



## Профилактика боли у уязвимых групп населения

Профилактика боли является всемирной проблемой в области общественного здравоохранения и приоритетной задачей [1] из-за огромного количества затронутых ею людей. Основной причиной боли во всех группах населения является травма, и сохранение боли после травмы и хирургического вмешательства представляет собой потенциально масштабную проблему для общества.

Известно, что уязвимые группы населения сталкиваются со значительными трудностями со здоровьем [2]. Всемирная организация здравоохранения [3] определяет уязвимые группы населения как состоящие из детей, беременных женщин, пожилых людей, голодающих, а также болеющих людей и людей с ослабленным иммунитетом. Эти меньшинства также могут быть затронуты бедностью с ограниченным доступом к медицинскому обслуживанию или общественным медико-санитарным мероприятиям. Следовательно, профилактика боли в уязвимых группах населения должна рассматриваться в качестве одного из вопросов обеспечения безопасности.

Кроме того, те, кто испытывает боль, могут стать уязвимыми из-за изнурительных последствий боли и страданий, которые она причиняет. Среди потенциально уязвимых групп пожилые люди чаще страдают от боли, чем другие слои взрослого населения [4]. Однако болевой синдром не выявляется только у наиболее пожилых людей в обществе, другие группы, относящиеся к более молодому возрасту, особенно подвержены риску того, что их боль будет плохо оценена или купирована [5].

Заболевания опорно-двигательного аппарата, включая боли в нижней части спины и шее, являются основными причинами инвалидности у взрослого населения [6]. Старение и инвалидность увеличивают вероятность возникновения хронических болей [7]. Однако, более 63% пожилых людей с деменцией испытывали хроническую боль по сравнению с 54% людей, не страдающих деменцией, в выборке из 7 609 пожилых людей [8]. Наиболее часто болевым синдромом поражаются колени, бедра и нижняя часть спины, что часто связано с остеоартрозом и остеопорозом. Боль, связанная с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, может повысить риск сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей, а также увеличить риск падений и смертности [7]. Профилактика боли и связанной с ней инвалидизации может быть дополнена переходом к здоровому образу жизни, включая регулярную физическую активность [9].

Профилактика хронической боли более сложна. Триггеры и патологические механизмы хронической боли весьма многообразны, и при этом не всегда могут быть выявлены причинно-следственные связи [9]. Однако с развитием хронической боли могут быть связаны определенные

факторы риска, которых можно было бы избежать в конкретных группах населения. Психологические факторы, такие как тревога, депрессия, стрессоустойчивость и устоявшиеся представления о боли, как известно, оказывают значительное влияние на формирование и развитие хронической боли [10]. Кроме того, у пожилых людей наблюдается более низкий болевой порог, который со временем может постепенно снижаться у пожилых людей с деменцией, в то время как их толерантность к боли повышается, поскольку они не способны когнитивно распознавать и быстро интерпретировать боль, что повышает их уязвимость к возможным последствиям боли [5].

### Рекомендации по профилактике острой боли у уязвимых групп населения

- Правильное и достаточное питание и поддержание здорового веса, для эффективной работы костей и мышц.
- Продолжать активно двигаться и использовать упражнения для поддержания силы и гибкости мышц.
- Двигаться правильно; избегать неправильной осанки и чрезмерных нагрузок, таких как подъем тяжестей, где это возможно.
- Снизить стресс и тревогу; научиться технике релаксации и способам преодоления проблем, таким как йога, тай-чи или майндфулнес, чтобы сохранить контроль над ситуацией.

### Рекомендации по профилактике хронической боли у уязвимых групп населения

Все рекомендации по профилактике острой боли плюс:

- Эффективное лечение острой боли
- Определение проблемы развития хронической боли как проблемы общественного здравоохранения.

### Оценка и управление болью

Бывают моменты, когда боль невозможно предотвратить, и именно тогда необходимо применять эффективные методы оценки и управления болью. Во всем мире разработано множество рекомендаций, которыми можно руководствоваться в процессе терапии боли у всех уязвимых групп населения. Например, по меньшей мере десять руководств ориентированы на пожилых людей и затрагивают такие вопросы, как диагностика и лечение острой и хронической боли и боли, связанной с остеопорозом [14, 15, 17, 18, 19, 20, 21].

С педиатрической точки зрения, рекомендации сосредоточены на острой, хронической или онкологической боли и разработаны отдельными странами, а также Всемирной организацией здравоохранения [22, 23, 24, 25]. Что касается лиц, переживших пытки, то существует несколько

руководств, но зачастую они сосредоточены не на боли, а на лечении психологических расстройств [26]. Тем не менее, существует ряд публикаций, содержащих рекомендации по обезболиванию этой группы населения [5].

Организационные и профессиональные барьеры часто препятствуют осуществлению этих рекомендаций, поэтому ключевым моментом является образование и повышение осведомленности врачей. Раннее вмешательство предотвратит развитие хронических болей и впоследствии снизит нагрузку на пациента, его семью и общество. Тем не менее, специалисты должны быть осведомлены о том, как правильно собрать болевой анамнез и как затем работать с полученными данными. Например, в Великобритании 7-минутная консультация врача-терапевта не позволяет пожилым людям рассказать о своей боли, но это - организационное ограничение, с которым необходимо работать. Аналогичным образом, Tai-Seale и др. [13] обнаружили, что разговоры о боли длятся всего 2-3 минуты, и зачастую затрудняются коммуникацией, полом или культурными особенностями пациента.

Тем не менее, все мы живем в реальности, где организационные и образовательные барьеры все еще являются проблемой, и все, что мы можем сделать, это работать в рамках своих возможностей, опираясь на гуманное отношение к пациентам, чтобы сделать все самое лучшее для них с помощью имеющихся инструментов и рекомендаций. По крайней мере, в 2019/20 гг. мы обладаем навыками распознавания тех групп населения, которые могут считаться уязвимыми, и их особые потребности будут учтены. Например, у нас есть, по крайней мере, 12 инструментов для оценки боли, которые были разработаны специально для пожилых людей с деменцией, и некоторые из них широко используются в клинической практике. Например: PAINAd, PACSLAC, Doloplus, Abbey [14].

## ССЫЛКИ

- [1] Goldberg DS, McGee SJ. Pain as a global public health priority. BMC public health. 2011 Dec;11(1):770. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/770>
- [2] Campbell LC, Robinson K, Meghani SH, Vallerand A, Schatman M, Sonty N. Challenges and opportunities in pain management disparities research: Implications for clinical practice, advocacy, and policy. The Journal of Pain. 2012 Jul 1;13(7):611-9. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2012.02.004>
- [3] World Health Organisation [https://www.who.int/environmental\\_health\\_emergencies/vulnerable\\_groups/en/](https://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/)
- [4] Schofield P. Rev Pain 2007 Aug; 1(1): 12–14. <https://doi.org/10.1177/204946370700100104>
- [5] International Association for the Study of Pain. Global Year Against pain in vulnerable populations (2019) [https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/1\\_Guidelines\\_for\\_the\\_Management\\_of\\_Pain\\_in\\_Vulnerable\\_Populationsedited.pdf](https://s3.amazonaws.com/rdcms-iasp/files/production/public/1_Guidelines_for_the_Management_of_Pain_in_Vulnerable_Populationsedited.pdf)
- [6] Booker.SQ., Haedtke (2017) Controlling Pain & Discomfort: Assessment in Non-Verbal older adults. Nursing. 2016 May; 46(5): 66–69.
- [7] Molton I, Cook KF, Smith AE, Amtmann D, Chen WH, Jensen MP. Prevalence and impact of pain in adults aging with a physical disability: comparison to a US general population sample. Clin J Pain. 2014 Apr; 30(4):307-15. doi: 10.1097/AJP.0b013e31829e9bca.
- [8] Hunt LJ, Covinsky KE, Yaffe K, Stephens CE, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. (2015) Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study. J Am Geriatr Soc. 2015 Aug;63(8):1503-11. doi: 10.1111/jgs.13536. Epub 2015 Jul 22.



- [9] Shega JW, Andrew M, Kotwal A, Lau DT, Herr K, Ersek M, Weiner DK, Chin MH, Dale W. Relationship Between Persistent Pain and 5-Year Mortality: A Population-Based Prospective Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2013 Dec;61(12):2135-41.
- [10] Skillgate. E et al (2017) Healthy lifestyle behavior and risk of long duration troublesome neck pain or low back pain among men and women: results from the Stockholm Public Health Cohort. *Clin Epidemiol*. 2017; 9: 491–500.
- [11] Blyth FM, Van Der Windt DA, Croft PR. Chronic disabling pain: a significant public health problem. *American Journal of Preventive Medicine*. 2015 Jul 1;49 (1):98-101.
- [12] Ramírez-Maestre C, Esteve R. The role of sex/gender in the experience of pain: resilience, fear, and acceptance as central variables in the adjustment of men and women with chronic pain. *The Journal of Pain*. 2014 Jun 1;15(6):608-18.
- [13] Tai-Seale.M., Management of chronic pain among older patients: Inside primary care in the US. *European Journal of Pain* 2011. Nov 15(10)
- [14] Schofield PA., et al (2018) The assessment of pain in older people: UK National Guidelines. *Age & Ageing*. Volume 47, Issue suppl\_1, March 2018, Pages i1–i22
- [15] Hadjistavropoulos T. Pain in older persons. *Pain Res Manag*. 2007;12(3):176.
- [16] Rahman MM, Kopec JA, Anis AH, Cibere J, Goldsmith CH. Risk of cardiovascular disease in patients with osteoarthritis: a prospective longitudinal study. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013 Dec;65(12):1951-8.
- [17] Singh JA, Furst DE, Bharat A, et al. 2012 update of the 2008 American College of Rheumatology recommendations for the use of disease-modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(5):625–639. doi:10.1002/acr.21641
- [18] American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227–2246.
- [19] Australian and New Zealand College of Anaesthetists. Recommendations on monitoring during anaesthesia. ANZCA 2013. <http://www.anzca.edu.au/documents/ps18-2013-recommendations-on-monitoring-during-ana>
- [20] Arnstein P and Herr KA. Persistent pain management in older adults. The University of Iowa. 2015.
- [21] Cornelius R, Herr KA, Gordon DB, and Kretzer K. Acute pain management in the older adult. The University of Iowa. 2016.
- [22] The Royal College of Emergency Medicine. Best Practice Guideline: Management of Pain in Children. 2017. [https://www.rcem.ac.uk/docs/RCEM%20Guidance/RCEM%20Pain%20in%20Children%20-%20Best%20Practice%20Guidance%20\(REV%20Jul%202017\).pdf](https://www.rcem.ac.uk/docs/RCEM%20Guidance/RCEM%20Pain%20in%20Children%20-%20Best%20Practice%20Guidance%20(REV%20Jul%202017).pdf)
- [23] National Institute of Health & Care Excellence. Chronic pain: assessment and management. 2018. <https://www.nice.org.uk/guidance/gid-ng10069/documents/final-scope>
- [24] World Health Organization. Persisting pain in children package: WHO guidelines on the pharmacological treatment of persisting pain in children with medical illnesses. World Health Organization. 2012. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44540>
- [25] Royal College of Nursing. The recognition and assessment of acute pain in children. 2009. [https://www2.rcn.org.uk/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/269185/003542.pdf](https://www2.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0004/269185/003542.pdf)
- [26] Amris K and Williams AC. Managing chronic pain in survivors of torture. *Pain Manag*. 2015;5(1):5-12.

## АВТОРЫ

Margaret Dunham PhD  
Faculty of Health & Wellbeing Sheffield Hallam University, UK

Pat Schofield PhD  
Professor of Pain & Ageing Sheffield Hallam University, UK

## РЕЦЕНЗЕНТЫ



Professor Denis Martin  
Centre for Rehabilitation, Exercise and Sports Science Teesside University  
Middlesbrough, United Kingdom

Professor Gisèle Pickering, MD, PhD, DPharm, Clinical Pharmacology Department  
University Hospital CHU  
Clermont-Ferrand, France

