

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 майндフルнес, 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 остеоартрозом[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 пытку, 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/
- [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
- [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 LI, 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
- [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

