

Оценка симптомов у больных со злокачественными заболеваниями системы крови: расхождения в оценке выраженности симптомов и эффективности их лечения между врачом и пациентом

А. А. Новик [1], Т. И. Ионова [2], С. А. Калядина [2], А. В. Киштович [2]

РЕФЕРАТ

Symptom assessment in patients with hematological malignancies: discrepancies in estimation of symptom severity and symptom management efficacy between a patient and a physician

A. A. Novik [1], T. I. Ionova [2], S. A. Kalyadina [2], A. V. Kishtovich [2]

SUMMARY

Discrepancy in estimations of symptom severity is one of the barriers of undertreatment of symptoms in patients with hematological malignancies. It was shown previously that fatigue, pain and distress are the most prevalent and disturbing symptoms in advanced cancer. We aimed to determine agreement in estimations of (1) fatigue, pain and distress severity between a patient and a physician and of (2) efficacy of symptom control. 238 patients with advanced hematological malignancies completed M. D. Anderson Symptom Inventory twice: at baseline and in a month. Physicians evaluated their patients' symptom severity using 0–10 rating scale. It was shown that physicians underestimated patients' symptom severity that was more profound for moderate-to-severe symptoms: mean overlap across symptoms was 50 %. As for the symptom control efficacy, physicians better identify positive therapy outcomes than symptom treatment failure or no effect.

Keywords:

hematological malignancies, symptoms, assessment, pain, fatigue, distress, cancer pain management, discrepancies.

[1] Pirogov National medical surgical center, Moscow

[2] Multinational center for quality of life research, Saint-Petersburg

Контакты: nqolc@yandex.ru

Принято в печать: 14 августа 2008 г.

Одной из причин неэффективного симптоматического лечения в онкогематологии является расхождение в оценке выраженности симптомов больным и врачом. У больных со злокачественными заболеваниями системы крови наиболее распространенными симптомами являются слабость, боль, психологический дистресс и нарушения сна. Целью исследования явилось определение частоты совпадения ответов врачей и больных:

- при оценке выраженности наиболее актуальных для гемобластозов симптомов: слабости, боли и психологического дистресса;
- при оценке эффективности лечения данных симптомов.

В исследование включено 238 больных со злокачественными заболеваниями системы крови. Больные заполняли опросник оценки основных симптомов MDASI при обращении за медицинской помощью и через месяц. Врачи проводили оценку симптомов с помощью цифровой оценочной шкалы от 0 до 10 баллов до ознакомления с результатами заполнения опросника больными.

Слабость испытывали 90 % больных, включенных в исследование, дистресс — 72 % и боль — 53 % больных. При этом у многих пациентов симптомы были умеренно или значительно выражены (интенсивность 5 баллов и более по цифровой оценочной шкале от 0 до 10), т. е. имелся клинически значимый уровень выраженности симптома. Умеренно или значительно выраженная слабость присутствовала у 66 % больных, боль — у 27 % и дистресс — у 25 % больных. Причем 74 (31 %) пациента испытывали слабость интенсивностью 7 баллов и более; 39 (16 %) пациентов — боль интенсивностью 7 баллов и более; 26 (11 %) больных — психологический дистресс интенсивностью 7 баллов и более.

Результаты исследования показали, что оценка врачами тяжести симптомов, испытываемых пациентами, и эффективности их лечения отличается от оценки, данной больными. Установлено, что количество совпадений ответов врачей и больных при оценке выраженности слабости, боли и психологического дистресса было различным в группах больных, выделенных в зависимости от выраженности симптома. Наибольшее расхождение наблюдалось при оценке слабости, боли и дистресса интенсивностью 5 баллов и более (умеренно и значительно выраженные симптомы): число несовпадений ответов врачей и больных составило 39, 55 и 67 % соответственно. При оценке слабости, боли и дистресса в группах больных, испытывающих симптомы интенсивностью 7 баллов и более, врачи недооценили симптомы в 39, 44 и 65 % случаев соответственно.

[1] Национальный медико-хирургический центр им. Н. И. Пирогова, Москва

[2] Межнародный центр исследования качества жизни, Санкт-Петербург

Анализ эффективности лечения симптомов показал, что при умеренно или значительно выраженной слабости и боли адекватное лечение было назначено в 52 и 20 % случаев соответственно. Коррекция симптомов психологического дистресса проводилась в 4 % случаев. При оценке эффективности лечения симптомов врачи лучше дифференцировали положительный эффект те-

рапии и чаще неточно оценивали результаты контроля симптомов в случае отсутствия эффекта.

Ключевые слова

злокачественные заболевания крови, симптомы, оценка, боль, слабость, дистресс, лечение боли, расхождения в оценках.

ВВЕДЕНИЕ

Контроль симптомов — один из важных элементов в системе помощи больным гемобластозами, направленный на устранение или облегчение тягостных проявлений заболевания. Успех данного вида терапии во многом зависит от точной и достоверной оценки симптомов у каждого пациента. В клинической практике только стандартные и правильно используемые методы позволяют определить спектр и выраженность симптомов, организовать их мониторинг в процессе лечения, а также изучить степень влияния симптомов на качество жизни больных. Адекватная оценка симптомов является основой для разработки эффективных программ симптоматической терапии.

Симптом как признак заболевания может быть выявлен на основании объективного обследования и субъективной оценки. Примерами объективных симптомов являются лимфаденопатия, бледность, желтуха, экзофтальм; субъективных — боль, страх, слабость. В руководствах по симптоматической терапии подчеркивается, что источником информации о выраженности субъективных симптомов и их влиянии на функционирование следует считать оценку, данную больным. Известно, что одной из причин неэффективного симптоматического лечения является расхождение в оценке выраженности симптомов больным и врачом.^{1,2}

Инструментами для оценки субъективных симптомов являются специальные опросники, представляющие собой стандартизованные наборы вопросов, касающихся различных симптомов. Опросник, как правило, состоит из нескольких единичных шкал, каждая из которых оценивает ту или иную характеристику симптома: его длительность, частоту возникновения, локализацию, степень облегчения от получаемого лечения.

В связи с тем, что большинство пациентов, страдающих злокачественным заболеванием системы крови, испытывают не один, а множество симптомов, разработаны опросники, которые позволяют измерить выраженность широкого круга симптомов и степень их влияния на функции организма больного.

Ранее было установлено, что наиболее распространенным и выраженным симптомом у больных гемобластомами является слабость, ее испытывают 77–93 % больных.^{3,4} Другими частыми симптомами являются нарушение сна, психологические симптомы (подавленность, печаль), нарушение памяти. Их отмечают около 70 % больных. Около 60 % больных испытывают выраженную боль. Известно, что боль является одним из самых тяжелых симптомов с точки зрения его влияния на качество жизни пациента.

Целью исследования явилось определение частоты совпадения ответов врачей и больных:

- при оценке выраженности наиболее актуальных для гемобластозов симптомов: слабости, боли и психологического дистресса,

- при оценке эффективности лечения данных симптомов.

В анализ включены результаты двух исследований: «Изучение симптомов у больных с распространенными солидными опухолями и гемобластомами» (2000–2004)⁵ и «Эпидемиологическое исследование симптомов у больных с распространенными солидными опухолями и гемобластомами» (2005–2006).³

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Характеристика больных

В исследование включено 238 больных со злокачественными заболеваниями системы крови в далеко зашедшей стадии. Распределение больных было следующим: неходжкинские лимфомы — 75 (31,5 %), хронические лейкозы — 59 (25 %), множественная миелома — 38 (16 %), лимфома Ходжкина 32 (13,4 %), острые лейкозы — 31 (13 %), миелодиспластический синдром — 3 (1,3 %). Более 50 % больных имели общесоматический статус 2–4 балла. Большинство больных (88 %) получали химиотерапию.

Возраст обследованных колебался от 16 до 93 лет (средний возраст — 52,8 года, стандартное отклонение — 17,6). Соотношение по полу было следующим: мужчины/женщины — 136/102.

Более половины больных (58 %) не работали. Высшее образование имели 38 % пациентов, среднее специальное — 30 % и среднее — 32 % пациентов.

Инструмент оценки симптомов и сбор данных

Опросник оценки основных симптомов MDASI разработан в отделении изучения симптомов онкологического центра им. М. Д. Андерсона университета штата Техас проф. С. Cleeland и соавт.⁶ Инструмент прошел все необходимые процедуры адаптации и валидации с целью использования его в русскоязычной популяции онкологических больных.^{4,5} Опросник MDASI является специальным инструментом для оценки симптомов у онкологических больных. Он предназначен для оценки интенсивности 13 симптомов, которые наиболее часто встречаются у онкологических больных, и их влияния на основные параметры качества жизни. Опросник позволяет оценить интенсивность следующих симптомов за последние 24 ч:

- 1) боль;
- 2) слабость;
- 3) тошнота;
- 4) нарушение сна;
- 5) подавленность;
- 6) одышка;
- 7) нарушение памяти;
- 8) нарушение аппетита;
- 9) сонливость;
- 10) сухость во рту;

- 11) печаль;
- 12) рвота;
- 13) онемение/покалывание.

Структурной единицей опросника MDASI является цифровая оценочная шкала от 0 до 10 баллов (0 — полное отсутствие симптома, 10 — максимальная интенсивность симптома, которую можно представить).

Итак, опросник MDASI имеет следующую структуру:

- 13 цифровых оценочных шкал для оценки интенсивности 13 симптомов;
- 6 цифровых оценочных шкал для оценки влияния совокупности симптомов на следующие параметры качества жизни больного: общая активность, настроение, способность двигаться, работа, включая работу по дому и вне дома, отношения с другими людьми, способность радоваться жизни.

При ответе на вопрос больному предлагалось обвести число (от 0 до 10), которое, по его мнению, наилучшим образом отражает интенсивность симптомов или влияние их совокупности на параметры качества жизни за последние 24 ч.

Заполнение опросников больными проводилось дважды: первая точка обследования Т0 — при обращении больного за медицинской помощью; вторая точка обследования Т1 — через 3–6 нед. после первого визита.

Для получения демографических и клинических данных на каждого больного заполняли клиническую карту, которая содержала информацию о заболевании (основной диагноз, стадия), лечении и общесоматическом статусе (согласно критериям ВОЗ).

Оценка врачом выраженности симптомов и эффективности их лечения

Лечащий врач проводил оценку интенсивности слабости, боли и подавленности — симптомов, которые испытывал его пациент, с помощью цифровых оценочных шкал (0–10 баллов), делая соответствующие отметки в клинической карте при первом обращении больного до ознакомления с результатами оценки симптомов, сделанной больным с помощью опросника MDASI. В это же время врач фиксировал в карте симптоматическое лечение, которое было назначено больному в результате клинического обследования. С этой целью врач отмечал в предложенном перечне лекарственных и нелекарственных средств симптоматической терапии соответствующие пункты. Карта включала следующие разделы: лечение боли, лечение слабости, лечение психологических симптомов, лечение нарушений сна, лечение гастроэнтерологических симптомов, лечение неврологических симптомов и пункт «Другое лечение».

Врачом также оценивалась эффективность лечения боли и слабости у конкретного больного. С этой целью в точке Т1 при повторном визите пациента врач отмечал в клинической карте один из четырех вариантов ответа: «симптома не было», «отсутствие эффекта или ухудшение», «улучшение», «симптом полностью купирован». Врач отмечал ответ «симптома не было» в том случае, если, по его мнению, симптом отсутствовал и при первичном, и при повторном визите.

В анализ лекарственных назначений и оценки эффективности лечения симптомов включены данные по 150 больным.

Градация степени тяжести симптомов

При анализе выраженности большинства симптомов была использована следующая градация степени их тяжести по цифровой оценочной шкале от 0 до 10 баллов:

- слабо выраженный симптом — от 1 до 4 баллов;

- умеренно выраженный симптом — от 5 до 6 баллов;
- сильно выраженный симптом — от 7 до 10 баллов.

Следует отметить, что данное разделение основано на результатах исследований по определению границ тяжести боли⁷ и может быть использовано в качестве градаций степени выраженности основных симптомов, определенных с помощью опросника MDASI.⁶

При анализе выраженности слабости была использована следующая градация степени тяжести по цифровой оценочной шкале от 0 до 10 баллов:

- незначительно выраженная слабость — от 1 до 3 баллов;
- умеренно выраженная слабость — от 4 до 6 баллов;
- значительно выраженная слабость — от 7 до 10 баллов.

Классификация степени тяжести слабости имеет научное обоснование и положена в основу современных рекомендаций по контролю слабости у онкологических больных.⁸

Статистический анализ

Для вычисления процента совпадений ответов врачей и больных определяли встречаемость признака в группе врачей и в группе больных.

Для изучения зависимости совпадений ответов врачей и больных от выраженности симптома использовали корреляционный анализ.

Для описания зависимости совпадений ответов врачей и больных от выраженности симптома и определения вероятности совпадений использовали логит-регрессионный анализ.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Встречаемость основных симптомов

Характеристики встречаемости симптомов, изученных с помощью опросника MDASI, представлены на рис. 1. Наиболее частым симптомом являлась слабость: ее испытывали 90 % больных. Другими распространенными симптомами были психологический дистресс (подавленность и печаль), нарушение сна и нарушение аппетита. Данные симптомы испытывали в среднем 70 % больных. Следует отметить, что у большинства больных встречались такие симптомы, как сонливость (63 %), одышка (60 %), сухость во рту (56 %), нарушение памяти (55 %), боль (53 %), ощущение онемения или покалывания (51 %). Реже наблюдались тошнота и рвота: данные симптомы были отмечены у 30 и 15 % больных соответственно.

Примечательно, что многие больные имели умеренно или значительно выраженные симптомы (интенсивность 5 баллов и более по цифровой оценочной шкале от 0 до 10), т. е. клинически значимые симптомы. Умеренно или значительно выраженная слабость отмечалась у 66 % больных, боль — у 27 % и дистресс — у 25 % больных. Причем 74 (31 %) пациента испытывали слабость интенсивностью 7 баллов и более; 39 (16 %) — боль интенсивностью 7 баллов и более; 26 (11 %) пациентов — психологический дистресс интенсивностью 7 баллов и более.

Оценка врачами и больными выраженности слабости и эффективности ее контроля

Анализ частоты совпадения ответов при оценке выраженности слабости показал, что мнения врачей и больных совпадают в 56,7 % случаев. Коэффициент корреляции Gamma составил 0,74 ($p < 0,0001$). Более детальный анализ заключался в определении количества совпадений оценок врачей и пациентов в группах с различной выраженностью слабости (рис. 2).

Расхождения в оценке симптомов врачом и больным

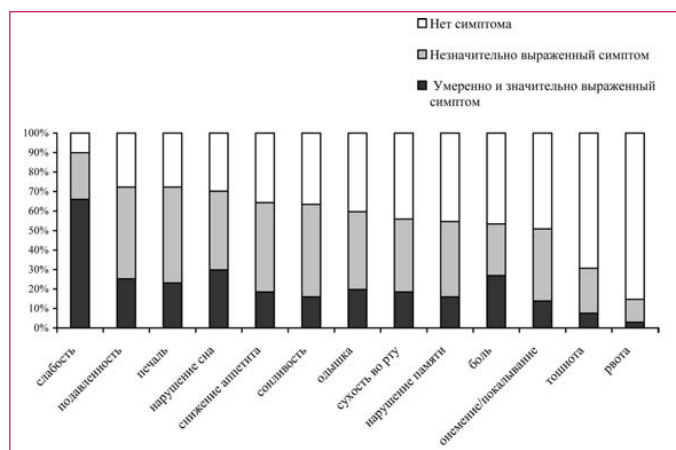


Рис. 1. Встречаемость основных симптомов у больных гемобластозами (по опроснику MDASI)

Установлено, что количество совпадений ответов врачей и больных при оценке выраженности слабости было различным в группах в зависимости от выраженности симптома. В группе больных с отсутствием слабости (рис. 2, а) наблюдалось наименьшее количество совпадений (8 из 24 больных, частота совпадений — 33 %). Большинство больных, не имеющих слабости, по мнению врачей, испытывали данный симптом. В группе больных с незначительно выраженной слабостью врачи правильно оценили интенсивность симптома у 33 (59 %) из 56 больных (рис. 2, б). Однако при этом в ответах врачей также встречались оценки, превышающие уровень слабости, который отмечал больной. Так, у 18 пациентов врачи зафиксировали умеренно выраженную слабость, у 4 больных — значительную.

При наличии умеренно и значительно выраженной слабости число совпадений в ответах врачей и больных составило 60 %. В группе с умеренно выраженной слабостью у 11 больных оценки врачей превышали истинную выраженность слабости. При этом у 21 (25 %) пациента выраженность симптома недооценивалась (рис. 2, в). На рис. 2, г видно, что более $\frac{1}{3}$ больных, имевших значительно выраженную слабость, расценивались врачами как испытывающие умеренно или незначительно выраженный симптом (23 и 5 больных соответственно). Один больной из этой группы, по мнению врача, не испытывал слабости.

Логит-регрессионный анализ показал отсутствие зависимости совпадений оценок врачей и больных от выраженности слабости ($p = 0,1$).

Анализ клинических карт пациентов, имевших умеренную и значительную слабость (от 4 до 10 баллов), показал, что почти половине (48 %) больных не были сделаны назначения, направленные на уменьшение выраженности слабости. Остальные пациенты этой группы получали в различных комбинациях средства для коррекции анемии (гемотрансфузии, препараты железа, эритропоэтин), дезинтоксикационную терапию и витамины.

В связи с малым количеством больных, которым проводили лечение слабости, анализ совпадений ответов врачей и пациентов при оценке эффективности лечения выполнен в общей выборке ($n = 139$). Анализировали ответы врачей в группах больных, сформированных в зависимости от наличия и выраженности динамики интенсивности слабости (рис. 3).

На рис. 3 видно, что из 74 больных, у которых по данным опросника MDASI наблюдалось отсутствие динамики выраженности слабости или ее усиление, врачи правильно оценили динамику симптома у 40 % больных ($n = 30$). У 40 (54 %) пациентов в данной группе эффект лечения оценивался вра-

чами неточно и не соответствовал динамике выраженности слабости.

В группе больных с положительной динамикой выраженности слабости число совпадений составило 69 % (45 больных). У 17 (26 %) пациентов этой группы врачами было зарегистрировано отсутствие эффекта или усиление слабости. Необходимо отметить, что вариант ответа «слабости не было» был предложен для отражения ситуации, при которой оценка эффективности лечения представлялась неуместной. Однако, как видно на рис. 3, в ряде случаев врачи выбирали данный пункт даже при усилении имеющейся у больных слабости, демонстрируя, таким образом, недостаточную осведомленность о реальной выраженности симптома у больного.

Таким образом, при отсутствии или незначительно выраженной слабости (1–3 балла) врачи испытывали затруднения, пытаясь дифференцировать эти два состояния. При этом они чаще склонялись к гипердиагностике симптома, нежели к его недооценке. При наличии у больного умеренной или выраженной слабости (4 балла и более) тенденция к переоценке сменялась на противоположную и выраженность симптома у

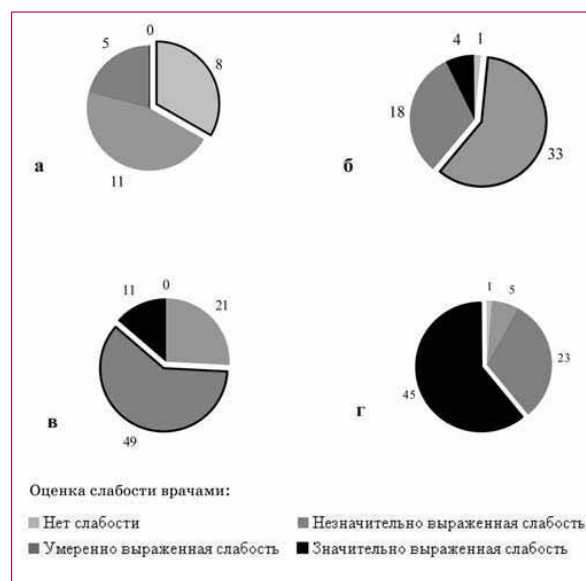


Рис. 2. Частота совпадения ответов врачей и больных при оценке выраженности слабости:

а — группа с отсутствием слабости по оценкам больных ($n = 24$); б — группа с незначительно выраженной слабостью по оценкам больных ($n = 56$); в — группа с умеренно выраженной слабостью по оценкам больных ($n = 81$); г — группа со значительно выраженной слабостью по оценкам больных ($n = 74$)

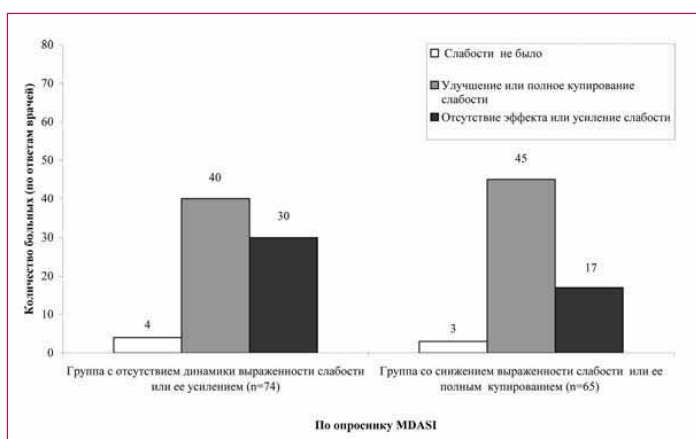


Рис. 3. Частота совпадения ответов больных и врачей при оценке эффективности лечения слабости

большинства больных недооценивалась. Отсутствие логит-регрессионной модели означает, что при оценке выраженности слабости в ответах врачей не было закономерности.

В современных руководствах по контролю слабости у онкологических больных рекомендуется осуществлять мониторинг выраженности данного симптома с целью своевременной диагностики так называемой клинически значимой слабости — состояния, при котором от выраженности симптома непосредственно зависит объем нарушений функционирования и качества жизни больного.^{8,9} На шкале от 0 до 10 баллов клинически значимым считается уровень слабости 4 балла и более.^{8,9} При данных значениях выраженности слабости помощь больному не должна ограничиваться общими рекомендациями. Необходим активный поиск причин возникновения слабости и факторов, влияющих на ее развитие, с целью разработки адекватной программы лечения симптома.^{9,15} В этой связи становится очевидным, что неточная оценка выраженности слабости врачом может привести к недостаточно эффективной симптоматической терапии, а в ряде случаев — и к полному отсутствию мер по коррекции слабости. В нашем исследовании результаты анализа врачебных назначений показали, что в большинстве случаев мероприятия, направленные на коррекцию слабости, не проводились. Соответственно у значительного числа пациентов отсутствовала положительная динамика выраженности слабости или наблюдалось усиление симптома.

Оценка врачами и больными выраженности боли и эффективности ее лечения

Анализ частоты совпадений ответов врачей и больных при оценке интенсивности боли показал, что в целом оценки врачей и больных совпадают в 73 % случаев. Коэффициент корреляции Gamma составил 0,93 ($p < 0,0001$). Однако, учитывая тот факт, что назначения, связанные с обезболиванием, напрямую зависят от интенсивности боли, представлялось важным изучить, насколько точно врачи идентифицируют степень выраженности симптома. С этой целью были проанализированы оценки врачей в группах больных с различной выраженностью боли (рис. 4).

Результаты показали, что количество совпадений ответов врачей и больных в группах в зависимости от выраженности боли различалось. Наибольшее количество совпадений наблюдалось в группе больных с отсутствием боли (рис. 4, а). Врачи зарегистрировали отсутствие боли у пациентов, не имеющих ее, в 91 % случаев (100 из 109 больных). При наличии слабой боли число совпадений ответов врачей и больных было ниже и составило 70 % (44 из 63 больных; рис. 4, б). И в той и в другой группе встречались оценки врачей, которые превышали оценки выраженности боли, данные больными, однако их количество было незначитель-

ным. Наименьшим оказался процент совпадений в группе пациентов с умеренной и выраженной болью. Установлено, что врачи правильно оценили интенсивность симптома у 8 из 25 пациентов (частота совпадений — 32 %), испытывающих умеренную боль (рис. 4, в). У 13 (52 %) больных данной группы врачи оценили выраженность боли как слабую. При этом в 16 % случаев оценки врачей превышали уровень боли, испытываемой пациентами в действительности. При анализе группы больных, испытывающих сильную боль, совпадение оценок наблюдали лишь в 53 % случаев (21 из 39 пациентов). Это означает, что почти у 50 % больных с сильной болью врачи недооценивали тяжесть симптома. Так, у 11 пациентов в этой группе врачи зафиксировали умеренную боль, у 6 — слабую, у 1 пациента — отсутствие боли.

Была изучена зависимость совпадений оценок врачей и больных от выраженности боли с помощью логит-регрессионной модели (рис. 5).

Анализ показал, что с нарастанием выраженности боли снижается вероятность совпадения ответов врачей и боль-

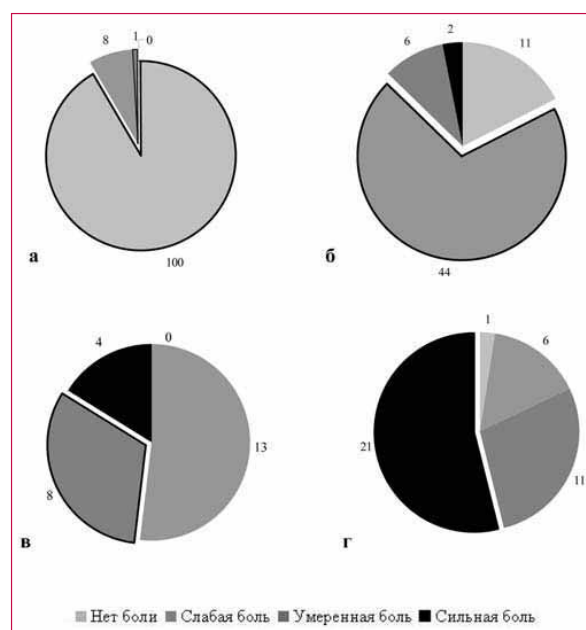


Рис. 4. Частота совпадения ответов врачей и больных при оценке выраженности боли: а — группа с отсутствием боли по оценкам больных (n = 109); б — группа со слабой болью по оценкам больных (n = 63); в — группа с умеренной болью по оценкам больных (n = 25); г — группа с сильной болью по оценкам больных (n = 39)

Расхождения в оценке симптомов врачами и больными

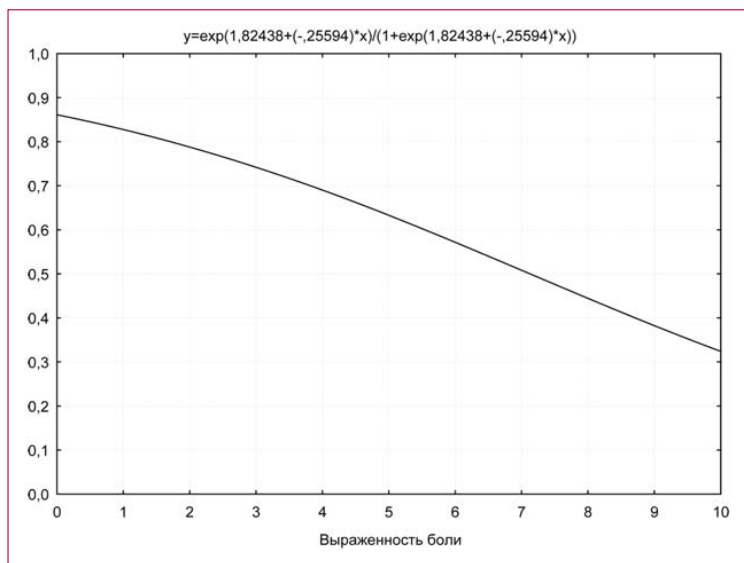


Рис. 5. Зависимость совпадения оценок врачей и больных от выраженности боли (логит-регрессионная модель и уравнение регрессии)

ных. Так, при уровне боли 5 баллов оценки совпадают примерно в 60 из 100 случаев, при уровне 7 баллов — в 50 из 100 случаев (см. рис. 5). При уровне боли 8 баллов и более вероятность совпадения продолжает снижаться. Модель имела высокую статистическую значимость ($p < 0,001$).

Уместно отметить, что при анализе эффективности лекарственных назначений, сделанных пациентам с умеренной и сильной болью, установлено, что более 50 % больных получали недостаточное обезболивание. В соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения по лечению боли при онкологических заболеваниях применение анальгетиков определенной силы осуществляется в соответствии с уровнем интенсивности боли (лестница обезболивания ВОЗ, 1986).^{10,11} При умеренной боли рекомендуется использовать в качестве основного анальгетика слабый опиоид, при сильной боли — сильный опиоид. Анализ эффективности лечения боли в рамках данного исследования выполнен у 150 больных. Установлено, что пациентам, испытывающим умеренную боль, адекватное обезболивание было назначено в 20 % случаев. Большинству пациентов этой группы с целью обезболивания были назначены нестероидные противовоспалительные средства, в то время как 20 % больных не получали никаких анальгетиков. Из 33 пациентов, испытывающих сильную боль, только 8 больным были назначены сильные опиоиды. Большинство больных (55 %) получали нестероидные противовоспалительные средства или слабые опиоиды. У 4 больных лечение боли не проводилось. Причины неадекватного обезболивания несколько. Одна из них — не-

достаточная информированность медицинского персонала о стандартных методах оценки боли.

В рамках исследования также был изучен вопрос о том, насколько оценка эффективности обезболивания, проведенная врачами, совпадает с динамикой показателей интенсивности боли по данным опросника MDASI. В этой связи ответы врачей анализировали в группах больных, сформированных в зависимости от наличия и выраженности изменений интенсивности симптомов (рис. 6).

Установлено, что из 49 больных, у которых по данным опросника MDASI не было отмечено улучшения на фоне противоболевого лечения, врачи констатировали отсутствие эффекта только в 14 (28 %) случаях. У большинства больных данной группы эффект обезболивания оценивался врачами неточно и не соответствовал фактической динамике интенсивности боли. Относительно высоким оказался процент совпадения в группе больных с положительным эффектом противоболевой терапии. Улучшение в результате обезболивания отмечено врачами у 32 (67 %) из 48 больных, у которых было зарегистрировано улучшение от противоболевого лечения по данным опросника MDASI. Необходимо отметить, что так же, как в случае с оценкой эффективности слабости, вариант ответа «боли не было» был предложен для отражения ситуации, при которой оценка эффективности лечения представлялась неуместной. Однако, как видно на рис. 6, врачи выбрали данный пункт даже при усилении имеющихся у больных болевых ощущений. Данный факт отражает расхождение в оценке интенсивности боли между врачами и больными.

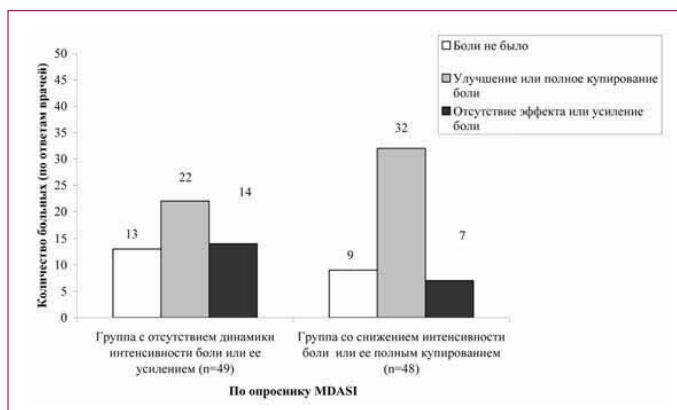


Рис. 6. Частота совпадения ответов врачей и больных при оценке эффективности противоболевого лечения

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что наибольшее расхождение между ответами врачей и больных имеет место при оценке боли интенсивностью 5 баллов и более. Показано также, что врачи и больные по-разному оценивают не только выраженность боли, но и эффективность обезболивания. Врачи лучше дифференцируют положительный эффект противоболевой терапии и чаще ошибаются в оценке результатов контроля боли в случае неадекватного обезболивания. Этот факт указывает на проблему недостаточного внимания к оценке и мониторингу показателей выраженности боли, следствием чего является неэффективный контроль боли у ряда пациентов. Это согласуется с результатами анализа индекса лечения боли (ИЛБ), полученными в ранее проведенном исследовании.¹² Вычисление ИЛБ для каждого больного позволило определить, соответствовало ли назначенное противоболевое лечение принципам, заложенным в трехступенчатую схему обезболивания ВОЗ.^{13,14} Отрицательный ИЛБ (показатель неадекватного обезболивания) был зарегистрирован у 48 % больных гемобластозами. Из них подавляющее большинство (75 %) больных испытывали боль интенсивностью 5 баллов и более.¹² Было также показано, что риск неадекватного обезболивания в 9 раз выше при существовании расхождения в оценке степени тяжести боли между врачом и больным, чем при совпадении данных оценок.¹²

Оценка врачами и больными выраженности психологического дистресса

По результатам эпидемиологического исследования вторым по распространенности симптомом у больных гемобластозами был психологический дистресс: его испытывали 70 % больных.³ В связи с этим представлялось важным изучить, как часто врачи распознавали наличие дистресса у больного и насколько точно могли определить степень его выраженности. С этой целью был проведен анализ частоты совпадений ответов врачей и больных (шкала «чувство подавленности» опросника MDASI), а также проанализированы оценки врачей в группах с различной выраженностью симптома (рис. 7).

Результаты анализа показали, что при оценке выраженности психологического дистресса оценки врачей и больных совпадают в 43,7 % случаев. Коэффициент корреляции Гамма составил 0,52 ($p < 0,0001$). При анализе количества совпадений ответов врачей и больных в группах с различной выраженностью симптома найдены различия. Так, при отсутствии у пациентов дистресса число совпадений ответов врачей и больных составило 38 % (рис. 7, а). В группе больных с незначительно выраженным симптомом врачи правильно оценили выраженность данной психологической проблемы у 54 % пациентов (59 из 109 больных). При наличии умеренного и значительного дистресса процент совпадений ответов врачей и больных был существенно ниже (рис. 7, в, г). Установлено, что врачи правильно оценили интенсивность симптома у 32 % больных, испытывающих умеренно выраженный симптом (11 из 34 пациентов), и у 35 % больных, испытывающих значительный дистресс (9 из 26 пациентов). И в той и в другой группе большинство несовпадений ответов было связано с недооценкой выраженности симптома.

Результаты логит-регрессионного анализа показали, что зависимости совпадений оценок врачей и больных от выраженности психологического дистресса не существует ($p = 0,7$).

Анализ лекарственных назначений, сделанных лечащими врачами, проводился в группе больных с умеренно и значительно выраженным дистрессом (5 баллов и более). Уста-

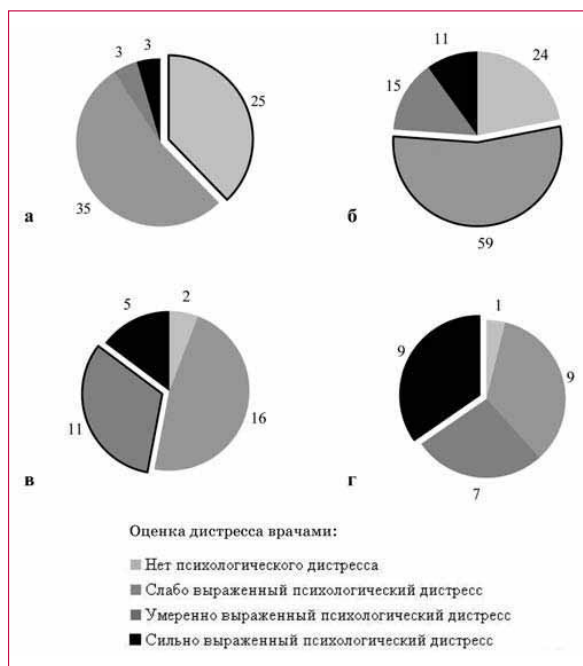


Рис. 7. Частота совпадения ответов врачей и больных при оценке выраженности психологического дистресса:

а — группа с отсутствием психологического дистресса по оценкам больных ($n = 66$); б — группа с незначительно выраженным психологическим дистрессом по оценкам больных ($n = 109$); в — группа с умеренно выраженным психологическим дистрессом по оценкам больных ($n = 34$); г — группа со значительно выраженным психологическим дистрессом по оценкам больных ($n = 26$)

новлено, что из 43 больных этой группы попытка коррекции психологических симптомов была предпринята у 4 (9 %) пациентов. Из них 3 больным была оказана психотерапевтическая помощь; одному больному дополнительно назначались транквилизаторы. В ходе анализа принимался во внимание тот факт, что причиной дистресса могут быть другие симптомы и снижение их выраженности могло бы способствовать в т. ч. решению психологических проблем.^{15,16} Чаще всего психологический дистресс у онкологических больных сопряжен с болью, слабостью и нарушением сна. В этой связи в группе больных с дистрессом 5 баллов и более помимо оценки лечения психологических симптомов анализировали назначения, направленные на «лечение боли», «лечение слабости», «лечение нарушений сна» (табл. 1).

Таблица 1. Показатели встречаемости боли, слабости и нарушений сна в группе больных, испытывающих умеренный и значительный дистресс ($n = 43$)

Симптом	Число больных, n (%)	Число больных, получающих лечение симптома, n (% от числа, испытывающих симптом)
Боль	28 (67)	10 (36)
Слабость	42 (97)	23 (55)
Нарушение сна	40 (93)	4 (10)

* Назначения соответствуют рекомендациям ВОЗ.

Как видно из табл. 1, 28 (67 %) пациентов с умеренным или значительным психологическим дистрессом испытывали боль интенсивностью 5 баллов и более. Лечение боли было назначено большинству больных, однако адекватное обезболивание зарегистрировано лишь у 36 % больных. Слабость испытывали 97 % больных, у 55 % были предприняты меры по ее лечению. Почти все больные отмечали наличие нарушений сна (93 %), при этом снотворные средства были назначены 10 % больных.

Анализ динамики выраженности дистресса показал, что из 43 больных, которые испытывали умеренно или значительно выраженный психологический дистресс в начале исследования, через месяц наблюдения снижение его выраженности зарегистрировано у 22 (51 %) больных, отсутствие динамики — у 15 и усиление проявлений — у 5 пациентов.

Таким образом, при оценке выраженности психологического дистресса наблюдали следующие тенденции. Зарегистрирован невысокий общий процент совпадений ответов врачей и больных при оценке выраженности дистресса. При этом в оценках больных и врачей были существенные расхождения в оценке степени выраженности симптома. Попытки лечения, направленные на коррекцию психологического дистресса, зафиксированы в отношении незначительного числа больных, при этом почти у 50 % пациентов отсутствовала положительная динамика или наблюдалось ухудшение.

Следует отметить, что в последнее время коррекции психологического дистресса у онкологических больных уделяется большое внимание.^{15,16} Одним из важных этапов при разработке терапевтической программы является определение степени выраженности симптомов, характеризующих психологический дистресс. Выраженность симптомов 5 баллов и более (по шкале от 0 до 10 баллов) имеет клиническое значение и служит сигналом к обследованию, направленному на выявление причин психологического дистресса, и последующей разработке программы помощи больному.¹⁶ Вид и тяжесть психологического дистресса определяют структуру и объем симптоматической помощи. Очевидно, что без информации о спектре и выраженности психологических симптомов невозможно разработать адекватную программу лечения. Результаты выполненного исследования свидетельствуют о недостаточной информированности врачей в отношении проблемы психологического дистресса, методов его диагностики и лечения. Одним из подтверждений этого положения являются расхождения в оценке выраженности психологических симптомов между врачами и больными.

В заключение необходимо подчеркнуть, что в ряде исследований, посвященных изучению симптомов у онкологических больных, в т. ч. у пациентов со злокачественными

заболеваниями системы крови, установлена тесная связь между разными симптомами.¹⁷⁻¹⁹ Такие симптомы, как слабость, боль, депрессия, нарушение сна, возникают параллельно и влияют друг на друга, формируя так называемый кластер симптомов. Изучение структуры кластеров и анализ взаимосвязей составляющих его симптомов являются актуальной задачей, решение которой направлено на повышение эффективности контроля симптомов. Планирование симптоматической терапии, которая будет нацелена на комплекс симптомов, образующих кластер, возможно лишь при условии тщательного мониторинга спектра и выраженности симптомов, испытываемых пациентом.

Данное исследование показало, что в настоящее время подходы к оценке и контролю симптомов у больных гемобластозами, применяемые в повседневной клинической практике, не в полной мере соответствуют современным стандартам. Внедрение общепринятых международных инструментов оценки симптомов, обеспечение адекватного мониторинга симптомов в процессе лечения и реализация принципов, изложенных в современных практических руководствах, может существенно повысить эффективность симптоматической терапии в клинической практике.

ВЫВОДЫ

Оценка врачами степени выраженности слабости, боли и психологического дистресса, испытываемых пациентами с гемобластозами, отличается от оценки симптомов, данной больными. При оценке симптомов интенсивностью 5 баллов и более (умеренно и сильно выраженные симптомы) врачи неточно оценивают их выраженность в среднем в 50 % случаев.

При определении эффективности лечения симптомов врачи лучше дифференцируют положительный эффект терапии и чаще ошибаются в случае отрицательной динамики выраженности симптомов.

Внедрение единых подходов к оценке и мониторингу симптомов является важным элементом в построении системы эффективного контроля симптомов у больных со злокачественными заболеваниями системы крови.

ЛИТЕРАТУРА

1. Von Roenn J. H., Cleeland C. S., Gonin R. et al. Physician attitudes and practice in cancer pain management: a survey from Eastern Cooperative Oncology Group. *Ann. Intern. Med.* 1993; 119(2): 121-6.
2. Cleeland C. S. Documenting Barriers to Cancer Pain Management. In: *Current and Emerging issues in Cancer Pain: Research and Practice* / C. R. Chapman, K. Foley (eds.). — Lippincott-Raven, 1993.
3. Новик А. А., Ионова Т. И., Калядина С. А. и др. Качество жизни и симптомы у больных с распространенными формами рака и гемобластозами: результаты эпидемиологического исследования. *Вестн. Межнационального центра исследования качества жизни.* 2007; 9-10: 42-52.
4. Ivanova M. O., Ionova T. I., Kalyadina S. A. et al. Cancer-related symptom assessment in Russia: Validation and utility of the Russian M. D. Anderson Symptom Inventory. *J. Pain Sympt. Manag.* 2005; 30(5): 443-4.
5. Калядина С. А., Иванова М. О., Успенская О. С. и др. Валидация русских версий опросников для оценки симптомов у онкологических больных: краткий опросник оценки боли (BPI-R), краткий опросник оценки слабости (BFI-R) и опросник оценки основных симптомов (MDASI-R). *Вестн.*

Межнационального центра исследования качества жизни. 2004; 3-4: 37-43.

6. Cleeland C. S., Mendoza T. R., Wang X. S. et al. Assessing symptom distress in cancer patients: The M. D. Anderson Symptom Inventory. *Cancer* 2000; 89: 1634-46.
7. Serlin R. S., Mendoza T. R., Nakamura Y. et al. When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain* 1995; 61: 277-84.
8. Mendoza T. R., Wang X. S., Cleeland C. S. et al. The rapid assessment of fatigue severity in cancer patients: use of the Brief Fatigue Inventory. *Cancer* 1999; 85(5): 1186-96.
9. NCCN Cancer-related Fatigue Panel: National Comprehensive Cancer Network. *Clinical Practice Guidelines in Oncology. Cancer-related fatigue Version 1, 2006* www.nccn.org
10. World Health Organization. *Cancer Pain Relief and Palliative Care*, 2nd ed. — Geneva: World Health Organization, 1990.
11. Всемирная организация здравоохранения. Обезболивание при раке. С описанием системы обеспечения больных опиоидными препаратами, 2-е изд. — Женева: ВОЗ, 1996 — 71 с.
12. Kalyadina S. A., Kopp M. V., Chagorova T. V. et al. Pain severity and discrepancies of estimates between physicians and patients are predictors

of inadequate pain management in advanced hematological malignancies. *Ann. Oncol.* 2006; 17(Suppl. 9): ix198.

13. Cleeland C. S., Gonin R., Hatfield A. Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. *N. Eng. J. Med.* 1994; 330: 592-6.
14. Калланд Ч., Гонин Р., Гатфильд А. и др. Боль и ее лечение в амбулаторных условиях у больных метастатическим раком. *Вестн. Межнационального центра исследования качества жизни.* 2005; 5-6: 27-36.
15. Stiefel F., Stagno D. Psychiatric problems. In: *ESMO Handbook of advanced cancer care* / R. Cattane, N. I. Cherny, M. Kloke et al. (eds.) — London, New York: Taylor & Francis, 2006.
16. NCCN Distress Management Panel: National Comprehensive Cancer Network. *Clinical Practice Guidelines in Oncology. Distress Management Version 1, 2005* www.nccn.org
17. Cleeland C. S., Reyes-Gibby C. C. When is it justified to treat symptoms? Measuring symptom burden. *Oncology* 2002; 16(9): 64-70.
18. Paice J. A. Assessment of symptom clusters in people with cancer. *J. Nat. Cancer Inst. Monogr.* 2004; 32: 98-102.
19. Dodd M. J., Miaskowski C., Lee K. A. Occurrence of symptom clusters. *J. Nat. Cancer Inst. Monogr.* 2004; 32: 76-8.