Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2020 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: M25.5, M54, M54.5, R10.2, R52.1, R52.2, R52.9 · Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров»

Хроническая боль — это боль, сохраняющаяся 3 месяца и более; у пациентов старше 60 лет она часто сочетается со снижением мобильности, старческой астенией, саркопенией, когнитивными и тревожно-депрессивными нарушениями. Рекомендация посвящена скринингу, комплексной оценке и мультимодальному лечению боли с учетом коморбидности, риска падений и возрастных изменений фармакокинетики.

Главное

- Диагностический критерий хронической боли — персистирование болевого синдрома не менее 3 месяцев. Объективного лабораторного или инструментального метода измерения боли нет, поэтому используют валидированные шкалы.
- Боль следует активно выявлять у всех пациентов старше 60 лет, поскольку они могут недооценивать ее или не сообщать о ней, особенно при деменции. Скрининг хронической боли имеет УУР С, УДД 5.
- При каждом визите оценивают интенсивность боли отдельно в покое и при движении по ВАШ, NRS или шкале лиц и фиксируют результат в документации; УУР С, УДД 5.
- У пациентов с хронической болью нужно оценивать старческую астению, риск падений, саркопению, когнитивный статус и влияние боли на функциональность. При результате 3 балла и более по опроснику «Возраст не помеха» пациента направляют в гериатрический кабинет.
- Выбор терапии зависит от механизма боли: ноцицептивного, нейропатического или смешанного. Для выявления нейропатического компонента используют DN4 и PainDETECT; рекомендация имеет УУР В, УДД 2.
- Основой лечения у пациентов старше 60 лет является индивидуальный мультимодальный план, включающий немедикаментозные и медикаментозные методы, коррекцию коморбидности и гериатрических синдромов; УУР В, УДД 2.
- Возрастные изменения функции почек, печени и желудочно-кишечного тракта, а также полипрагмазия и полиморбидность требуют тщательного выбора обезболивающих средств и титрации дозы от минимальной до эффективной. Наркотические анальгетики при хронической неонкологической боли не рекомендуются из-за отсутствия надежных доказательств эффективности; УУР В, УДД 1.

Диагностика

1. Активно выяснять наличие боли у каждого пациента старше 60 лет для скрининга хронической боли; УУР С, УДД 5. Хронической боль считают при длительности 3 месяца и более.
2. Оценить интенсивность боли в покое и при движении по ВАШ, NRS или FPS; при тяжелой деменции использовать PAINAD. Оценку проводят при каждом визите и осмотре; для PAINAD рекомендация имеет УУР В, УДД 2.
3. Собрать комплексный анамнез: локализация, характер и течение боли, влияние на самообслуживание, мобильность, сон, настроение, когнитивные функции и социальную активность. Уточнить болевое поведение, принимаемые анальгетики и ожидаемые цели лечения; УУР С, УДД 5.
4. Провести физикальное обследование: осмотреть и пальпировать болезненные зоны, оценить признаки воспаления, конфигурацию и функцию суставов или позвоночника, рост, массу тела и температуру.
5. Определить механизм боли по клиническим признакам и опросникам DN4 или PainDETECT. Нейропатический компонент предполагают при жжении, стреляющей или пульсирующей боли, покалывании, онемении, аллодинии, гиперестезии и нарушениях чувствительности; УУР В, УДД 2 для дифференциальной диагностики.
6. Выполнить общий анализ крови, а при планировании лекарственной терапии — биохимический анализ с оценкой мочевой кислоты, билирубина, АСТ, АЛТ, креатинина и глюкозы; также исследовать С-реактивный

белок и 25-OH витамин D. Для общего анализа и биохимии — УУР С, УДД 5; для С-реактивного белка — УУР С, УДД 2; для 25-OH витамина D — УУР В, УДД 2.

7. При боли в спине со снижением роста выполнить рентгенографию грудного и поясничного отделов позвоночника в двух проекциях. Компрессионным переломом считают снижение высоты тела позвонка на 20% и более.
8. При хронической боли в спине провести скрининг и диагностику остеопороза в соответствии с клиническими рекомендациями.

Лечение

- Основой лечения у пациентов старше 60 лет является индивидуальный мультимодальный план, включающий немедикаментозные и медикаментозные методы, коррекцию коморбидности и гериатрических синдромов; УУР В, УДД 2.
- Назначать лечебную физкультуру 2–3 раза в неделю не менее 8 недель; ежедневный комплекс лечебных упражнений рассматривается как базовая терапия. Возможны Тай-Чи, аэробные упражнения на силу и выносливость и лечебное плавание при боли в суставах и спине; для комплекса упражнений и плавания — УУР В, УДД 2.
- Психотерапию назначают большинству пациентов для формирования позитивных копинг-стратегий; особенно важны когнитивно-поведенческие занятия. Рекомендация имеет УУР А, УДД 1.
- Парацетамол используют как инициальную терапию при слабой или умеренной боли: обычно 3 г/сут, а при старческой астении или возрасте старше 80 лет — не более 2 г/сут; УУР В, УДД 1.
- При сильной ноцицептивной боли в спине или суставах НПВП применяют только в минимальной эффективной дозе коротким курсом — не более 14 дней — с учетом желудочно-кишечного и сердечно-сосудистого риска; УУР С, УДД 5. При назначении НПВП пациентам старше 60 лет рекомендуется ингибитор протонной помпы для профилактики НПВП-гастропатии; УУР А, УДД 1.
- НПВП противопоказаны при старческой астении, высоком или очень высоком сердечно-сосудистом риске, перенесенных сосудистых операциях и хронической болезни почек при СКФ менее 30 мл/мин; УУР С, УДД 5. При артериальной гипертонии во время приема НПВП необходим тщательный контроль давления.
- При нейропатической боли начинают с минимальных доз прегабалина 75 мг или габапентина 300 мг с постепенной титрацией; максимальные дозы, изучавшиеся в РКИ, составляют 600 и 1800 мг соответственно. При противопоказаниях или непереносимости антиконвульсантов используют дулоксетин; рекомендации для прегабалина и габапентина — УУР В, УДД 1.
- При боли в суставах и противопоказаниях к НПВП или старческой астении можно использовать парентеральный хондроитина сульфат по 100–200 мг через день, всего 25–30 инъекций; УУР А, УДД 1. При недостаточности или дефиците витамина D назначают колекальциферол; целевой уровень 25(OH)D — 30–60 нг/мл.

Когда направить и как наблюдать

- При результате 3 балла и более по опроснику «Возраст не помеха» направить пациента в гериатрический кабинет; при 0–2 баллах ведение осуществляет врач общей практики или участковый терапевт.
- При подозрении на нейропатическую боль направить к неврологу; при хронической боли в суставах с синовитом крупного сустава — к ревматологу. При положительных тестах на парапротеины у пациента с болью в спине и патологическими переломами позвонков необходима консультация гематолога.
- Плановая госпитализация возможна при боли умеренной или низкой интенсивности без установленной причины, если амбулаторно не выполнены необходимые исследования, либо для проведения инвазивного лечения причины боли.
- Экстренная госпитализация показана при боли высокой интенсивности при ранее не установленной причине, необходимости интенсификации обезболивания, сочетании боли с лихорадкой, снижением веса, отсутствием аппетита или онкологическим анамнезом, а также при осложнениях боли или анальгетиков.
- При интенсивной хронической боли у пациента, имеющего показания к паллиативной помощи, вопрос о госпитализации в паллиативную организацию решают совместно с врачом по паллиативной медицинской помощи. Госпитализацию следует сокращать до необходимого минимума из-за риска инфекций, депрессии и делирия.

Частые вопросы

Как подтвердить хроническую боль у пациента старше 60 лет?

Критерий — боль, сохраняющаяся 3 месяца и более. Интенсивность оценивают субъективно по ВАШ, NRS или FPS; при тяжелой деменции используют PAINAD.

Что делать, если пациент с деменцией не жалуется на боль?

Не ждать самостоятельной жалобы: оценить боль по PAINAD, учитывая дыхание, негативную вокализацию, выражение лица, язык тела и возможность утешить пациента. По PAINAD 1–3 балла соответствуют слабой боли, 4–6 — боли средней тяжести, 7–10 — сильной боли.

Какой результат DN4 указывает на нейропатический компонент боли?

По DN4 сумма 4 балла и более указывает на нейропатическую боль или нейропатический компонент.

Какой результат PainDETECT указывает на выраженный нейропатический компонент?

По PainDETECT сумма 19 баллов и более свидетельствует о выраженном нейропатическом компоненте.

Как назначать прегабалин или габапентин пожилому пациенту?

Терапию начинают с прегабалина 75 мг или габапентина 300 мг и постепенно титруют до обезболивающего эффекта. Максимальные дозы, изучавшиеся в РКИ, составили 600 мг для прегабалина и 1800 мг для габапентина; в первые дни возможны заторможенность и психотропные эффекты.

Когда НПВП у пациента старше 60 лет назначать нельзя?

НПВП не назначают при старческой астении, высоком или очень высоком сердечно-сосудистом риске, перенесенных сосудистых операциях и хронической болезни почек при СКФ менее 30 мл/мин. В остальных случаях их используют в минимальной эффективной дозе и курсом не более 14 дней.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/616-hronicheskaya-bol-u-pacientov-pozhilogo-i-starcheskogo-vozrasta. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/616_1