

В. В. Брюзгин

ХРОНИЧЕСКИЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

НИИ клинической онкологии

В течение последних десяти лет в научной литературе сформировался определенный информационный поток, посвященный проблеме боли при раке. Объем его на фоне работ по клинической онкологии невелик. По данным J. Stjernsward [1], не более 1% публикаций освещает проблему боли при онкологических заболеваниях. Основная часть работ принадлежит зарубежным авторам. Как свидетельствуют большинство из них, боль является неотъемлемым спутником у 65—70% онкологических больных, особенно при наличии распространенного опухолевого процесса [2—12, 18—21]. И если, согласно мировой статистике, ежегодно от рака умирает более 5 млн человек, то перед смертью от неутолимой боли страдает свыше 3 млн из них [1]. На фоне значительного количества работ, посвященных вопросам паллиативной терапии, оценки болеутоляющего действия тех или иных обезболивающих препаратов или методов их введения, лишь небольшой объем публикаций относится к изучению собственно болевого синдрома, сопутствующего онкологическому заболеванию, в частности изучению частоты выявления и интенсивности боли у онкологических больных.

Работы, посвященные эпидемиологии боли при раке, в основном представляют собой обобщенные данные, полученные различными онкологическими клиниками. По данным зарубежных авторов, количество анализируемых наблюдений, принадлежащих одной клинике, не превышало 900 больных.

При изучении боли у онкологических больных приходится иметь дело преимущественно с хроническим болевым синдромом (ХБС), когда боль длится месяцами. Значительную роль при этом играет локализация первичного очага, распространенность процесса, наличие или отсутствие метастазов, в свою очередь являющихся дополнительным источником болевых импульсов [13, 14, 22—24].

В данном исследовании мы предполагали частично охарактеризовать структуру ХБС у лиц, посетивших поликлинику ОНЦ в течение одного календарного года. Были изучены 11937 амбулаторных карт больных, впервые обратившихся в поликлиническое отделение Центра. В данном случае мы не разбирали ХБС, имевший место у пациентов с неопухолевой и доброкачественной опухолевой патологией. Обсуждается лишь ситуация, касающаяся больных, страдающих той или иной формой злокачественного процесса. У всех пациентов был установлен впервые или подтвержден в процессе обследования диагноз злокачественного новообразования. При обращении больного в поликлиническое отделение Центра на каждого врачом заполнялась специальная, разработанная нами анкета, в которой содержались вопросы, касающиеся наличия или отсутствия боли, ее интенсивности, локализации, источника боли, а также вопросы о приеме ненаркотических или наркотических анальгетиков. Полученная таким обра-

зом информация составила банк данных автоматизированной информационно-поисковой системы (АИПС) «Боль». Последующая статистическая обработка данных была произведена на ЭВМ в соответствии с заданной программой. Часть сведений, полученных при этом, была положена в основу представляемого сообщения.

Из 11937 больных со злокачественными новообразованиями 4103 пациента находились уже в IV стадии заболевания (34,37%). Боль являлась одним из ведущих симптомов у 4811 (40,3%) больных.

Распределение данных в зависимости от наличия или отсутствия ХБС у всех больных и отдельно в группах курабельных (I—III ст.) и инкурабельных (IV стадия) больных представлено в табл. 1.

Т а б л и ц а 1. Боль и стадия заболевания

Число больных	Всего	I—III стадии	IV стадия
С болью	4811 (40,3%)	2393 (30,5%)	2418 (58,9%)
Без боли	7126 (59,7%)	5441 (69,5%)	1685 (41,1%)
Итого...	11937 (100%)	7834 (100%)	4103 (100%)

Как следует из данной таблицы, пациенты в IV стадии заболевания жалобы на боль предъявляли в два раза чаще (58,9%) в сравнении с группой курабельных больных, где болевой синдром был отмечен только у 30,5% пациентов.

Полученные данные указывают: с одной стороны, боль не всегда является доказательством запущенности опухолевого процесса, поскольку она встречается более чем у трети больных, находящихся в курабельных стадиях заболевания. С другой стороны, среди инкурабельных больных от боли страдают 2/3 больных. Эти цифры еще раз являются подтверждением того, что число онкологических больных, нуждающихся в противоболевой терапии, достаточно велико.

В сравнении с литературными данными (60—80%) частота болевого синдрома у больных, находящихся в IV стадии (59%), по нашим данным, не столь высока и формирует лишь их нижнюю границу [1, 6, 7, 10—12]. Однако эти литературные данные основываются на учете значительного числа пациентов, находившихся в терминальном состоянии, в то время как в нашем отделении подобные больные встречались не столь часто, поскольку они в основном находятся дома и наблюдаются районными онкологами. Мы предполагаем, что частота болевого синдрома среди пациентов, проводящих свои последние дни в домашних условиях, значительно выше и соответствует приводимым литературным данным.

Анализ частоты выявления ХБС в группах пациентов разного пола представлен в табл. 2.

Т а б л и ц а 2. Боль и пол пациента

Число больных	Всего	I—III стадии	IV стадия
Мужчины	2508 (52,1%)	1175 (49,1%)	1333 (55,1%)
Женщины	2303 (47,9%)	1218 (50,9%)	1085 (44,9%)
Итого...	4811 (100%)	2393 (100%)	2418 (100%)

Доля мужчин и женщин с жалобами на боль в общей массе пациентов и в группе больных с I—III стадией заболевания практически одинакова. Однако по достижению IV стадии заболевания доля мужчин возрастает до 55,1%. Если провести анализ частоты болевого синдрома среди всех женщин и мужчин отдельно в каждой половой группе, то видно, что среди 6343 женщин жалобы на боль предъявляли 2303, или 36,3%. В группе мужчин (5594 пациента) с жалобами на боль было 2508 человек (44,8%).

Преобладание мужчин с ХБС в группе больных с IV стадией заболевания и более частые жалобы на боль среди мужчин в целом, возможно, объясняются особенностями физиологического и психоэмоционального характера.

При оценке изучаемого массива больных нами был осуществлен анализ частоты ХБС в различных возрастных группах, а также внутри каждой возрастной группы у курабельных (I—III стадии) и инкурабельных (IV стадия) больных (табл. 3).

Т а б л и ц а 3. Частота ХБС в возрастных группах больных

Показатели		Возрастные группы				
		до 40 лет	41—50 лет	51—60 лет	61—70 лет	старше 70
Всего	С болью	1136	917	1443	1040	275
		23,6%	19,1%	30,0%	21,6%	5,7%
	Без боли	1890	1405	1810	1469	552
		26,5%	19,7%	25,5%	20,6%	7,7%
I—III стадии	С болью	583	460	710	487	153
		24,4%	19,2%	29,7%	20,3%	6,4%
	Без боли	1455	1081	1360	1128	417
		26,6%	19,9%	25,0%	20,7%	7,7%
IV стадия	С болью	553	457	733	553	122
		22,8%	18,9%	30,3%	22,8%	5,2%
	Без боли	435	324	450	341	135
		25,8%	19,2%	26,7%	20,2%	8,1%

Как видно из данной таблицы, доля возрастной группы в основном не зависит от стадии процесса и составляет практически одни и те же цифры как в целом во всей анализируемой нами группе больных, так и в группах больных, пребывающих в курабельных стадиях заболевания и в IV стадии злокачественного процесса. Возрастная группа пациентов до 40 лет составляет около 25%, группа пациентов в возрасте от 41 до 50 лет несколько меньше — около 20%, в возрасте от 51 до 60 лет — около 30%, в возрасте от 61 до 70 лет — 20% и доля пациентов старшей возрастной группы (более 70 лет) составляет 5—8%.

Подобное соотношение возрастных групп в основном соответствует показателям онкологической статистики.

Нам представилось интересным изучить, насколько часто онкологические больные предъявляли жалобы на боль в каждой анализируемой нами группе (в зависимости от стадии заболевания) с учетом возраста. Эти сведения представлены в табл. 4.

Т а б л и ц а 4. Частота ХБС в зависимости от стадии заболевания

Показатели	Возрастные группы				
	до 40 лет	41—50 лет	51—60 лет	61—70 лет	старше 70
Всего	37,5%	39,5%	44,3%	41,4%	33,2%
I—III стадии	28,6%	29,8%	34,3%	30,1%	26,8%
IV стадия	56,0%	58,5%	62,0%	61,9%	47,5%

Из данной таблицы следует, что частота болевого синдрома в каждой возрастной группе совпадает с общими показателями из табл. 1. Однако обращает на себя внимание снижение частоты жалоб на боль у пациентов старше 70 лет, особенно это четко прослеживается среди больных в инкурабельной стадии заболевания.

Важным показателем для оценки ХБС у онкологических больных является интенсивность проявления боли. Следует отметить, что определение интенсивности боли является одним из наиболее трудных аспектов при составлении ее характеристики. Точное определение интенсивности остается невозможным, поскольку боль относится к категории субъективно характеризующихся величин. Из существующих на сегодня достаточно несовершенных методов определения интенсивности болевого синдрома [15—17, 25, 26] мы использовали в своей работе две методики — вербальную (словесную) оценку, когда сила боли оценивалась по четырем уровням (слабая, средняя, сильная и очень сильная) и оценку по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), когда сила боли оценивалась в единицах по 100-миллиметровой шкале от 0 до 100. Обе оценки носят достаточно субъективный характер и все же оказывают большую помощь в индивидуальном подборе анальгетиков, и особенно при дальнейшем контроле их эффективности. Наиболее удобным нам показалась система ВАШ, в частности при оценке эффективности проводимого лечения, как более объективная. Нами также было определено и соответствие показателей одной системы по отношению к другой. Так, вербальная оценка «боль слабая» соответствовала, по ВАШ, значениям до 30, «боль средняя» — 30—60, «боль сильная» — 60—90 и очень сильная, невыносимая боль — 90—100.

Распределение пациентов в зависимости от интенсивности болевого синдрома в каждой анализируемой нами группе отражено в табл. 5. Группы больных с сильной и очень сильной, невыносимой болью нами были объединены в одну ввиду их немногочисленности и для удобства оценки статистической достоверности изучаемых данных.

Из таблицы следует, что больше половины больных, находящихся в курабельных стадиях заболевания (60,8%), предъявляли жалобы на боль легкой интенсивности, что можно расценивать как начальное проявление заболевания. Несмотря на слабую выраженность боли в этой группе пациентов, следует обратить внимание, что даже слабые болевые ощущения, на которые подчас не обращают должного внимания, могут служить сигналом о наличии в организме опухолевого процесса.

Таблица 5. Интенсивность болевого синдрома

Интенсивность боли	Число больных		
	Всего	I—III стадии	I—IV стадии
Легкая	2519 (52,4%)	1454 (60,8%)	1065 (44,0%)
Средняя	1981 (41,2%)	845 (35,3%)	1136 (47,0%)
Сильная	311 (6,4%)	94 (3,9%)	217 (9,0%)
Итого...	4811 (100%)	2393 (100%)	2418 (100%)

Существующее мнение, что «рак» это обязательно «сильная боль», в данном случае не выдерживает критики, поскольку в начальных стадиях заболевания сильная, невыносимая боль имела место только у незначительного числа больных (3,9%).

Среди больных, находившихся в инкурабельной стадии заболевания, частота болевого синдрома сильной интенсивности возрастает более чем вдвое и составляет 9%. Доля болевого синдрома слабой интенсивности снижается почти наполовину и составляет в этой группе 44%. В общей сложности больше половины (57%) пациентов в IV стадии заболевания требуют пристального внимания и назначения методически правильного, адекватного обезболивания. Собственно говоря, в этом нуждаются все онкологические больные, особенно в случаях запущенности злокачественного процесса, но, к сожалению, далеко не всегда они получают соответствующую поддержку как со стороны участкового терапевта, так нередко и со стороны курирующего их онколога. Анализ жалоб на боль в зависимости от локализации первичной опухоли показал, что при поражении первичной опухолью анатомических структур в области головы и шеи боль как один из основных симптомов присутствовала у 38,9% пациентов. При раке молочной железы жалобы на боль предъявляли 31,6% пациентов. При поражении опухолью легких и средостения боль была отмечена у 40,8%, а при костных саркомах у 34% больных. В группе больных со злокачественной опухолью желудочно-кишечного тракта частота болевого синдрома возрастает в несколько раз. Так, при локализации опухоли в пищеводе и желудке жалобы на боль предъявляли 74,98% пациентов, при локализации в толстом кишечнике 62,6%, и наиболее часто пациенты жаловались на болевые ощущения при заболевании поджелудочной железы (86,4%).

Болевой синдром средней и сильной интенсивности в 2/3 случаев был отмечен при поражении опухолью костей скелета, поджелудочной железы. В то же время болевой синдром легкой интенсивности встречался более чем у 70% пациентов, жаловавшихся на боль, с локализацией первичной опухоли в легких, пищеводе, средостении.

Приходится еще раз фиксировать внимание врачей общелечебной сети на том, что жалобы на болезненные ощущения в области органов желудочно-кишечного тракта требуют особо пристального внимания и заставляют при обследовании прежде всего стремиться исключить злокачественный процесс, поскольку данный симптом является одним из основных проявлений опухолевого поражения.

Мы надеемся, что представленный выше материал позволит глубже понять природу хронического болево-

го синдрома у онкологических больных. В этом нуждаются тысячи страдающих от боли людей, и помочь им избавиться от боли наша общая задача. Решение этой проблемы находится в руках специалистов различного профиля, в первую очередь онкологов и участковых терапевтов. Безусловно, задача паллиативной помощи онкологическим больным должна решаться не только в виде адекватного обезболивания и других видов медикаментозного лечения, но при условии обязательного комплексного подхода, включающего решение множества психосоциальных вопросов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Stjernsward J.* // International Symposium on Pain Control. — Toronto. — 1984.
2. *Fine P. G., Hare B. D.* // Hosp. Formul. — 1987. — Vol. 22. — P. 928—936, 945.
3. *Stjernsward J., Stanley K., Tsechkovski M.* // Urgent Public Health Problem, Ind. Pain. — 1986. — Vol. 1. — P. 7—13.
4. *Stjernsward J., Ozorio P.* // World Health. — 1985. — June. — 23—25.
5. *Deschamps M., Band P.* // International Symposium on Cancer Control. — Toronto. — 1984.
6. *Greenwald H. P., Bonica I. I., Bergner M.* // Cancer. — 1987. — Vol. 60. — P. 2563—2569.
7. *Cleeland C. S.* // Cancer. — 1984. — Vol. 54. — P. 2635—2641.
8. *Daut R. L., Cleeland C. S.* // Cancer. — 1982. — Vol. 50. — P. 1913—1918.
9. *Dorrepal K. L., Aaronson N. K., van Dam F. S.* // Cancer. — 1989. — Vol. 63. — P. 593—598.
10. *Walsh D. T.* // Oncology. — 1987. — Special Supplement.
11. *Schoon W., Erdmann H., Kleeberg U. R.* // Med. Klin. — 1987. — Vol. 23. — P. 805—811.
12. *Baines M.* // J. of Pain and Symptom Management. — 1988. — Vol. 3. — P. 81—86.
13. *Foley K. M.* // J. of Pain and Symptom Management. — 1987. — Vol. 2. — P. 13—17.
14. *Foley K. M.* // N. E. J. Med. — 1985. — Vol. 313. — P. 84—85.
15. *Evans R.* // International Symposium on Pain Control. — Toronto. — 1984. — P. 15—19.
16. *LeResche L., Dworkin S. F.* // Pain. — 1988. — Vol. 35. — P. 71—78.
17. *Fishman B., Pasternak S., Wallenstein S. L., Foley K. M.* // Cancer. — 1987. — Vol. 60. — P. 1151—1158.
18. *Coyle Nessa.* // Am. J. of Nursing. — 1990. — Vol. 12. — P. 75—78.
19. *Coyle Nessa.* // Am. J. of Hosp. — 1991. — Vol. 12. — P. 27—35.
20. *Coyle Nessa.* // J. of Pain and Symptom Management. — 1990. — Vol. 5. — P. 83—93.
21. *Foley K. M.* // J. of Pain and Symptom Management. — 1991. — Vol. 6. — P. 289—297.
22. *Enck R. E.* // Am. J. of Hosp. — 1991. — November/December. — P. 27—35.
23. *Saunders G. M.* // The Management of Terminal Illness. — London. — 1985.
24. *Nielsen O. S.* // J. Clin. Oncol. — 1991. — Vol. 9. — P. 509—524.
25. *Grossman F. S.* // J. of Pain and Symptom Management. — 1991. — Vol. 6. — P. 53—57.
26. *Piantadosi S.* // J. of Pain and Symptom Management. — 1992. — Vol. 4. — P. 196—203.

Поступила 23.02.93