

ДИСКУССИЯ

П. Б. Зотов

ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ СРЕДИ ФАКТОРОВ СУИЦИДАЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Тюменский областной онкологический диспансер, Тюмень

В статье рассматривается роль хронической боли в суицидальной активности больных злокачественными новообразованиями. Приводятся данные о причинах малой эффективности противоболевой фармакотерапии. Из клинической практики описан случай самоубийства больной раком желудка, страдающей хроническим болевым синдромом в терминальной стадии заболевания.

Ключевые слова: хроническая боль, самоубийство, онкология, онкосуицид.

Боль является одним из самых распространенных и тяжелых синдромов при раке. Около 40—50% больных с промежуточными стадиями заболевания, получающих специальное лечение, и 60—88% с генерализацией опухолевого процесса испытывают боль от умеренной до сильной и нуждаются в специальной противоболевой терапии [7; 12; 15].

В 1986 г. экспертами ВОЗ была опубликована и рекомендована для оказания помощи онкологическим больным с хронической болью трехступенчатая схема системной фармакотерапии. Согласно этой схеме при хроническом болевом синдроме (ХБС) слабой интенсивности (I ступень) назначается периферический анальгетик (аспирин) в сочетании с адьювантными средствами. При боли средней интенсивности (II ступень) дополнительно добавляется слабый центральный анальгетик (кодеин). В случае сильной боли (III ступень) слабый опиатный анальгетик заменяется на сильный (морфин) при условии сохранения получения больным периферического анальгетика и адьювантной терапии [4]. Внедрение этой схемы во многих странах мира, в том числе в России, позволило значительно повысить эффективность болеутоляющей терапии. Так, если в 1980-е гг. неадекватное обезболивание получали 67% пациентов, то к середине 1990-х гг. этот показатель уменьшился до 37—38% [8; 15].

Установлено, что полное контролирование болей при использовании комплекса современных лекарственных

средств и нефармакологических методов можно достичь у 90% больных, однако эти показатели относятся лишь к специализированным противораковым центрам. Большинство пациентов получают лечение амбулаторно, что приводит к недостаточной эффективности терапии [14].

Несмотря на широкое внедрение в практику программ по борьбе с болью, по данным некоторых зарубежных авторов [11], в настоящее время до 26% онкологических пациентов вообще не получают никакого болеутоляющего лечения. Это может быть связано с недостатками диагностических и лечебных мероприятий, проводимых врачом и средним медицинским персоналом [2], а также с нежеланием больных сообщить об испытываемой ими боли или применять анальгетики. Последний момент часто не учитывается, тем не менее часть пациентов даже при наличии умеренных и сильных болей мотивируют отказ от приема болеутоляющих средств опасением привыкания к лекарственным препаратам [10].

Между тем коррекция ХБС является важным условием поддержания качества жизни у онкологических пациентов, профилактики нарушений психического статуса. Известно, что хроническая боль имеет тесную связь с эмоциональными расстройствами. Болевой синдром, с одной стороны, может выступать в виде клинического маркера ларвированной депрессии, а с другой — индуцировать развитие тревожно-депрессивной симптоматики. В онкологической практике ХБС обычно ведет к развитию соматогенной депрессии. В проведенных нами ранее исследованиях у больных распространенными формами злокачественных новообразований

с хронической болью соматогенная депрессия присутствовала в 70,9% случаев [1]. Именно хроническая боль у этих больных явилась ведущим соматогенным фактором суицидальной активности. Более подробный анализ противоболевой терапии у этих пациентов показал, что на догоспитальном этапе в 96,0% случаев противоболевая фармакотерапия носила бессистемный характер и полного контроля болей не было ни у одного больного. Последующее комплексное лечение в условиях стационара позволило добиться полного контролирования или значительного снижения боли у большинства пациентов, что способствовало снижению как выраженности эмоциональных нарушений, так и суицидальной готовности этих больных.

Анализ случаев самоубийств, совершенных онкологическими больными, также свидетельствует о большой роли хронической боли в их реализации. Следующий клинический случай более полно характеризует эти положения.

Больная О., 72 года, с диагнозом рак тела желудка IV стадии, болевой синдром, жила одна. Опухоль была выявлена случайно, после госпитализации пациентки в больницу в экстренном порядке с диагнозом острого желудочного кровотечения. После остановки кровотечения больная находилась под наблюдением участкового терапевта в поликлинике по месту жительства. (Далее в динамике указываются дата осмотра, жалобы больной и назначения врача по точным цитатам записей в амбулаторной карте.)

«9 июня. Жалобы на выраженные боли в эпигастрии, голове. Назначено: баралгин по 5,0 в/м при болях. 21 июня. Жалобы: выраженные боли. Назначено: промедол по 1,0 в/м 2 раза в сутки, реланиум по 2,0 в/м 2 раза в сутки, нозепам 2 табл. на ночь. 6 июля. Жалобы: не указаны. Назначено: промедол по 1,0 в/м 1—2 раза в день, трамал по 2,0 в/м 1—2 раза в день, реланиум по 2,0 в/м на ночь. 31 августа. Жалобы: периодические боли в эпигастрии. Назначено: промедол по 1,0 в/м 2 раза в день, трамал по 1 капсул. 3 раза в день, реланиум по 2,0 в/м на ночь. 30 октября. Жалобы: улучшение состояния, уменьшение болей. Назначено: промедол по 1,0 1 раз в день, трамал по 1 капсул. 3 раза в день, нозепам по 1 табл. на ночь. 11 ноября. Обнаружен труп больной. Больная повесилась у себя дома — завершённый суицид через повешение».

При анализе записей врача в амбулаторной карте обращает на себя внимание отсутствие в большинстве дневников описания локализации и характера болей. Согласно записям, интенсивность ХБС была максимальной в июне—июле. Однако, несмотря на указанную «выраженную» интенсивность боли (3 балла), назначался опиоид трамал и слабый опиат промедол, что не соответствует рекомендациям ВОЗ [4]. В дальнейшем, несмотря на прогрессирование рака, без расширения объема противоболевой терапии интенсивность боли стала снижаться, что вызывает сомнения (?). Дозы анальгетиков, назначенных врачом в последний месяц жизни больной, снижались.

При анализе фармакотерапии боли можно отметить, что на первых этапах лечения анальгетики назначались не по часам, а по требованию — «при болях», в последующем введение препаратов осуществлялось без учета длительности их болеутоляющего эффекта — «1—2 раза в день», опиоидные

препараты назначались на фоне опиатных анальгетиков (трамал + промедол), вообще не использовались адьювантные средства с учетом локализации опухоли (H₂-блокаторы, спазмолитики, гемостатическая терапия и др.).

На основе этих данных можно заключить, что больная страдала от хронических болей в течение 5 мес, а проводимая терапия в продолжение всего этого периода носила бессистемный характер и не контролировала боль.

Анализируя весь комплекс данных (больная проживала одна, отсутствие явлений дисфагии, несмотря на распространенный рак желудка), с уверенностью можем предположить, что плохо купируемая хроническая боль сыграла не последнюю роль в совершении самоубийства.

Это не единственный случай самоубийства больной злокачественной опухолью, и он не носит казуистического характера. Согласно литературным данным, суицидальные попытки в течение всего периода наблюдения совершают 3 из 1000 онкологических больных, и в каждом втором-третьем случае они завершаются гибелью суицидента [5; 9]. Сложность заключается в регистрации этих случаев, т. к. врачи и родственники нередко скрывают суицидальные действия больных, чему в определенной мере может способствовать выбор средств самоубийства.

Известно, что среди способов суицида хронических больных преобладает самоотравление. Пациенты длительно собирают лекарственные средства, заимствуя их у соседей по палате, просят дополнительные дозы таблеток у медперсонала и при совершении попытки одновременно используют медикаменты различных групп [13]. Среди больных с хронической болью эта тенденция также прослеживается. Пациенты используют все классы анальгетиков (баралгин, пенталгин, трамал и др.), психотропные препараты (обычно феназепам и amitриптилин), а также средства, которые назначаются им для коррекции того или иного синдрома, обусловленного опухолью (спазмолитики, гипотензивные препараты и др.). Применение сразу нескольких классов препаратов ведет к более быстрому и тяжелому отравлению, что значительно снижает возможности детоксикационной терапии. В некоторых случаях больные используют наркотические анальгетики [3]. В США эта ситуация даже послужила причиной опубликования специального письма министерства юстиции, в котором рассмотрены некоторые действующие федеральные законоположения, регулирующие вопросы медицинского назначения наркотиков и других опасных лекарственных средств и их возможного использования в целях суицида и эвтаназии [6].

В целом, анализируя приведенные выше данные литературы и собственных исследований, можно заключить, что болевой синдром является важным фактором суицидального поведения больных злокачественными новообразованиями. Адекватная и своевременная противоболевая терапия может являться фактором, ограничивающим суицидальную активность онкологических больных.

В заключение хотелось бы обратить внимание на отдельные правовые аспекты, имеющих тесную связь с хронической болью, онкологией и самоубийством. При определенных условиях отсутствие или недостаточно грамотное лечение болевых синдромов может подпадать под действие статей 110

и 124 Уголовного кодекса РФ (ст. 124 «Неоказание помощи больному» и ст. 110 «Доведение до самоубийства»).

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зотов П. Б.* Суицидальное поведение больных распространенными формами злокачественных новообразований // Автореф. дис... канд. мед. наук. — Уфа, 1998. — 20 с.
2. *Зотов П. Б.* Лечение хронических болей у онкологических больных: медико-правовые аспекты // Тюм. мед. журн. — 2003. — №1. — С. 22—24.
3. *Зотов П. Б., Уманский С. М.* МСТ-континус в суицидальных действиях онкологических больных // Тез. V конф. «Паллиативная помощь в онкологии», Средиземноморье, 22—29 апр. 2001 г. — С. 20.
4. Обезболивание при раке. — ВОЗ. — Женева, 1994. — 56 с.
5. *Allebeck P., Bolund C.* Suicides and suicide attempts in cancer patients // Psychol. Med. — 1991. — Vol. 21, N 4. — P. 979—84.
6. *Ashcroft J.* Physician-assisted suicide and the prescription of narcotics // Headache. — 2002. — Vol. 42, N 3. — P. 234.
7. *Bonica J. J.* The management of Pain. — 2nd ed. — Philadelphia, London, 1990. — 958 p.
8. *Cleeland C. S.* Cancer pain. A ten year perspective // J. Pharm. Care Pain and Symptom Contr. — 1997. — Vol. 5, N 2. — С. 5—16.
9. *Fox B. H., Stanek E. J., Boyd S. C., Flannery J. T.* Suicide rate among cancer patients in Connecticut // J. Chronic. Dis. — 1982. — Vol. 35, N 2. — P. 89—100.
10. *Johnson F., Glare P.* Pain in hospitalized patients with cancer. Prevalence, clinical characteristics, impact on quality of life and patient-related barriers // Abstr. 5th World Congress of Psycho-oncology «A New Millennium, A New Momentum», Melbourne, 3—7 Sept., 2000. — P. 30.
11. *Lattanzio F., Gambassi G., Polla R. et al.* Gestione del dolore nel paziente anziano affetto da cancro // 42 Congr. Naz. Soc. Ital. Gerontol. e Geriat., Roma, 9—12 Nov, 1997. — С. 125—126.
12. *Reddy S. K., Shanti B. F.* Cancer pain: Assessment and management // Prim. Care and Cancer. — 2000. — Vol. 20, N 7. — P. 44—52.
13. *Saviue Ph., Bedry R., Flesch F.* Epidemiologie des intoxications medicamenteuses volontares // Med. Ther. — 1999. — Vol. 5, N 1. — С. 45—48.
14. *Strumpf M.* Krebsschmerz // Arzneimitteltherapie. — 2001. — Bd. 19, N 4. — S. 123—132.
15. *Tae H. H.* Pain and its major influencing factors in the management of terminal cancer patients // Abstr. Eur. Soc. Anaesth. 8th Annual Meeting with the Austrian Intern. Congress, Vienna, 1—4 Apr., 2000. — P. 182.

Поступила 01.01.2004

P. B. Zotov

CHRONIC PAIN AS A SUICIDAL ACTIVITY FACTOR IN CANCER PATIENTS

Tyumen Regional Cancer Clinic, Tyumen

The paper considers the role of chronic pain in suicidal activity of cancer patients. Reasons for low efficacy of pain medication are analyzed. The author reports a suicide of gastric cancer patient suffering of pain in disease terminal stage.

Key words: chronic pain, suicide, oncology, cancer suicide.