

МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ БОЛЬОВОГО СИНДРОМУ В ОНКОЛОГІЧНИХ ХВОРИХ НА ЕТАПАХ ЛІКУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

Київський міський клінічний онкологічний центр

Показано, що в онкологічних хворих біль є частим проявом захворювання. Він чинить багатогранний вплив на функціонування хворого та має значущі медичні, психологічні та психосоціальні наслідки. У лікуванні поряд із медичними наявні медико-психологічні чинники ефективності протибольової терапії, пов'язані із психологічними реакціями та порушенням комплаєнсу. Ефективне лікування болю пов'язане із застосуванням мультимодальної стратегії, яка включає протибольову терапію та медико-психологічну допомогу.

Ключові слова: онкологічні хворі, біль, больовий синдром, протибольова терапія, психоонкологія, медико-психологічна допомога.

Біль — це небажаний сенсорний та емоційний досвід, пов'язаний з існуючим або потенційним ураженням тканин чи описаний як подібне ураження, що має важливе біологічне значення, оскільки є сигналом для організму про можливість його пошкодження і, відповідно, викликає поведінку, спрямовану на уникнення небезпеки [1].

Близько 70% онкологічних пацієнтів стикаються з появою больового синдрому (БС) різного характеру та ступеня вираженості на етапах лікувального процесу. Вираженість болю при різних нозологіях відрізняється: у хворих на лейкемію БС реєструється у близько 5% осіб, тоді як при раку легень, колоректальному раку становить 50–75%, у пацієток із раком шийки матки, із залученням у патологічний процес кісток (метастази в кістках) поширеність найвища — близько 85% [2].

БС має психофізіологічну природу. Фізіологічний компонент включає взаємодію ноцицептивної та антиноцицептивної систем, індивідуальний рівень толерантності — больовий поріг. Психологічна складова обумовлює емоційний компонент болю, його сприйняття, в тому числі через актуальний психічний стан, попередній досвід зустрічі з больовими відчуттями [3].

Ситуації в онкологічній практиці, пов'язані з розвитком БС, включають власне прояви захворювання, післяопераційний біль, наслідки протипухлинного лікування, проведення діагностичних та інструментальних процедур, біль непухлинної етіології [4–9].

Необхідність психологічної допомоги хворим із болем обумовлена його суттєвим впливом на психіку (реакції «тривожного очікування болю», «гостра больова поведінка», розвиток депресії), посиленням больових відчуттів на фоні психоемоційного напруження, негативними фізіологічними реакціями (гіперактивація вегетативної нервової

системи, м'язове напруження) [6, 10, 11]. Хронічний БС (ХБС) — соматогенний чинник ризику суїциду, супроводжується зниженням якості життя хворого, потенцією поведінку, спрямовану на вживання психоактивних речовин, алкоголю з метою полегшення страждання [12, 13].

Протибольова терапія (ПБТ) онкологічних хворих ґрунтується на застосуванні неопіоїдних та опіоїдних анагетиків, а також ад'ювантних препаратів, використання яких є основою етапного підходу до лікування болю, розробленого та запропонованого ВООЗ [1]. Поряд із медикаментозною терапією БС важливого значення набуває психологічна допомога [14, 15].

Мета дослідження — вивчити медико-психологічні прояви, пов'язані з наявністю БС в онкологічних хворих на різних етапах лікувального процесу.

Дослідження проводилося на базі Київського міського клінічного онкологічного центру протягом 2014–2016 рр. В опитуванні взяли участь 187 онкологічних пацієнтів (101 жінка та 86 чоловіків), які проходили протипухлинну терапію вперше (група 1), 155 хворих (85 жінок та 70 чоловіків) — повторно (група 2), а також 112 пацієнтів (68 жінок та 44 чоловіків), які отримували паліативне лікування (група 3).

Як діагностичний інструментарій було використано структуроване клініко-психологічне інтерв'ю. Статистична обробка проводилася з використанням методів описової статистики у MS Excel v. 8.0.3.

Результати вираженості БС залежно від етапу лікувального процесу наведено в таблиці. У 51,9% онкохворих при первинному зверненні за протипухлинним лікуванням БС був відсутній, слабка його вираженість реєструвалася в 32,6% випадків, помірна — в 13,4% та сильна — в 2,1%.

Больовий синдром в онкологічних хворих на різних етапах лікування, %

Вираженість болю	Група 1, n = 187			Група 2, n = 155			Група 3, n = 112		
	заг.	жін.	чол.	заг.	жін.	чол.	заг.	жін.	чол.
Відсутній	51,9	53,5	50,0	36,8	35,3	38,6	8,0	8,8	6,8
Слабкий	32,6	30,7	34,8	16,8	16,5	17,1	11,6	13,3	9,1
Помірний	13,4	12,8	14,0	38,7	40,0	37,1	24,1	23,5	25,0
Сильний	2,1	3,0	1,2	7,7	8,2	7,2	56,3	54,4	59,1

Прогресування онкологічного захворювання зумовлювало збільшення розповсюдженості БС серед пацієнтів, при повторній протипухлинній терапії біль був відсутній в 36,8% випадків, на слабкому рівні визначався у 16,8% пацієнтів, помірному — у 38,7%, сильному — у 7,7%. Паліативний етап лікування характеризувався тим, що БС не виявлявся лише у 8,0% хворих, слабкий біль відчували 11,6%, помірний — 24,1%, тоді як сильний — у 56,3% онкологічних пацієнтів. Суттєвих відмінностей у структурі БС поміж жінок та чоловіків встановлено не було. Таким чином, серед онкологічних пацієнтів біль був досить поширеним симптомом, його частота й вираженість зростали з перебігом захворювання.

Наявність болю в онкологічних хворих супроводжувалася медичними, психологічними та психосоціальними наслідками. З точки зору медицини БС був сигналом фізичного нездоров'я. Онкологічні пацієнти зазначали, що поява постійного болю ставала одним із провідних мотивуючих чинників звернення по медичну допомогу. Локалізація, інтенсивність, періодичність як основні характеристики БС були критеріями для лікарської діагностики та самодіагностики стану. Присутність болю вносила обмеження у життя пацієнтів, які стосувалися фізичного навантаження, активності, дієти. Тривалий БС потребував лікування: проведення ПБТ анальгетиками та ко-анальгетиками, що формувало ряд специфічних психологічних станів, пов'язаних із прихильністю до терапії. Питання комплаєнсу стосовно протiboldових засобів особливо гостро стояло у хворих на паліативному етапі лікування, серед яких у 56,3% діагностувався сильний БС.

Основними психологічними наслідками БС були зрушення у психоемоційному стані онкологічних пацієнтів. У 73,6% онкохворих спостерігався страх онкологічного болю різного ступеня вираженості — від нечастих думок до нав'язливого стану. Пацієнти з болем (64,1% усіх обстежених) відзначали зниження настрою — у 100% випадків, тривогу, пов'язану з очікуванням появи чергового нападу чи посилення больових відчуттів, — у 72,5%, обмеження активності — у 66,7%, дратівливість — у 57,4%, емоційну лабільність — у 44,0%. Для

хворих із БС була властива больова поведінка: комплекс поведінкових вербальних (скарги, зітхання, стони) та невербальних проявів при гострому чи хронічному болю (протiboldова поза, дотики чи стискання больового місця, обмеження активності, прийом ліків, гримаса болю). Для зниження больових відчуттів 80,4% онкологічних пацієнтів приймали протiboldові засоби, тоді як 19,6% — не користувалися ліками, що пояснювали незначною інтенсивністю БС — 13,4% пацієнтів, небажанням негативно діяти на організм «хімічними анальгетиками» — 6,2%. Антибольовий копінг включав також відволікання та переключення у 69,1% хворих, методи розслаблення — у 19,6%, усамітнення та зменшення впливу зовнішніх подразників — у 18,6%, вживання алкоголю з метою зниження фізичного та психічного стресу — у 13,1%.

Психосоціальні наслідки БС включали погіршення якості життя — у 96,2% випадків, зниження працездатності — у 90,7%, соціальної активності — у 80,4%, наростання напруженості у міжособистісній взаємодії — у 58,8%, що особливо виражено виявлялось в онкохворих, які отримували паліативну допомогу.

Одним із найважливіших способів протидії болю, особливо хронічного, була ПБТ. Лікування при ХБС проводилося тривало та потребувало дотримання хворим певної схеми, що визначало необхідність високої прихильності до лікарських рекомендацій. Однак у зв'язку з цією особливістю у пацієнтів часто виникали переживання щодо негативного впливу, а саме — побічної дії протiboldових засобів на організм у цілому, страху звикання (особливо до наркотичних анальгетиків). Це виявлялося у порушеннях схеми ПБТ, самолікуванні чи відмові від терапії. Аналіз основних чинників неефективного знеболення онкохворих на паліативному етапі лікування показав, що такими були:

- порушення «графіку знеболення» в амбулаторних умовах — 71,4%;
- самовільна відмова хворого від прийому призначених анальгетиків або зміна схеми ПБТ на фоні досягнення знеболення — 69,6%;
- недостатнє використання або невикористання ко-анальгетиків (антидепресанти,

антиконвульсанти, глюкокортикоїди та ін.) — 67,0%;

— призначення знеболювальних засобів на вимогу, а не планове знеболення — 48,2%;

— призначення слабо діючих аналгетиків у великих добових дозах на протипагу лікам із більш вираженим протипагальним ефектом — 38,4%;

— відміна ефективних препаратів при появі побічних ефектів — 31,3%;

— відміна засобів I швидкої дії нестероїдних протипагальних препаратів у разі призначення опіатів — 28,6%;

— відмова від призначення опіатів у зв'язку зі страхом залежності — 27,7%;

— недооцінка або переоцінка БС при його тривалості та інтенсивності, тобто тривалий період неадекватного знеболення — 17,9%;

— призначення аналгетиків із подібним механізмом знеболення або однієї фармакологічної групи — 9,8%;

— неадекватна оцінка характеру болю та причин його виникнення, тобто віднесення болю, не пов'язаного зі злоскисним процесом, до розряду «пухлинних» — 8,9%;

— наявність у хворого виражених психогенних реакцій або психічних розладів, що обтяжують перебіг хвороби (реактивні депресії, у тому числі з суїцидальними намірами, тривожні розлади, психопатії та характерологічні зміни, когнітивні порушення) — 8,9%;

— неадекватне пред'явлення пацієнтом скарг із приводу ХБС (когнітивні розлади у випадку метастазів у головному мозку, дисимуляція, низький рівень освіти та ін.) — 8,0%.

Зазначені чинники включали як медичні, так і психологічні аспекти, які впливали на оцінку БС та його лікування. Неуспішність та неефективність призначеної ПБТ найчастіше була обумовлена недотриманням основних принципів знеболювальної терапії; порушенням прихильності хворих до лікування — комплаєнс (недотримання призначеної схеми ПБТ); психологічними реакціями, пов'язаними з лікуванням (страх залежності чи побічної дії лікарських засобів). Значна частка власне психологічних проблем, пов'язаних із ПБТ, зумовлювала важливість медико-психологічної допомоги хворим із ХБС. Із цієї проблемою психологічна служба може справлятися шляхом виявлення психологічних чинників, що зумовлювали низьку прихильність до лікування (страхи, негативні переживання, нерациональні установки, брак достовірної та повної інформації, преморбідні особливості хворих) та усунення їх через психоосвіту та психокорекцію; проведення психоосвітніх заходів та комунікативних тренінгів для медичного персоналу, який надавав допомогу хворим із БС, із метою підвищення їх

поінформованості щодо психології пацієнта з болем та поліпшення навичок професійної взаємодії.

На основі вивчення медико-психологічних аспектів прояву БС в онкологічних пацієнтів було сформульовано завдання психологічної допомоги. Для хворих із болем психологічні заходи включали:

оцінку психічного стану хворого, виявлення психічних розладів (депресії, тривожного розладу), суїцидальної готовності;

визначення індивідуальних особливостей переживання болю, його комплексного впливу на життя хворого (особистісне, міжособистісне, професійне);

виявлення психологічних чинників, які впливали на прихильність до ПБТ (страхи, негативні переживання, нерациональні установки, брак достовірної та повної інформації, преморбідні особливості хворих, когнітивна дисфункція, здатність адекватно виражати скарги та ін.);

оцінку психосоціального ресурсу пацієнта (зовнішньої підтримки);

інформування щодо психологічних особливостей сприйняття, переживання болю, можливостей немедикаментозних способів корекції;

роз'яснення принципів ПБТ, мотивування на лікування основного захворювання та ХБС;

психокорекцію психологічних дезадаптивних станів, пов'язаних із ПБТ;

навчання технік психофізіологічної релаксації, самоконтролю психічного стану;

призначення психофармакотерапії;

психоосвіту та консультування членів сім'ї і близьких хворого.

Завдання спеціаліста з психічного здоров'я щодо медичного персоналу у зв'язку з наявністю БС у хворого: психоосвіта з питань психології болю; інформування щодо аспектів психіатричної пропедевтики (симптоми депресії, прояви суїцидальної готовності, когнітивна дисфункція) та формування навичок проводити пілотну оцінку психічного стану пацієнта, психічних змін у відповідь на БС; підвищення комунікативної компетентності та психологічних навичок професійної взаємодії — вміння будувати конструктивний діалог, повно та зрозуміло для хворого пояснювати процес лікування, мотивувати на ПБТ.

Таким чином, психологічна допомога онкологічним пацієнтам із БС має включати забезпечення психоемоційної підтримки, психоосвітні заходи та формування навичок саморегуляції психічних станів (наприклад, релаксація, когнітивно-поведінкові техніки). Для ефективного знеболення кожному хворому з ХБС повинна підбиратися індивідуальна схема ПБТ, побудована на стандартах та принципах лікування ХБС, що враховує попередній досвід знеболювальної терапії

і включає комплекс медичних, психоосвітніх та психологічних заходів.

Проведене дослідження дає змогу зробити такі висновки.

В онкологічних хворих біль — частий прояв захворювання, частота й вираженість якого зростає з перебігом захворювання. Він чинить багатогранний вплив на функціонування хворого та має значущі медичні, психологічні та психосоціальні наслідки. У лікуванні БС поряд із медичними наявні важливі медико-психологічні чинники ефективності ПБТ, пов'язані з психологічними реакціями та порушенням комплаєнсу. Медико-психологічна допомога онкологічним пацієнтам із БС має включати забезпечення психоемоційного супроводу, психоосвітні заходи та формування навичок саморегуляції психічного стану, залучення сім'ї хворого до підтримки. Для медичного персоналу важливими є навички поінформованості щодо психології пацієнта з болем та поліпшення професійної взаємодії. Ефективне лікування БС пов'язане із застосуванням мультимодальної стратегії, яка включає ПБТ та медико-психологічну допомогу.

Список літератури

1. Основні аспекти адекватного знеболення онкологічних хворих / О. М. Ключов, О. В. Калачов, Г. О. Вакуленко [та ін.] // Практикуючий лікар.— 2012.— № 1.— С. 12–14.
2. Лісецький В. А. Знеболення онкологічних хворих на дому і в хоспісі / В. А. Лісецький, Г. П. Олійніченко, О. В. Калачов // Острые и неотложные состояния в практике врача.— 2010.— № 4.— С. 42–43.
3. Голубев Е. И. Психологические установки пациента и переживание боли / Е. И. Гусев, А. Н. Боголепова // Нейронews.— 2010.— № 8 (27).— С. 25.
4. Pain in 1,000 women treated for breast cancer: a prospective study of pain sensitivity and postoperative pain / M. A. Kaunisto, R. Jokela, M. Tallgren [et al.] // Anesthesiology.— 2013.— Vol. 119 (6).— P. 1410–1421.
5. Jain P. Prevalence of acute neuropathic pain after cancersurgery: A prospective study / P. Jain, D. Padole, S. Bakshi // Indian J. Anaesth.— 2014.— Vol. 58 (1).— P. 36–42.
6. Rajmohan V. Psychiatric morbidity, pain perception, and functional status of chronic pain patients in palliative care / V. Rajmohan, S. K. Kumar // Indian J. Palliat. Care.— 2013.— Vol. 19 (3).— P. 146–151.
7. Chemotherapy-induced pain and neuropathy: a prospective study in patients treated with adjuvant oxaliplatin or docetaxel / L. Ventzel, A. B. Jensen, A. R. Jensen [et al.] // Pain.— 2016.— Vol. 157 (3).— P. 560–568.
8. Experiences of pain: a longitudinal, qualitative study of patients with head and neck cancer recently treated with radiotherapy / A. Schaller, B. Larsson, M. Lindblad [et al.] // Pain Manag. Nurs.— 2015.— Vol. 16 (3).— P. 336–345.
9. Predictors of pain experienced by women during percutaneous imaging-guided breast biopsies / A. E. Soo, R. A. Shelby, L. S. Miller [et al.] // J. Am. Coll. Radiol.— 2014.— Vol. 11 (7).— P. 709–716.
10. Baratta J. L. Clinical consequences of inadequate pain relief: barriers to optimal pain management / J. L. Baratta, E. S. Schwenk, E. R. Viscusi // Plast. Reconstr. Surg.— 2014.— Vol. 134 (4).— P. 15–21.
11. Common mechanisms of pain and depression: are antidepressants also analgesics? / T. Nekovarova, A. Yamamotova, K. Vales [et al.] // Front. Behav. Neurosci.— 2014.— Vol. 25 (8).— P. 99.
12. The prevalence and correlates of chronic pain and suicidality in a nationally representative sample / G. Campbell, S. Darke, R. Bruno [et al.] // Aust. NZJ Psychiatry.— 2015.— Vol. 49 (9).— P. 803–811.
13. Prevalence of suicidal ideation in patients with chronic non-cancer pain referred to a behaviorally based pain program / M. D. Cheatle, T. Wasser, C. Foster [et al.] // Pain Physician.— 2014.— Vol. 17 (3).— P. 1359–1367.
14. Chronic pain management: nonpharmacological therapies for chronic pain / K. L. Chang, R. Fillingim, R. W. Hurley [et al.] // FP Essent.— 2015.— Vol. 432.— P. 21–26.
15. Garland E. L. Treating chronic pain: the need for non-opioid options / E. L. Garland // Expert Rev. Clin. Pharmacol.— 2014.— Vol. 7 (5).— P. 545–550.

МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ БОЛЕВОГО СИНДРОМА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ НА ЭТАПАХ ЛЕЧЕБНОГО ПРОЦЕССА

И. Р. МУХАРОВСКАЯ

Показано, что у онкологических больных боль является частым проявлением заболевания. Она оказывает многогранное влияние на функционирование больного и имеет значимые медицинские, психологические и психосоциальные последствия. В лечении боли наряду с медицинскими присутствовали медико-психологические факторы эффективности противоболевой терапии, связанные с психологическими реакциями и нарушением комплаенса. Эффективное лечение боли связано с применением мультимодальной стратегии, которая включает противоболевую терапию и медико-психологическую помощь.

Ключевые слова: онкологические больные, боль, болевой синдром, противоболевая терапия, психоонкология,

**MEDICAL PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF PAIN SYNDROME
IN CANCER PATIENTS DURING TREATMENT**

I. R. MUKHAROVSKA

In cancer patients, pain was shown to be a frequent manifestation of cancer. Pain influenced in various ways functioning of the patient and had significant medical, psychological and psychosocial consequences. Treatment of pain included psychological factors of the effectiveness of pain therapy associated with psychological reactions and compliance disorders. Successful treatment of pain is associated with the use of multimodal strategy that contains pain therapy and medical psychological help.

Key words: cancer patients, pain, pain syndrome, analgesic therapy, psycho-oncology, medical psychological aid.

Надійшла 13.10.2016