

УДК 616-006.3.04

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ ВОСПРИЯТИЯ БОЛИ ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТЕЙ

Щелкова О.Ю.¹, Сушенцов Е.А.², Усманова Е.Б.¹, Валиев А.К.², Горбунов И.А.¹¹ Санкт-Петербургский государственный университет; 199034, г. Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9² ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России; 115478, г. Москва, Каширское ш., д. 24**Ключевые слова:** качество жизни, онкоортопедия, болевой синдром, личностный профиль

Введение. Проблема поиска путей адекватного купирования болевого синдрома у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, активно исследуется в современной науке. Также исследуется вопрос влияния болевых ощущений на качество жизни онкологических больных: распространенность и интенсивность болевых ощущений существенно определяют общую оценку пациентами качества жизни. Статья посвящена изучению влияния психологических факторов на параметры качества жизни, связанные с восприятием боли и ограничением активности пациентов в онкоортопедии. В статью включены данные исследования 139 пациентов с опухолевым поражением костей: остеосаркомой (n=42), саркомой Юинга (n=10), гигантоклеточной опухолью (n=32), хондросаркомой (n=32) и метастатическим поражением костей (n=23).

Материалы и методы. Использовались «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36), «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 с дополнительным модулем VM-22 для больных с опухолью костей, а также тесты личности «Большая пятерка», «Способы совладающего поведения», «Тест смысловых ориентаций», методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ).

Результаты. Согласно результатам исследования, больные с метастатическим поражением костей оценивают свое здоровье гораздо хуже пациентов других групп, а болевые ощущения — как более интенсивные. Наиболее распространенные болевые ощущения обнаружены в группе пациентов, склонных к поведению по типу «раздражительной слабости», и находящихся по большей части в гневливо-мрачном, озлобленном настроении.

Заключение. Проведенное исследование показывает необходимость индивидуального подхода с учетом личностного профиля в выборе анальгетической терапии больным с опухолями опорно-двигательного аппарата, особенно в случаях назначения опиоидных препаратов.

Введение

Проблема поиска путей адекватного купирования болевого синдрома у пациентов, страдающих онкологическими заболеваниями, активно исследуется в современной науке. В зарубежной литературе широко представлены работы, посвященные вопросу возникновения болевых ощущений у онкологических больных на фоне проводимой медикаментозной терапии, как правило, опиоидами и в период хирургического лечения [1–4]. Также исследуется вопрос влияния болевых ощущений на качество жизни (КЖ) онкологических больных [5, 6]. Однако в литературе не представлено исследований, посвященных изучению влияния субъективного восприятия боли пациентами на качество их жизни. При этом распространенность и интенсивность болевых ощущений существенно

определяют общую оценку пациентами качества жизни [7]. Для больных с опухолевым поражением костей характерен выраженный, прогрессирующий болевой синдром, появляющийся на ранних стадиях заболевания, усиливающийся по ночам; после приема анальгетиков, в том числе наркотических, отмечается незначительный эффект, часто ограниченный временем действия препарата. Нередко у пациентов наступают патологические переломы костей, пораженных опухолью, что значительно повышает болевой синдром и снижает качество жизни. Необходимо отметить, что вопрос адекватного обезболивания больных с первичным и метастатическим опухолевым поражением опорно-двигательного аппарата остро стоит и в послеоперационном периоде, что обусловлено высоким уровнем травматичности операций [8].

В связи с этим целью данного исследования является изучение влияния психологических факторов на параметры качества жизни, связанные с восприятием боли и ограничением активности пациентов в онкоортопедии.

Адрес для корреспонденции

Усманова Екатерина Бахромовна
E-mail: usmanovakate@ya.ru

Материал исследования

Материал составили данные психологического исследования 139 пациентов с опухолевым поражением костей. В группу вошли 42 пациента с остеосаркомой (С40), 10 пациентов с саркомой Юинга (С40), 32 пациента с хондросаркомой (С40), 32 пациента с гигантоклеточной опухолью D (48.0) и 23 пациента с вторичным опухолевым поражением костей, а именно метастазами в кости при светлоклеточном раке почки (С64) (Международная статистическая классификация болезней 10-го пересмотра, МКБ-10, 1995). Пациенты находились на лечении в хирургическом отделении опухолей опорно-двигательного аппарата и в отделении вертебральной хирургии НИИ клинической онкологии Российского онкологического научного центра им. Н.Н. Блохина.

Клинические характеристики пациентов, включенные в анализ, содержат 8 показателей: длительность заболевания с момента постановки диагноза и с момента появления симптомов, стадия, статус лечения, динамика течения заболевания, осложнения, тип хирургического лечения (органосохранная операция или ампутации конечности), объективный соматический статус. Значимые различия между группами пациентов обнаруживаются по последнему фактору – «объективный соматический статус». В таблице представлены результаты клинической оценки общего состояния пациентов с опухолевым поражением костей по шкалам Карновского (Karnofsky D.A., Burchenal J.H., 1949) и ECOG-ВОЗ [9].

и соавт., 2011; Ware J.E. et al., 1993) [10, 11]; 2) усовершенствованный «Опросник качества жизни» EORTC QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire Core-30), разработанный группой оценки качества жизни (Study Group on Quality of Life) при Европейской организации лечения и исследования рака (EORTC – European Organization for Research and Treatment Cancer) (Aaronson N.K. et al., 1993; Fayers P. et al., 1995) [12, 13]; 3) Дополнительный модуль BM-22, предназначенный для оценки КЖЗ пациентов с опухолевым поражением костей (Aaronson N.K. et al., 1993; Fayers P. et al., 1995) [12, 13]. Для изучения личностно-характерологических и мотивационно-поведенческих особенностей пациентов использовали тест-опросники «Большая пятерка» (BIG V) (Первин О., Джон Л., 2001; Яничев Д.П., 2006) [14, 15], «Способы совладающего поведения» (ССП) (Вассерман Л.И., Абабков В.А., Трифонова Е.А., 2010) [16], «Тест смысложизненных ориентаций» (СЖО) (Леонтьев Д.А., 2006) [17]. Для изучения типа отношения к болезни применялась методика «Тип отношения к болезни» (ТОБОЛ) (Вассерман Л.И., Карпова Э.Б., Иовлев Б.В. и соавт., 2014) [18].

Математико-статистическая обработка данных проводилась с помощью программ SPSS 20.0 и Excel XP. Использовались: критерий χ^2 Пирсона, а также кластерный, факторный и многофакторный дисперсионный анализ.

Таблица. Объективный соматический статус пациентов с опухолью костей

Индекс Карновского / Шкала ECOG-ВОЗ	ОстеоСа n=42 (A)	Са Юинга n=10 (B)	ГКО n=32 (C)	ХондроСа n=32 (D)	Mts n=23 (E)	Достоверные различия
	M±m	M±m	M±m	M±m	M±m	
Индекс Карновского	80±1,79	79±1,8	78,89±2,2	80,5±2,15	71,18±2,63	AE*** BE*** CE*** DE***
Шкала ECOG-ВОЗ	1,23±0,1	1,3±0,2	1,41±0,1	1,4±0,12	2,12±0,12	AE*** BE*** CE*** DE***

Примечание. В графе «Достоверные различия» знак * соответствует уровню статистической значимости 0,05<p<0,1; ** p<0,05; *** p<0,01. В индексе Карновского большие значения шкальных оценок соответствуют лучшим характеристикам состояния больного. Максимальная оценка по всем шкалам – 100. Для шкалы ECOG-ВОЗ наилучшее состояние соответствует 0, а наихудшее – 4.

Как видно из таблицы, объективный соматический статус больных первичными опухолями костей (остеосаркома, саркома Юинга, ГКО и хондросаркома) приблизительно одинаков и значительно лучше соматического статуса пациентов с метастатическим поражением костей.

Методы исследования

Для изучения основных параметров качества жизни использовались: 1) «Краткий общий опросник оценки статуса здоровья» (SF-36) (Вассерман Л.И.

Результаты и обсуждение

На первом этапе исследования был проведен сравнительный анализ основных параметров качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья пациентов с первичным и метастатическим поражением костей. Результаты исследования представлены на рис. 1.

Согласно данным, представленным на рис. 1, больные с метастатическим поражением костей значительно ниже оценивают общее состояние своего здоровья и перспективы лечения, чем пациенты с

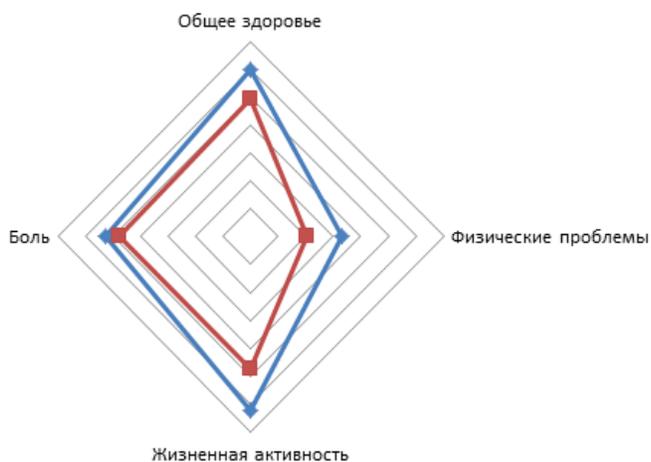


Рис. 1. Основные параметры качества жизни, связанного с общим состоянием здоровья пациентов с первичным и метастатическим поражением костей (шкалы методики SF-36)

первичным опухолевым поражением костей. При этом больные с метастатическим поражением костей более ограничены в повседневной деятельности и социальной активности в связи с ухудшением эмоционального состояния, чем остальные пациенты. В то же время больных с метастазами характеризует большее ограничение активности, обусловленное интенсивностью боли, и более выраженное утомление, чем больных остальных групп.

На рис. 2 представлены результаты изучения качества жизни, связанного с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей.

Данные специализированного опросника QLQ C-30, представленные на рис. 2, согласуются с данными общего опросника качества жизни SF-36, дополняя их. Опросник QLQ C-30, чувствительный к различиям составляющих качества жизни непосредственно онкологических больных, выявляет различия в оценке общего состоянии здоровья пациентов: больные с метастатическим поражением костей оценивают свое здоровье гораздо хуже пациентов других групп. В то же время у больных с метастазами болевые ощущения интенсивнее, чем у пациентов всех остальных групп. Согласно представленным данным модуля BM-22, пациенты

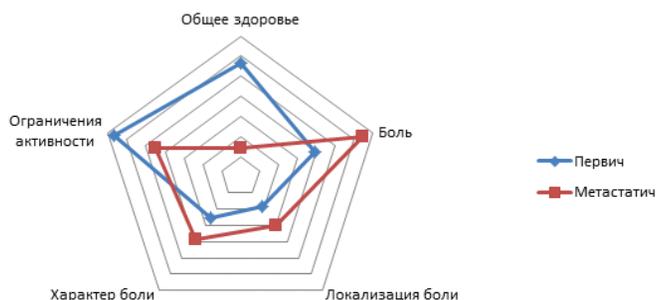


Рис. 2. Параметры качества жизни, связанного с первичным и метастатическим опухолевым поражением костей (шкалы QLQ C-30, BM-22)

с метастатическим поражением костей испытывают более распространенные болевые ощущения, чем больные с первичным опухолевым поражением костей, кроме того, у больных с метастазами боль носит более интенсивный характер, чем у остальных пациентов. Также, по данным модуля, ограничение активности, связанное непосредственно с поражением костей, среди больных с метастазами выше, чем среди пациентов остальных групп.

На следующем этапе исследования с целью изучения влияния психологических факторов на оценку пациентами болевых ощущений как параметра КЖ по 30 шкальным оценкам четырех психологических методик (BIG V, ССП, СЖО, ТОБОЛ) была проведена факторизация, позволившая выделить 5 обобщенных факторов, отражающих личностно-характерологические, мотивационно-поведенческие особенности и отношение к болезни изученных пациентов. В результате кластерного анализа с использованием выделенных факторов было получено четыре личностных «профиля» (кластера) пациентов с опухолевым поражением костей. В первый кластер вошли 14 человек, во второй – 46 человек, в третий – 52, в четвертый – 27 человек. На рис. 3 отображены средние значения по вычисленным факторам в каждой группе (кластере) больных, обладающих схожими психологическими характеристиками.

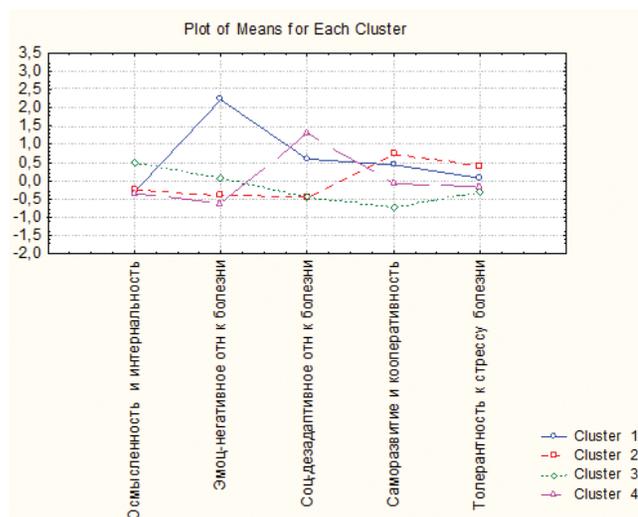


Рис. 3. Личностные «профили» (кластеры) пациентов с опухолевым поражением костей

Первый «профиль» (кластер), характеризующийся самыми высокими значениями по фактору «Эмоционально-негативное отношение к болезни», получил условное название «Невротическая личность» – личность, склонная к внутренним конфликтам и преобладанию негативных эмоций.

Второй личностный «профиль», получивший высокие значения по фактору «Стремление к саморазвитию и кооперативность» и по фактору «Толерантность к стрессу болезни», был назван «Зрелая, адаптированная личность».

Третий личностный «профиль», характеризующийся высокими значениями по фактору «Осмысленность жизни и интернальность», назван «Личность с высоким уровнем самосознания и ответственности».

Четвертый «профиль», для которого характерны высокие значения по фактору «Социально-дезадаптивное отношение к болезни», назван «Социально дезадаптированная личность».

В дальнейшем для выявления взаимосвязи параметров качества жизни, отражающих субъективное восприятие боли пациентами, и личностных «профилей» (кластеров) был проведен многомерный дисперсионный анализ с повторными измерениями (MANOVA repeated measures). В качестве зависимых переменных (повторных измерений) были взяты оценки качества жизни, связанные с болевыми ощущениями и ограничениями активности, а управляющим фактором выступал «профиль личности», выделенный кластерным анализом (кластер личности). Был обнаружен достоверный многомерный эффект (Λ Wilks=0,792, $F=9,241$, $df=(2,691)$, $p<0,005$) влияния «профиля» (кластера) личности на три шкалы качества жизни. Результаты дисперсионного анализа представлены на рис. 4.

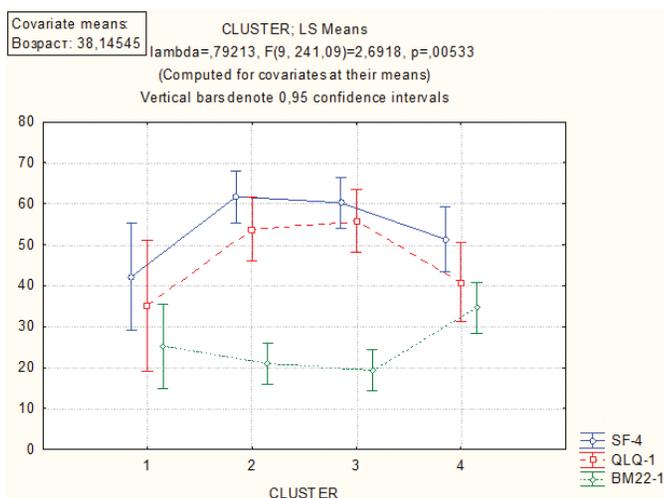


Рис. 4. Взаимосвязь личностных «профилей» и параметров качества жизни, связанных с болью, пациентов с опухолевым поражением костей

Как видно на рис. 4, наименьшая распространенность болевых ощущений и наилучшие показатели общего качества жизни характерны для пациентов с личностными профилями «Зрелая, адаптированная личность» и «Личность с высоким уровнем самосознания и ответственности». Также пациенты с данными профилями личности испытывают наименьшие ограничения в активности, обусловленные эмоциональными проблемами. Наиболее распространенные болевые ощущения выявлены у пациентов с профилем «Социально дезадаптированная личность». Для пациентов с профилем «Неврротическая личность» характерны умеренные болевые ощущения, но при

этом в данной группе больных выявлено значительное снижение общего качества жизни и снижение активности в связи с эмоциональными проблемами.

Следовательно, можно заключить, что психологические факторы (личностные «профили» пациентов) значимо влияют на параметры качества жизни, отражающие субъективное восприятие боли пациентами с опухолевым поражением костей.

Заключение

Таким образом, пациенты, обладающие наличием целей в будущем, эмоциональной насыщенностью жизни и удовлетворенностью самореализацией, представлением о себе как о сильной личности, обладающей достаточной свободой выбора, характеризуются наименьшей распространенностью болевых ощущений.

Также пациенты, склонные к сотрудничеству и обладающие высокими личностными ресурсами, при этом не склонные к непрерывному беспокойству и мнительности в отношении неблагоприятного течения болезни, обладают низкой распространенностью болевых ощущений.

Умеренные болевые ощущения, однако сниженное общее качество жизни и значительные ограничения активности, связанные с эмоциональными проблемами, выявлены в группе пациентов, склонных к чрезмерному сосредоточению на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, неверию в выздоровление, поискам выгод в связи с болезнью.

Наиболее распространенные болевые ощущения обнаружены в группе пациентов, склонных к поведению по типу «раздражительной слабости», обладающих уверенностью, что болезнь – результат внешних причин, чьего-то злого умысла, и находящихся по большей части в гневливо-мрачном, озлобленном настроении.

Проведенное исследование показывает необходимость индивидуального подхода с учетом личностного профиля в выборе анальгетической терапии больным с опухолями опорно-двигательного аппарата, особенно в случаях назначения опиоидных препаратов.

Информация об источниках финансирования

Исследование проведено при финансовой поддержке РФФИ (Per. № 17-36-00011 «a1»).

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Lucenteforte E, Vagnoli L, Pugi A. A systematic review of the risk factors for clinical response to opioids for all-age patients with cancer-related pain and presentation of the paediatric STOP pain study. BMC Cancer. 2018;18(1):568. DOI: 10.1186/s12885-018-4478-3.
2. Oberlé L, Luthy C, Pugliesi A. The use of transdermal opioids in patients in oncological remission suffering from chronic pain. Rev Med Suisse. 2015;11(480):1385-1389.

3. Strawson J. Nonsteroidal anti-inflammatory drugs and cancer pain. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2018;12(2):102-107.
4. Diaconu C, Pantis C, Cirimbei C. Perioperative pain in oncological patient - physiopathological and therapeutical implications. *J Med Life*. 2014;2:34-37.
5. Collins A, Sundararajan V, Burchell J. Transition Points for the Routine Integration of Palliative Care in Patients with Advanced Cancer. 2018;3924(18):30182-30189.
6. Alt-Epping B, Haas AL, Jansky M. Anticancer therapy for symptom relief? A systematic review of clinical trials in oncology. *Schmerz*. 2018;32(2):90-98.
7. Rau KM, Chen JS, Wu HB. Cancer-related pain: a nationwide survey of patients' treatment modification and satisfaction in Taiwan. *Jpn J Clin Oncol*. 2017;1;47(11):1060-1065.
8. Алиев МД. Злокачественные опухоли костей. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи. 2010;(2):3-8.
9. Karnofsky DA, Burchenal JH. The Clinical Evaluation of Chemotherapeutic Agents in Cancer. Evaluation of Chemotherapeutic Agents. MacLeod C.M. (ed.). Columbia Univ Press. 1949:196.
10. Вассерман ЛИ, Трифонова ЕА, Щелкова ОЮ. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь. 2011:271.
11. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 Health Survey Manual and Interpretation Guide. Boston, MA: New England Medical Center, The Health Institute. 1993.
12. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of National Cancer Institute*. 1993;85:365-375.
13. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Sullivan M. QLQ C-30 Scoring Manual. EORTC Study Group on Quality of Life. Brussels. 1995:50.
14. Первин Л, Джон О. Психология личности: Теория и исследование. Пер. с англ. М.: Аспект-Пресс. 2001:607.
15. Яничев ДП. Когнитивные аспекты самовосприятия личностных черт у пациентов с невротической и невротоподобной симптоматикой. Дисс. канд. психол. наук. СПб.: СПбГУ. 2006:156.
16. Вассерман ЛИ, Абабков ВА, Трифонова ЕА. Совладание со стрессом: теория и психодиагностика. СПб.: Речь. 2010:192.
17. Леонтьев ДА. Тест смысловых ориентаций. 2-е изд. М.: Смысл. 2006:15.
18. Вассерман ЛИ, Карпова ЭБ, Иовлев БВ, Вукс АЯ. Психологическая диагностика типов отношения к болезни. Психологическая диагностика расстройств эмоциональной сферы

и личности: Коллект. моногр. Науч. ред. Вассерман Л.И., Щелкова О.Ю. СПб.: Скифия-принт. 2014:214-237.

Статья поступила 10.08.2018 г., принята к печати 28.08.2018 г.
Рекомендована к публикации Т.К. Харатишвили

Информационная страница

Щелкова Ольга Юрьевна, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии; старший научный сотрудник ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева», доктор психологических наук, профессор.

Сушенцов Евгений Александрович, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва, старший научный сотрудник отделения опорно-двигательного аппарата, кандидат медицинских наук.

Усманова Екатерина Бахромовна, Санкт-Петербургский государственный университет, г. Санкт-Петербург, кандидат психологических наук.

Валиев Аслан Камрадинович, ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Блохина» Минздрава России, г. Москва, старший научный сотрудник отделения вертебральной хирургии, кандидат медицинских наук.

Горбунов Иван Анатольевич, Санкт-Петербургский государственный университет, старший научный сотрудник факультета психологии СПбГУ, кандидат психологических наук.

Дополнительные утверждения

Авторы согласны на публикацию представленной работы.

Авторы утверждают, что данная рукопись в настоящее время не представлена для публикации в другие издания и не была принята для публикации в других изданиях.

QUALITY OF LIFE AND PSYCHOLOGICAL FACTORS OF PAIN PERCEPTION IN PATIENTS WITH BONE TUMORS

Shchelkova O.Yu.¹, Sushentsov E.A.², Usmanova E.B.¹, Valiev A.K.², Gorbunov I.A.¹

¹ Saint Petersburg State University; Russia, 199034, Saint-Petersburg, Universitetskaya nab., 7–9

² FSBI «N.N. Blokhin National Medical Research Center of Oncology» of the Health Ministry of Russia; 115478, Moscow, Kashirskoe shosse, 24

Key words: quality of life, oncoorthopedics, pain, personal profiles

Objective. The problem of finding ways of adequate relief of pain in patients with cancer is actively studied in contemporary science. The question of impact of pain on quality of life in cancer patients is also studied: the prevalence and intensity of pain significantly determine the overall assessment of patients' quality of life. The article is devoted to study psychological factors influence on quality of life parameters related to pain perception and activity restrictions in oncoorthopedics. 139 Study participants were inpatients of N.N. Blokhin Russian Cancer Research Center. The diagnoses were osteosarcoma (42 persons), Ewing sarcoma (10 persons) giant cell tumor (32 persons), chondrosarcoma (32 persons) and bone metastases (23 persons).

Materials and methods. The psychological methods were: «SF-36 Health Status Survey», Quality of Life Questionnaire-Core 30 of European Organization for Research and Treatment Cancer with module Bone Metastases 22, questionnaires «BIG 5», «The ways of coping» and «Purpose-in-Life Test», questionnaire of relation to disease «TOBOL».

Results. The results revealed patients with metastases asses their quality of life significantly lower than other patients and asses pain characteristics as more intensive. The most widespread pain is revealed in patients inclined to behavior determined as «irritable weakness» and gloomy mood.

Conclusion. The study shows the need for individual approach, taking into account the personal profile in the choice of analgesic therapy in patients with musculoskeletal tumors, especially in cases of opioids treatment.