/Corbet,%20Husebo%20et%20al%20nrneurol.2012.53.pdf> (доступ 02.05.2017).

9. Defrin R. et al. Experimental pain processing in individuals with cognitive impairment: Current state of the science // *Pain*. – 2015; 156 (8): DOI: 10.1097/j.pain.000000000000195 (доступ 25.04.2017).

10. Tommaso M. et al. Pain in Neurodegenerative Disease: Current Knowledge and Future Perspectives // *Behav. Neurol.* – 2016; 2016: Article ID7576292; <http://dx.doi.org/10.1155/2016/7576292> (доступ 25.04.2017).

11. Husebo B., Ballard C. et al. Efficacy of Treating Pain to Reduce Behavioural Disturbances in Residents of Nursing Homes With Dementia // *BMJ*. – 2011; 343: <https://doi.org/10.1136/bmj.d4065> (доступ 06.05.2017).

12. Huskisson E. Measurement of pain // *J. Rheumatol.* – 1982; 9 (5): 768–9.

13. Hartrick C. et al. The numeric rating scale for clinical pain measurement: a ratio measure? // *Pain Pract.* – 2003; 3 (4): 310–6.

14. Hadjistavropoulos T. et al. Practice Guidelines for Assessing Pain in Older Persons with Dementia Residing in Long-Term Care Facilities // *Physiotherapy Canada*. – 2010; 62 (2): 104–13. Published online 2010 Apr 23; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2871017/> (доступ 03.05.2017)

15. Pangman V., Sloan J., Guse L. An Examination of Psychometric Properties of the Mini-Mental Status Examination and the Standardized Mini-Mental Status Examination: Implications for Clinical Practice // *Appl. Nurs. Res.* – 2000; 13 (4): 209–13.

16. Assessing Pain in Older Adults with Dementia. Series «Try this» of The Hartford Institute for Geriatric Nursing / NY: New York University, College of Nursing, and the Alzheimer's Association; <https://consultgeri.org/try-this/dementia/issue-d2.pdf> (доступ 01.05.2017).

17. Kovach C. et al. The assessment of discomfort in dementia protocol // *Pain management nursing*. – 2002; 3 (1): 16–27.

18. Обезболивание при раке / Женева: ВОЗ, 1988 [брошюра] <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/141317/1/5225017924.pdf> (доступ 06.05.2017).

19. Palliative Care for Advanced Alzheimer's and Dementia: Guidelines and Standards for Evidence-Based Care. Ed. G. Martin, M. Sabbagh / Springer Publishing Company, 2011.

20. Zwahlen S. et al. Which Score Most Likely Represents Pain on the Observational PAINAD Pain Scale for Patients with Dementia? // *J. Am. Med. Direct. Assoc.* – 2011; 13 (4): 384–9.

## PAIN MANAGEMENT IN PATIENTS WITH DEMENTIA

**K. Konson**<sup>1,2</sup>; **Professor E. Frolova**<sup>1</sup>, **MD; Z. Radomyslsky**<sup>3</sup>; **M. Gdalevich**<sup>2</sup>

<sup>1</sup>I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint Petersburg

<sup>2</sup>Southern District Health Office, Ministry of Health, Israel

<sup>3</sup>Health Insurance Fund, Maccabi, Israel

*The paper considers the issues of pain treatment in patients with severe forms of dementia. The problem is extremely urgent both for long-term healthcare facilities, psychogeriatric hospitals, and the outpatient facility personnel caring for these patients together with their relatives. International guidelines are quoted in detail; the organizational aspects of care for dementia patients with severe pain syndrome are discussed. Tools for pain syndrome assessment are given.*

**Key words:** geriatrics, dementia, pain syndrome, quality of life.