

© МАНЕВИЧ Т.М., МХИТАРЯН Э.А., 2021

БОЛЬ ПРИ ДЕМЕНЦИИ

Маневич Т.М., Мхитарян Э.А.

ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова»
Минздрава России, особое структурное подразделение «Российский геронтологический научно-клинический центр»,
Москва, Россия

РЕЗЮМЕ. Рост продолжительности жизни населения планеты сопровождается увеличением количества пожилых пациентов, страдающих деменцией. По данным различных исследований, распространенность болевого синдрома у пожилых пациентов с деменцией составляет от 35,3% до 63,5%. В обзоре представлены данные об эпидемиологии, клинических проявлениях, методах диагностики и лечения болевого синдрома у пациентов с деменцией. Обсуждаются лекарственные и немедикаментозные методы устранения боли.

Ключевые слова: боль, деменция, опросники боли, лечение.

Для цитирования: Маневич Т.М., Мхитарян Э.А. Боль при деменции. *Российский неврологический журнал*. 2021;26(3):15–22. DOI 10.30629/2658-7947-2021-26-3-15-22

Для корреспонденции: Мхитарян Элен Араиковна, e-mail: melen99@mail.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Информация об авторах

Маневич Т.М., <https://orcid.org/0000-0002-2196-1068>, e-mail: nadezda5775@yandex.ru

Мхитарян Э.А., <https://orcid.org/0000-0003-2597-981X>, e-mail: melen99@mail.ru

PAIN IN DEMENTIA

Manevich T.M., Mkhitaryan E.A.

Pirogov Russian National Research Medical University, Ministry of Healthcare of Russia, Russian Clinical and Research Center of Gerontology, Moscow, Russia

ABSTRACT. Increasing life expectancy of the world's population is accompanied by increasing number of elderly patients with dementia. According to various studies, the prevalence of pain syndrome in elderly patients with dementia ranges from 35.3% to 63.5%. The review represents data on the epidemiology, clinical manifestations, methods of diagnosis and treatment of pain syndrome in patients with dementia. Medicinal and non-pharmacological methods of pain relief are discussed.

Key words: pain, dementia, pain questionnaires, treatment.

For citation: Manevich T.M., Mkhitaryan E.A. Pain in dementia. *Russian Neurological Journal (Rossijskij Nevrologicheskij Zhurnal)*. 2021;26(3):15–22. (In Russian). DOI 10.30629/2658-7947-2021-26-3-15-22

For correspondence: Mkhitaryan E.A., e-mail: melen99@mail.ru

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgements. The study had no sponsorship.

Information about authors

Manevich T.M., <https://orcid.org/0000-0002-2196-1068>, e-mail: nadezda5775@yandex.ru

Mkhitaryan E.A., <https://orcid.org/0000-0003-2597-981X>, e-mail: melen99@mail.ru

Received 28.01.2021

Accepted 09.02.2021

Рост продолжительности жизни населения планеты сопровождается увеличением количества пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих деменцией. По данным метаанализа трех крупных европейских эпидемиологических исследований, более 30% пациентов старше 80 лет страдают деменцией [1, 2]. По данным ВОЗ, ее общая распространенность в настоящее время составляет 50 миллионов человек и ожидается почти трехкратное увеличение к 2050 г. [3].

Распространенность болевого синдрома у пожилых пациентов с деменцией составляет 35,3–63,5%

[4]. Среди пациентов домов престарелых в США его распространенность колеблется от 40 до 80%, при этом считается, что 50–60% людей, живущих в домах престарелых, страдают деменцией [5, 6]. При 9-месячном наблюдении за пациентами в домах по уходу показано статистически достоверное влияние болевого синдрома на показатель смертности [7].

Эпидемиологическое исследование распространенности болевого синдрома у пациентов с деменцией, находящихся в домах престарелых в Лондоне и Букингемшире, выявило наличие боли у 35,3% обследованных. Интенсивность болевого синдрома

коррелировала с тяжестью деменции и выраженностью сопутствующих нейропсихиатрических симптомов, таких как депрессия, ажитация. Также боль значимо ассоциировалась с большим назначением антипсихотических препаратов [8].

Деменция является серьезным барьером для выявления и оценки болевого синдрома вследствие наличия у пациентов нарушений памяти, речи, других когнитивных функций, а также эмоционально-аффективных и поведенческих расстройств [9]. Это может приводить к тому, что симптомы, относимые к деменции, на самом деле могут быть проявлениями болевого синдрома. Например, агрессивное поведение может быть защитной реакцией пациентов, неспособных четко сформулировать жалобы на боль. В результате наличия подобных проблем, затрагивающих большинство пациентов с деменцией, диагностика болевого синдрома и оценка его степени у них часто бывает затруднительной. Поэтому, в частности, Международная ассоциация по изучению боли (International Association of Study of Pain) изменила дефиницию боли, которая звучит так: «Боль — неприятное сенсорное и эмоциональное переживание, связанное с действительным или возможным повреждением тканей или схожее с таковым переживанием» [10].

В Калифорнии в рамках национального исследования здоровья и выхода на пенсию при обследовании 10 065 пожилых людей (средний возраст 73 года), 10,9% которых страдали хронической болью, ассоциированной с депрессией и ограничениями в повседневной жизни, было показано, что хроническая боль является одним из факторов риска развития деменции. У пациентов с хронической болью в течение 10 лет был на 15,9% выше риск нарушения контроля приема лекарств, на 11,8% выше риск нарушения контроля за финансами и на 7,7% выше вероятность развития деменции [11]. Систематический обзор и метаанализ 17 исследований также показал взаимосвязь хронической боли и деменции [12]. Высказано предположение, что хроническая боль может усиливать когнитивное снижение.

У пожилых больных с деменцией, как правило, преобладают те же причины боли, что и у их сверстников без грубых когнитивных нарушений: дегенеративно-дистрофические изменения позвоночника, заболевания суставов и мышц (остеоартроз, ревматоидный артрит, другие артропатии, стеноз позвоночного канала, ревматическая полимиалгия), переломы позвонков или костей конечностей, связанные с остеопорозом, онкологические заболевания, длительная иммобилизация и связанные с ней контрактуры и пролежни, заболевания периферических сосудов, периферические невропатические болевые синдромы (диабетическая невропатия, постгерпетическая невралгия), невралгия тройничного нерва, постинсультная боль [13].

В исследовании тайваньских ученых [4] из 2 миллионов тайцев были случайным образом отобраны 28 450 пациентов с деменцией (болезнь Альцгеймера, сосудистая деменция и др.), средний возраст

больных составил 76,75 года. 49,1% из них как минимум 1 раз в течение года обращались за амбулаторной или стационарной помощью по поводу болевого синдрома. Наиболее частыми причинами боли были остеоартрит (29,27%), головная боль (12,53%) и остеопороз (11,43%). Мышечно-скелетные боли преобладали у женщин с сосудистой деменцией, при этом боли у них отмечались реже, а риск смертности в течение одного года был выше, чем у пациентов с другими причинами деменции.

При обследовании 7609 пожилых людей в возрасте 61 года и старше, проживающих самостоятельно и в домах престарелых Великобритании, было показано, что среди пациентов с деменцией 63,5% испытывали «надоедающую» боль, а у 43,3% боль ограничивала повседневную активность. Эти показатели были достоверно выше, чем в контрольной группе пациентов без деменции — у 54,5% она была «надоедающей», у 27,2% боль ограничивала активность. Выраженный болевой синдром был вызван артритом, сердечно-сосудистыми заболеваниями. При этом почти треть (30,3%) пациентов, страдавших болевым синдромом, утверждали, что принимают обезболивающие препараты крайне редко или совсем их не принимают [14].

Патофизиология болевого синдрома имеет свои особенности в зависимости от заболевания, которое привело к развитию деменции. По мнению A. Gonzalez [15], при деменции быстропроводящий латеральный путь, включающий латеральный спиноталамический тракт, латеральные таламические ядра, первичную сенсорную теменную кору, остается сохранным. Это обеспечивает и сохранность болевого порога, сенситивно-дискриминативного компонента боли (восприятие локализации и интенсивности болевого раздражения). Напротив, медиальные ноцицептивные пути, включающие медиальный спиноталамический тракт, спиноретиккулярный и спиномезенцефалический тракты, а также голубое пятно ствола, околоспинальный серое вещество, являющиеся структурами, входящими в антиноцицептивную систему, интраламинарные таламические ядра, ядра гипоталамуса, вторичные сенсорные теменные зоны, оперкулум, медиальные височные структуры (миндалина, гиппокамп) и лобные — передний отдел цингулярной извилины, при разных формах деменции оказываются поврежденными. Это приводит к нарушению эмоционального и когнитивного компонентов восприятия болевых стимулов, болевой памяти и автономных (вегетативных) реакций.

У пациентов с болезнью Альцгеймера [15] болевая перцепция существенно не изменяется вследствие сохранности латерального ноцицептивного тракта. При этом повреждаются медиальные ноцицептивные пути, что приводит к нарушению когнитивной оценки боли и эмоционального компонента ее восприятия, болевой памяти, ослаблению реакций автономной нервной системы, страдают поведенческие компоненты предвосхищения и избегания боли. Кроме того, при деменции альцгеймеровского типа

нарушается функционирование околосредоводного серого вещества и передней цингулярной извилины, обеспечивающих, а частности, реализацию феномена плацебо, играющего важную роль в реализации терапевтического эффекта анальгетиков.

При сосудистой деменции, вызванной острыми или хроническими нарушениями мозгового кровообращения, вследствие значительного повреждения белого вещества происходит деафферентация коры, разобщение корково-корковых и корково-подкорковых связей, что способствует развитию гиперпатии и гипералгезии, являющихся проявлениями «деафферентационной боли». Для болезни Паркинсона с деменцией или без нее характерна дегенерация голубого пятна ствола мозга и околосредоводного серого вещества, что приводит к снижению эффективности антиноцицептивной системы и развитию хронической невропатической боли. При лобно-височной деменции атрофия орбитофронтальной коры и передних отделов височной коры приводят к ослаблению вербальной, мимической и поведенческой экспрессии боли пациентами [15]. Особенности патофизиологии боли при разной этиологии когнитивных нарушений требуют дальнейшего изучения.

Выделяют следующие клинические особенности острых и хронических болевых синдромов у больных с деменцией [15]:

- 1) нарушение болевого поведения: атипичное течение острой хирургической патологии (аппендицит, холецистит, язва желудка и др.), атипичный безболевого инфаркт миокарда;
- 2) под болью пациенты могут понимать эмоциональный дискомфорт (беспокойство, страх);
- 3) болевые вербальные персеверации — неэмоциональное повторение жалоб на боль, часто не связанное с реальной ноцицептивной импульсацией.

Изменения поведения при боли могут быть представлены в виде агрессии или, наоборот, больные погружаются в свои ощущения и становятся менее доступны контакту вплоть до развития гипоактивного делирия [16].

Диагностика и оценка интенсивности боли у пациентов с деменцией нередко осуществляется неадекватно, и им назначается недостаточно эффективное лечение. Это может привести к дополнительным проблемам, например к дальнейшему ухудшению когнитивных функций, поведенческим и аффективным расстройствам, что повышает нагрузку ухаживающих лиц и увеличивает затраты на уход за пациентами. Существующие данные о заниженной оценке распространенности болевых синдромов у людей с деменцией аргументируют необходимость регулярного использования при их ведении шкал оценки боли [9]. Однако использование стандартных болевых опросников у пациентов с деменцией, особенно умеренной и тяжелой степени, может быть неэффективным.

В настоящее время существует широкий спектр шкал самооценки боли у пожилых людей [17], большинство из которых были разработаны

и протестированы в различных условиях, прежде чем использоваться среди пожилых людей с деменцией. Наиболее часто оцениваемым компонентом боли является ее интенсивность. Традиционно используемые показатели интенсивности боли включают визуальные аналоговые шкалы (ВАШ), вербальные рейтинговые шкалы, числовые рейтинговые шкалы. Но пожилым людям может быть сложнее пользоваться шкалами самооценки, и ни одна из упомянутых шкал не подходит для пациентов с тяжелыми нарушениями когнитивных функций, поскольку эти шкалы требуют способности понимать задачу теста и точно сообщать о переживаемой боли [9].

Пациенты с деменцией часто не в состоянии понять даже простые вопросы, выбрать ответ по типу «да/нет». На поздних стадиях деменции более информативными становятся способы выявления и оценки боли при наблюдении за поведением пациента. Невербализованные инструменты диагностики боли, основанные на методах наблюдения за поведением пациентов, включают оценку сна, аппетита, физической активности, анализ их мимики и языка тела. Физиологические показатели, такие как частота сердечных сокращений или артериальное давление, также могут дать полезную информацию. Однако автономные реакции, как указывалось выше, могут быть недостаточно специфичными, чтобы служить корректными индикаторами боли, и реакцию на боль бывает трудно отличить от реакций на другие причины дистресса.

Для своевременного выявления болевого синдрома у дементного пациента, рекомендуется [18]:

- спросить у пациента, есть ли у него боли;
- если пациент не может ответить, но проявляет дискомфортное состояние, начать поиск источника и причины боли;
- следить за изменениями поведения пациента;
- использовать шкалы поведенческой оценки боли;
- учитывать отчеты о боли ухаживающих лиц (на основании рассказов ухаживающего лица — сиделки, родственника);
- применить анальгетик.

При оценке отчета о боли от ухаживающих лиц следует учитывать, что сиделка, проводящая большую часть времени с пациентом, как правило, самая первая замечает изменения его поведения и может интерпретировать невербальные сигналы дискомфорта. Но следует иметь в виду, что сиделка может и переоценивать или недооценивать уровень боли у пациента. Также надо учитывать данные осмотра и анамнеза ранее перенесенных заболеваний и болевых синдромов [19].

При тяжелой деменции о наличии болевого синдрома могут свидетельствовать [20]:

- изменение мимики больного — гримаса страдания, частое моргание, зажмуривание глаз, слезотечение, наморщивание лба, сжатие зубов;
- вербализации, вокализации — пациент стонет, ноет, кричит, ругается;

Шкала оценки боли PAINAD

Степень нарушений/ показатели	0 баллов	1 балл	2 балла	Оценка
Дыхание без вокализации	Норма	Приступы тяжелого дыхания. Короткие приступы гипервентиляции	Шумное тяжелое дыхание. Продолжительные приступы гипервентиляции дыхание Чейна–Стокса	
Стоны	Нет	Стоны и вздохи. Односложная речь: жалобы, описание страдания	Повторные тревожные крики/мольбы. Громкие стоны и вздохи. Плач	
Выражение лица	Улыбка или отсутствие выражения эмоции на лице	Печальный, хмурый или испуганный взгляд	Гримаса боли	
Телесные признаки боли	Пациент расслаблен	Пациент напряжен, беспокоен	Пациент резко напряжен, со сжатыми кулаками, подтянутыми к животу коленями; притягивает к себе или отталкивает исследователя, наносит удары	
Утешаемость	Утешать пациента не требуется	Пациент отвлекается или успокаивается при вербальном обращении и прикосновениях	Невозможно утешить, отвлечь или успокоить пациента	

Примечание: оценка должна проводиться по 10-балльной шкале, где 0 баллов — нет боли, 10 баллов — выраженная боль.

Table 1

Pain Assessment in Advanced Dementia Scale (PAINAD)

Abnormalities rate/Items	0 points	1 point	2 points	Score
Breathing independent of vocalization	Normal	Occasional labored breathing. Short periods of hyperventilation	Noisy labored breathing. Long periods of hyperventilation and Cheyne–Stokes respirations	
Negative vocalization	None	Moan and groan. Low-level speech with negative or disapproving quality	Repeated troubled calling out. Loud moaning or groaning. Crying	
Facial expression	Smiling or inexpressive	Sad, frightened or frowning	Facial grimacing	
Body language	Relaxed	Tense, distressed	Rigid, fists clenched, knees pulled up, pulling or pushing away, striking out	
Consolability	No need to console	Distracted or reassured by voice or touch	Impossible to console, distract or reassure	

Note: 10 point scale is to be used for assessment, 0 points shows the absence of pain, 10 points — pronounced pain.

- движения (язык тела) — пациент сжимает кулаки, поджимает ноги, держится за больное место, покачивается в кровати, у него сохраняется напряженная, ригидная поза, изменяется походка;
- межличностные взаимодействия — прекращение вербального и невербального общения, агрессивное поведение, иное асоциальное поведение;
- характер бытовой активности — отказ от еды, нарушение сна, нежелание вставать с постели, одеваться, гулять, нарушение навыков гигиены;
- другие изменения психического статуса — плаксивость, возбуждение, апатия, озлобленность, появление состояний нарушенного сознания.

Для оценки боли у пациентов, страдающих деменцией, разработаны специальные шкалы [5]. В повседневной клинической практике у пациентов с тяжелой деменцией удобно использовать шкалу оценки боли PAINAD (Pain Assessment in Advanced

Dementia Scale, шкала оценки боли при выраженной деменции) [21] (табл. 1).

По данным итальянских авторов [22], проводивших обсервационное обследование 233 пациентов домов по уходу, лишь 42,5% человек с легкими когнитивными расстройствами или без таковых дали адекватный ответ по цифровой шкале боли, из них 20,4% пациентов отрицали наличие боли. При применении шкалы PAINAD у пациентов с умеренной и тяжелой деменцией боль была выявлена у 51,8% обследованных. Авторы обнаружили статистически достоверную корреляцию между показателями интенсивности боли и симптомами депрессии, оцениваемыми по Корнельской шкале депрессии при деменции, повышением уровня тревоги и раздражительности по нейропсихиатрическому опроснику (the Neuropsychiatric Inventory (NPI)), а также агрессивностью по шкале агрессии опросника ажитации Коена–Мэнсфайлда (Cohen–Mansfield Agitation Inventory).

Таблица 2

Шкала MSSE

Признаки	Да — 1	Нет — 0
Неспокоен		
Стонет		
Боль		
Трофические язвы		
Мальнутриция		
Заболевания органов пищеварения		
Инвазивные процедуры		
Нестабильное медицинское состояние		
Страдание, по мнению медработников		
Страдание, по мнению членов семьи		
Суммарный балл		

Примечание: Интерпретация шкалы: низкая степень страдания — 0–3; промежуточная степень страдания — 4–6; высокая степень страдания — 7–10.

Table 2

MMSSE scale

Items	Yes — 1	No — 0
Restless		
Moaning		
Pain		
Ulcer cruris		
Malnutrition		
Digestive system disturbances		
Aggressive therapy		
Unstable medical circumstances		
Suffering as seen by health professionals		
Suffering as seen by family members		
Score		

Note: Interpretation of the scale: low degree of suffering — 0–3; intermediate degree of suffering — 4–6; high degree of suffering — 7–10.

Английские исследователи, обследовав 230 скопомощных стационарных пациентов с деменцией старше 70 лет, проанализировали взаимосвязь развития болевого синдрома и делирия. При использовании шкалы PAINAD боль в покое отмечалась у 49% пациентов с деменцией, а во время физической активности у 26% пациентов. У 15% больных выявлялся делирий, диагностированный по шкале оценки спутанности сознания (Confusion Assessment Method, CAM). У 35% пациентов в состоянии делирия, неспособных к самооценке боли, анализ характера изменений мимики позволил диагностировать боль у 33% больных в покое и у 56% во время физической активности. Также было показано, что наличие боли в состоянии покоя у пациентов с деменцией повышает риск развития делирия более чем в 3 раза [23].

Для оценки невербальных проявлений болевого синдрома при движениях часто используется шкала Abbey [24], позволяющая оценить физические проявления боли у пациентов с деменцией и речевыми нарушениями. При помощи данной шкалы оценивается наличие и степень выраженности вокализации (стоны, плач); мимической экспрессии (напряжение, нахмуривание, гримасы, ужас); языка тела (ерзание, раскачивание, защитные движения, отстраненность);

физиологические изменения (повышение температуры, пульса или АД, потоотделение, покраснение/бледность); физические изменения (разрывы кожи, пролежни, артриты, контрактуры, предыдущие травмы). Австралийские исследователи показали эффективность электронного варианта шкалы Abbey, позволяющей с помощью компьютерной системы распознавания образов оценивать голос, движения, поведение, активность, телесные проявления боли у пациентов с умеренной и тяжелой деменцией [25].

Часто для оценки болевого синдрома у пациентов с деменцией применяют болевой опросник MOBID-2 (Mobilization–Observation–Behavior–Intensity–Dementia — движение–наблюдение–поведение–интенсивность–деменция), который позволяет оценить скелетно-мышечную, головную боль, боль, вызванную заболеваниями внутренних органов, поражением кожи [26].

Обследование 199 пациентов с деменцией из домов по уходу в Нидерландах с применением болевого опросника MOBID-2 позволило выявить боль у 43% больных. Исследователи отметили, что при тяжелой деменции боль встречалась чаще, чем при легкой (27% против 15%). Распространенность боли при сосудистой деменции была значительно выше (54%) по сравнению с болезнью Альцгеймера (18%) и другими типами деменции (14%). Доминировала ноцицептивная боль (72%), реже встречалась смешанная боль (сочетание ноцицептивной и невропатической боли) (25%). Наиболее часто назначаемым обезболивающим препаратом был ацетаминофен (80%). У одной трети обследованных выраженность боли варьировала от умеренной до сильной и ее интенсивность не коррелировала с регулярностью и количеством принимаемых анальгетиков, что указывает на необходимость регулярной коррекции и индивидуально-го подхода при выборе противоболевой терапии [27].

В настоящее время актуальной становится своевременное выявление и оценка боли у пациентов с деменцией, заболевших коронавирусной инфекцией COVID-19 [28]. Целесообразно у таких пациентов также применение опросника MOBID-2. В случае интубации больных для оценки боли может применяться шкала CPOT (Critical-Care Pain Observation Tool — инструмент оценки боли в критических ситуациях). Оцениваются выражения лица, движения тела, мышечное напряжение (при пассивном сгибании и разгибании верхних конечностей), синхронизация с режимом вентиляции для интубированных пациентов или больных с трахеостомой, вокализация для экстубированных больных [29].

Для оценки состояния пациента с невозможностью самостоятельной речи может применяться шкала MSSE (Mini-Suffering State Examination — мини-исследование степени страдания) [30] (табл. 2).

В 2006 г. израильскими специалистами был предложен термин «синдром страдания Аминофа» (Aminoff Suffering Syndrome), наблюдаемый при тяжелой деменции и характеризующийся высоким показателем по шкале MSSE, наличием хронического прогрессирующего неизлечимого заболевания,

сопровождающегося неуклонным утяжелением состояния пациента и ожидаемой продолжительностью жизни менее 6 мес. [31]. Обследование 183 пациентов с тяжелой деменцией, находящихся в гериатрическом отделении стационара общего профиля, показало, что у беспокойных больных с высоким показателем по шкале MSSE, отмечается статистически достоверное преобладание лихорадки, лейкоцитоза и повышения С-реактивного белка, а также отмечается низкая выживаемость по сравнению со спокойными пациентами с деменцией [30].

При лечении болевого синдрома у пациентов с деменцией, следует придерживаться следующих основополагающих принципов: учитывать важную роль нелекарственных методов лечения, препараты начинать применять с минимальных доз и медленно их наращивать (англ. start low, go slow), добиваясь адекватного обезболивания. В связи с отсутствием эффекта плацебо могут потребоваться более высокие дозировки анальгетиков.

Нефармакологические методы включают [30] регулярную перемену положения пациента в постели, легкий массаж/поглаживание, туалет тела, адекватные еду и питье, применение внешних стимулов (негромкая музыка, оптимальное освещение, ароматерапия), использование ортезов, обеспечение доступности к личным вещам пациента (зубные протезы, слуховой аппарат, одежда, обувь и т.п.). В последнее время для ведения пациентов с деменцией, в том числе с хроническими болевыми синдромами, начали применяться роботы в виде домашних животных, которые улучшают физиологические и психосоциальные показатели пациентов, облегчают уход [32].

Фармакотерапия боли у больных старшего возраста с когнитивными расстройствами, так же как и без них, должна назначаться с учетом патофизиологического типа боли — ноцицептивной, невропатической и др., имеющих сопутствующих заболеваний, возможных лекарственных взаимодействий [33].

При лечении лиц с деменцией и хронической болью, как и других пациентов, для уменьшения полипрагмазии, улучшения их адаптации применяется биопсихосоциальный подход [34, 35], включающий сочетание фармакотерапии, нелекарственных методов лечения с психосоциальной адаптацией.

При назначении лекарственной терапии пациентам с деменцией и хроническим болевым синдромом следует учитывать высокий риск развития делирия при приеме трамадола, а также еще большее ухудшение когнитивных функций и задержку мочи при назначении amitriptилина [36].

Для изучения влияния опиоидов (трансдермальной системы с бупренорфином в дозе 5 мкг/ч) на хроническую боль в течение 13 нед. в домах по уходу в Норвегии были рандомизированы и включены в плацебо-контролируемое исследование 162 пациента с деменцией и сопутствующей депрессией [37]. Как показало исследование, применение бупренорфина сопровождалось возникновением нежелательных явлений — 52,3% пациентов отказались от

продолжения лечения по сравнению с 13,3% в группе плацебо. Наиболее частыми причинами прекращения лечения были психиатрические и неврологические нежелательные явления (69,6%), такие как сонливость, нарушения координации, тревожность, изменение личности, агитация, спутанность, галлюцинации. Дневная активность у пациентов значительно снижалась в течение первой недели лечения. Одновременное применение антидепрессантов значимо увеличивало риск прекращения приема препарата — ухудшалась переносимость бупренорфина.

Имеются данные об эффективности каннабиноидов для уменьшения нейропсихиатрических нарушений, боли и потери веса при болезни Альцгеймера [38, 39].

В качестве дополнительных препаратов могут применяться витамин D, ацетил-N-карнитин, витамины группы B [40–42]. Некоторые авторы рекомендуют применение ароматерапии с маслом бергамота [34].

Заключение. По существующим данным более половины людей с деменцией страдают болями. Выявление болевого синдрома у пациентов с деменцией представляет определенные трудности. В зависимости от степени тяжести деменции необходимо применение различных шкал оценки выраженности болевого синдрома.

Своевременная диагностика болевого синдрома с помощью применения специфических для больных деменцией клинических стандартизированных шкал оценки боли и комплексное фармакологическое и нелекарственное лечение пациентов позволяет улучшить качество их жизни.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Shakir R. Neurologists are key to the WHO global dementia strategy. *Lancet Neurol.* 2015;14(7):686. [https://doi.org/10.1016/S1474-4422\(15\)00052-6](https://doi.org/10.1016/S1474-4422(15)00052-6)
2. Bacigalupo I., Mayer F., Lacorte E., Di Pucchio A., Marzolini F., Canevelli M., et al. A Systematic Review and Meta-Analysis on the Prevalence of Dementia in Europe. *J. Alzheimers Dis.* 2018;66(4):1471–1481. <https://doi.org/10.3233/JAD-180416>
3. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <http://apps.who.int/iris>
4. Lin P.C., Li C.H., Chou P.L., Chen Y.-M., Li-Chan Lin. Prevalence of pain-related diagnoses in patients with dementia: a nationwide study. *J. Pain Res.* 2018;11:1589–1598. Published 2018 Sep 3. <https://doi.org/10.2147/JPR.S172875>
5. Lawn T., Aman Y., Rukavina K., Sideris-Lampretsas G., Howard M., Ballard C. et al. Pain in the neurodegenerating brain: insights into pharmacotherapy for Alzheimer disease and Parkinson disease. *Pain.* 2021;162(4):999–1006. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000002111>
6. Achterberg W.P., Pieper M.J.C., van Dalen-Kok A.H., de Waal M.W.M., Husebo B.S., Lautenbacher S. et al. Pain management in patients with dementia. *Clin. Interv. Aging.* 2013;8:1471–1482. <https://doi.org/10.2147/CIA.S36739>
7. Rajkumar A.P., Ballard C., Fossey J. Epidemiology of Pain in People With Dementia Living in Care Homes: Longitudinal

- Course, Prevalence, and Treatment Implications. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2017;18(5):453.e1 — 453.e6. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2017.01.024>
8. Ballard C., Corbett A., Orrell M., Williams G., Moniz-Cook E., Romeo R. et al. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med.* 2018;15(2): e1002500. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
9. Zwakhalen S., Hamers J., Huijjer H., Berger M. Pain in elderly people with severe dementia: A systematic review of behavioural pain assessment tools. *BMC Geriatrics.* 2006;6:3. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-6-3>
10. Яхно Н.Н., Кукушкин М.Л., Чурюканов М.В., Давыдов О.С., Бахтадзе М.А. Новое определение боли Международной ассоциации по изучению боли. Российский журнал боли. 2020;18 4):5–8. [Yakhno N.N., Kukushkin M.L., Churyukanov M.V., Davydov O.S., Bakhtadze M.A. New definition of pain of the International Association for the Study of Pain. *Russian Journal of Pain.* 2020;18(4):5–8. (in Russian)]. <https://doi.org/10.17116/pain2020180415>
11. Whitlock E.L., Diaz-Ramirez L.G., Glymour M.M., Boscardin W.J., Covinsky K.E., Smith A.K. Association Between Persistent Pain and Memory Decline and Dementia in a Longitudinal Cohort of Elders. *JAMA Intern Med.* 2017;177(8):1146–1153. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2017.1622>
12. Innes K.E., Sambamoorthi U. The Potential Contribution of Chronic Pain and Common Chronic Pain Conditions to Subsequent Cognitive Decline, New Onset Cognitive Impairment, and Incident Dementia: A Systematic Review and Conceptual Model for Future Research. *J. Alzheimers Dis.* 2020;78(3):1177–1195. <https://doi.org/10.3233/JAD-200960>. PMID: 33252087
13. Dziechciaż M., Balicka-Adamik L., Filip R. The problem of pain in old age. *Ann. Agric. Environ Med.* 2013;1:35–38. PMID: 25000839
14. Hunt L.J., Covinsky K.E., Yaffe K. Pain in Community-Dwelling Older Adults with Dementia: Results from the National Health and Aging Trends Study. *J. Am. Geriatr. Soc.* 2015;63(8):1503–1511. <https://doi.org/10.1111/jgs.13536>
15. González A.L.C. The neurologist facing pain in dementia. *Neurologia.* 2015;30(9):574–585. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2012.02.001>
16. Rizzi L., Rosset I., Roriz-Cruz M. Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types. *BioMed. Research International*, 2014;ID 908915:8. <https://doi.org/10.1155/2014/908915>
17. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. акад. РАМН Н.Н. Яхно. 2010:304. [Pain: a guide for doctors and students, ed. acad. RAMS N.N. Yakhno. 2010:304. (in Russian)].
18. Wright R., Malec M., Shega J.W., Rodriguez E., Kulas J., Morrow L. et al. Deconstructing Chronic Low Back Pain in the Older Adult-Step by Step Evidence and Expert-Based Recommendations for Evaluation and Treatment: Part XI: Dementia. *Pain Med.* 2016;17(11):1993–2002. <https://doi.org/10.1093/pm/pnw247>
19. Kunz M., Mylius V., Schepelmann K., Lautenbacher S. Loss in Executive Functioning Best Explains Changes in Pain Responsiveness in Patients with Dementia-Related Cognitive Decline. *Behav. Neurol.* 2015;878157. <https://doi.org/10.1155/2015/878157>
20. Herr K., Coyne P.J., Key T., Manworren R., McCaffery M., Merkel S. et al. American Society for Pain Management Nursing Pain assessment in the nonverbal patient: position statement with clinical practice recommendations. *Pain Manag. Nurs.* 2006;7(2):44–52. <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2006.02.003>
21. Warden V., Hurley A.C., Volicer L. Development and psychometric evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) scale. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2003;4(1):9–15. <https://doi.org/10.1097/01.JAM.0000043422.31640.F7>
22. Malara A., De Biase G.A., Bettarini F., Ceravolo F., Di Cello S., Garo M. et al. Pain Assessment in Elderly with Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. *J. Alzheimers Dis.* 2016;50(4):1217–1225. <https://doi.org/10.3233/JAD-150808>
23. Feast A.R., White N., Lord K., Kupeli N., Vickerstaff V., Sampson E.L. Pain and delirium in people with dementia in the acute general hospital setting. *Age Ageing.* 2018;47(6):841–846. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy112>
24. Abbey J., Piller N., De Bellis A., Esterman A., Parker D., Giles L. et al. The Abbey pain scale: a 1-minute numerical indicator for people with end-stage dementia. *Int. J. Palliat. Nurs.* 2004;10(1):6–13. doi: 10.12968/ijpn.2004.10.1.12013. PMID: 14966439
25. Atee M., Hoti K., Parsons R., Hughes J.D. A novel pain assessment tool incorporating automated facial analysis: interrater reliability in advanced dementia. *Clin. Interv. Aging.* 2018;13:1245–1258. <https://doi.org/10.2147/CIA.S168024>
26. Husebo B.S., Strand L.I., Moe-Nilssen R., Husebo S.B., Ljunggren A.E. Pain in older persons with severe dementia. Psychometric properties of the Mobilization-Observation-Behaviour-Intensity-Dementia (MOBID-2) Pain Scale in a clinical setting. *Scand. J. Caring. Sci.* 2010;24(2):380–391. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2009.00710.x>
27. van Kooten J., Smalbrugge M., van der Wouden J.C., Stek M.L., Hertogh C. Prevalence of Pain in Nursing Home Residents: The Role of Dementia Stage and Dementia Subtypes. *J. Am. Med. Dir. Assoc.* 2017;18(6):522–527. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.12.078>
28. Scuteri D., Matamala-Gomez M., Bottiroli S., Corasaniti M.T., De Icco R., Bagetta G. et al. Pain Assessment and Treatment in Dementia at the Time of Coronavirus Disease COVID-19. *Front Neurol.* 2020;11:890. <https://doi.org/10.3389/fneur.2020.00890>
29. Gélinas C., Fillion L., Puntillo K.A., Viens C., Fortier M. Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am. J. Crit. Care.* 2006;15(4):420–427. PMID: 16823021
30. Aminoff B.Z. Not Calm and Aminoff Suffering Syndrome in Advanced Alzheimer's Disease. *Am. J. Alzheimers Dis. Other Dement.* 2016;31(2):169–180. <https://doi.org/10.1177/1533317515598858>
31. Aminoff B.Z. The new Israeli Law “The Dying Patient” and Relief of Suffering Units. *Am. J. Hosp. Palliat. Care.* 2007;24(1):54–58. <https://doi.org/10.1177/1049909106295299>
32. Kelly P.A., Cox L.A., Petersen S.F., Gilder R.E., Blann A., Autrey A.E. et al. The effect of PARO robotic seals for hospitalized patients with dementia: A feasibility study. *Geriatr. Nurs.* 2020;42(1):37–45. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.11.003>
33. Hilmer S.N., Wu H., Zhang M. Biology of frailty: Implications for clinical pharmacology and drug therapy in frail older people. *Mech. Ageing. Dev.* 2019;181:22–28. <https://doi.org/10.1016/j.mad.2019.111119>
34. Gagliese L., Gauthier L.R., Narain N., Freedman T. Pain, aging and dementia: Towards a biopsychosocial model. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2018;87(Pt.B):207–215. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.09.022>
35. Данилов А.Б., Данилов Ал.Б. Биопсихосоциокультурная модель и хроническая боль. *Современная терапия в психиатрии и неврологии.* 2013;1:30–36. [Danilov A.B., Danilov Al.B. Biopsychosociocultural model and chronic pain. *Modern therapy in psychiatry and neurology.* 2013;1:30–36. (in Russian)].
36. Domenichiello A.F., Ramsden C.E. The silent epidemic of chronic pain in older adults. *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry.* 2019;93:284–290. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.04.006>
37. Erdal A., Flo E., Aarsland D., Selbaek G., Ballard C., Slettebo D.D. et al. Tolerability of buprenorphine transdermal system in nursing home patients with advanced dementia: a randomized, placebo-controlled trial (DEP.PAIN.DEM). *Clin. Interv. Aging.* 2018;13:935–946. <https://doi.org/10.2147/CIA.S161052>

38. Sherman C., Ruthirakuhan M., Vieira D., Lanctôt K.L., Hermann N. Cannabinoids for the treatment of neuropsychiatric symptoms, pain and weight loss in dementia. *Curr. Opin. Psychiatry*. 2018;31(2):140–146. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000399>
39. Uddin M.S., Mamun A.A., Sumsuzzman D.M., Ashraf G.M., Perveen A., Bungau S.G. et al. Emerging Promise of Cannabinoids for the Management of Pain and Associated Neuropathological Alterations in Alzheimer's Disease. *Front. Pharmacol*. 2020;11:1097. doi: 10.3389/fphar.2020.01097
40. Sergi G., Pizzato S., Piovesan F., Trevisan C., Veronese N., Manzato E. Effects of acetyl-L-carnitine in diabetic neuropathy and other geriatric disorders. *Aging. Clin. Exp. Res.* 2018;30(2):133–138. <https://doi.org/10.1007/s40520-017-0770-3>
41. Vakilian A., Razavi-Nasab S.M., Ravari A., Mirzaei T., Moghadam-Ahmadi A. et al. Vitamin B₁₂ in Association with Antipsychotic Drugs Can Modulate the Expression of Pro-/Anti-Inflammatory Cytokines in Alzheimer Disease Patients. *Neuroimmunomodulation*. 2017;24(6):310–319. <https://doi.org/10.1159/000486597>
42. Rasmussen J. The LipiDiDiet trial: what does it add to the current evidence for Fortasyn Connect in early Alzheimer's disease? *Clin. Interv. Aging*. 2019;14:1481–1492. <https://doi.org/10.2147/CIA.S211739>

Поступила 28.01.2021
Принята к печати 09.02.2021