

Глава 8

РЕАБИЛИТАЦИЯ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ И ДЕОНТОЛОГИЯ В ОНКОЛОГИИ

- 8.1 Виды реабилитации онкологических больных и принципы их осуществления
- 8.2 Социальные аспекты реабилитации онкологических больных
- 8.3 Психологические аспекты реабилитации онкологических больных
- 8.4 Трудовые аспекты реабилитации онкологических больных
- 8.5 Роль санитарно-курортного лечения в реабилитации онкобольных
- 8.6 Деонтология в онкологии
- 8.7 Использованная литература – 8 источников

8.1 Виды реабилитации онкологических больных и принципы их осуществления

Достижение клинической онкологии, основанное на разработке методов ранней диагностики, совершенствовании методики и техники хирургических вмешательств, широкое внедрение в практику комбинированной и комплексной терапии злокачественных опухолей, привели к значительному улучшению отдаленных результатов лечения. Это привело к значительному накоплению онкологических больных после проведенного лечения, требующих восстановления личностного и социального статуса путём проведения сложных медицинских, социальных мероприятий, направленных на возвращение пациента к его прежнему образу жизни.

Решение этого широкого круга вопросов является задачей реабилитационной медицины в онкологии (В.Н. Герасименко, 1988). Например, к концу 2004 года в Республике Казахстан численность больных, состоящих на учёте, составила 114628 человек, из них живут 5 и более лет 46,3%, темп годового прироста за последние 3 года равен 2,5%. Эти многочисленные больные нуждаются в улучшении качества жизни, восстановлении здоровья и трудоспособности, в котором ведущая роль отводится врачам всех специальностей.

Комитетом ВОЗ определены следующие виды реабилитации:

- *Медицинская* – путем хирургического, лекарственного и санаторного лечения, психо-, физико- и трудотерапии, протезирования и социальным обеспечением комплексизирующих функций и косметических дефектов тех или иных органов;
- *Профессиональная* – путём переподготовки, обучения лиц, утративших трудоспособность, профессиям, доступным им по состоянию здоровья;
- *Социальная* – путем реинтеграции больного в обществе, семье, снижения экономических потерь и повышения общественной полезности.

Практическое осуществление реабилитации

Реабилитация онкобольных – многоэтапный процесс, где на каждом этапе лечения, последующего наблюдения и жизни больного применяются определённые методы воздействия, которые позволяют возвращать больных к полноценной жизни и труду. В определении объёма и целей реабилитации должны принимать участие представители многих специальностей (врачи, психологи, юристы, протезисты, специалисты ЛФК, трудотерапевты, работники органов социального обеспечения и др.). Программа реабилитации должна рассматриваться индивидуально для каждого больного в зависимости от его состояния, пола, возраста, стадии и локализации опухоли, её гистологического строения, методов лечения, предполагаемого прогноза, состояния нервно-психической сферы, трудовой направленности, условий труда.

Цели реабилитации

Их необходимо установить в начале лечения. Различают 3 цели:

Восстановительная	Поддерживающая	Паллиативная
Предполагается выздоровление без значительной потери трудоспособности. Например, больная после мастэктомии с лимфостазом верхней конечности	Болезнь заканчивается потерей трудоспособности, но её можно уменьшить адекватным лечением и правильной тренировкой. Например, больной с ампутированной конечностью	При прогрессировании заболевания можно предупредить развитие некоторых осложнений (пролежни, контрактуры, психические расстройства)

Эти цели у отдельного больного могут меняться во время лечения: иногда приходится переходить от восстановительной цели к поддерживающей или паллиативной.

Этапы реабилитации

I этап: первичный контакт врача-онколога с больным, установление диагноза, психопрофилактика, седативная терапия, направление в онкостационар	II этап: это лечение в онкостационаре, включающее предоперационное и послеоперационное восстановительное лечение	III этап: завершающий, это оценка трудоспособности, рациональное трудоустройство, реадaptация в семье и обществе
--	---	---

8.2 Социальные аспекты реабилитации онкологических больных

Возвращение онкобольных к трудовой деятельности – важнейший, но не единственный и не однозначный результат восстановительного лечения. Оптимальным вариантом процесса реабилитации следует считать возвращение онкобольного к дооперационному образу жизни. Ситуация онкологического заболевания обрекает больного на отсутствие уверенности в его жизненных перспективах.

Группа медицинских показателей, которая регулирует поведение больного со стороны объективно сложившейся ситуации онкозаболевания:

1. Характер оперативного вмешательства.
2. Дополнительные методы лечения.
3. Психогенные нарушения.
4. Срок давности радикального лечения.
5. Степень анатомо-функциональных нарушений, связанных с основным заболеванием и методами его лечения.

Эта группа показателей находится под непосредственным контролем онкослужбы и онко ВТЭК. Итогом деятельности обеих этих служб является оценка состояния здоровья, перспектив дожития, степени инвалидизации и трудоспособности онкологических больных. Таким образом объективные медицинские данные о результатах лечения в онкоучреждении, контрольные свидетельства районных онкологов и экспертные заключения онко ВТЭК являются основанием для выработки реабилитации в послеоперационном периоде. Однако, в процессе социальной реабилитации субъективная сторона вопроса зачастую оказывается более значимой и в большей степени определяет его направление. Сюда относятся следующие факторы:

1. Мотивация возвращения к труду – на первом месте мотив “не представляю жизни без работы”, на втором месте – желание сохранить семейный бюджет, на третьем месте – желание работать как все здоровые (социальное самоутверждение), на четвертом – заработать хорошую пенсию. Причем, мотивация зависит от социально-профессиональной принадлежности больных. Так, у лиц физического и не физического труда высшего образования чаще мотив – сохранить семейный бюджет. У лиц умственного труда “не представляю жизни без работы”.

2. Мотивация отказа от возвращения к труду – это на 1-ом месте семейные обстоятельства, на 2-ом – боязнь оказаться на особом положении в коллективе (боязнь изоляции в обществе).

3. Ценностные ориентации личности, которые обнаруживают себя в мотивации и реальном поведении больного, в частности, в отношении к вопросу о возвращении к труду. Примеры ценностно-ориентационных суждений:

А) самое важное в жизни – здоровье, без этого все остальное теряет смысл;

Б) “Здоровье важно, но есть вещи, не менее важные – семья, работа”;

В) если слишком много внимания уделять здоровью, то жизнь становится однообразной и тягостной.

Среди тех, кто не считает здоровье главной ценностной ориентацией, в основе возвращения к труду лежат мотивы “не представляю жизни без работы”. Среди тех, кто здоровье считает высшей ценностью, преобладает мотив “желание сохранить семейный бюджет”.

4. Роль семьи и взаимоотношений в ней. От атмосферы в семье, поддержки больного, внимания к его нуждам и запросам, реальной оценки его физических возможностей после перенесенного заболевания зависит психо-эмоциональный и социальный настрой, жизненная позиция, настроение и выбор многих решений на будущее. Активная моральная поддержка близких обуславливает позитивную мотивацию возвращения к труду, т.е. создание онкобольным оптимальных условий для социальной реабилитации должно опираться на изучение комплекса субъективных и объективных детерминант, определяющих собой этот сложный процесс.

8.3 Психологические аспекты реабилитации онкологических больных

Главная психологическая проблема в онкоклинике – это реакция личности на болезнь. На практике замечен большой разрыв между современными, постоянно усложняющимися методами специального лечения и уровнем знания практических врачей об особенностях психического статуса онкобольных. Это отрицательно влияет на характер, течение, эффективность лечения, на психическую активность больных, возможности их социально-трудовой реабилитации и, в конечном счёте, на продолжительность жизни.

Онкозаболевания ставят перед больным сложные психологические проблемы. Больной находится в серьезнейшей стрессовой ситуации. Длительное, тяжёлое заболевание, госпитализация, отрыв от привычного окружения, потеря социального статуса, возможность калечащей операции, приводящей к инвалидности, угроза смерти – разрушают привычные стереотипы поведения, изменяют систему ценностей и эталонов, существенно перестраивая личность больного, и ставят его перед проблемой адаптации к новым условиям жизни.

Врачи должны осознать, что вопрос, какую жизнь будет вести больной после лечения, не менее важен, чем то, каковы будут результаты лечения.

Процесс реабилитации не должен быть ограничен рамками проведения ЛФК, протезирования, реконструктивных операций, медикаментозной терапии. Это системная деятельность, направленная на восстановление личного и социального статуса больного особым методом; содержание его состоит в опосредовании через личность лечебно-восстановительных воздействий и мероприятий. То есть реабилитация – это активный процесс, в котором больной выступает не просто “потребителем” лечения, а партнером и, как следствие, предполагает особую активность со стороны врача и больного.

У онкобольного в силу тяжести заболевания, неопределенности прогноза, невозможности планирования жизненных целей на первый план выходит мотив “сохранения жизни”. Доминирование этого мотива ведет к формированию ограничительного поведения: инертности, снижению жизненной активности, разнообразных “уходов” в болезнь, в работу, в семью, в общественную деятельность. Нужно помочь больному создать новый смысл жизни, новые цели. Для больного должна быть сформулирована цель реабилитационной программы, предложена модель его возможного будущего, созданная с учётом характерологических, личностных качеств, сохраненных звеньев его мотивационной сферы и использование лично значимых целей.

Если нарушено правильное соотношение целей реабилитационной программы и индивидуальных целей больных, утрачивается личностный смысл этих мероприятий, появляются больные, не поддающиеся восстановительному лечению, склонных извлекать “пользу” из своего состояния, удовлетворяться полученной инвалидностью и требовать особенного к себе отношения от окружающих.

Психологические трудности онкобольного связаны не только с угрозой жизни. Проведённое лечение, калечащие операции ставят перед ними профессиональные, бытовые, семейные проблемы. Восстановительное лечение, связанное с управлением механизмом адаптации больного, должно строиться с учетом изменения мотивационных структур. В психокоррекционной работе нужно ориентироваться на формирование таких целей, которые, становясь в дальнейшем мотивами, возвращают больного к активной и полноценной жизни. Другой важной задачей является корригирование целей, приводящих к патологическому развитию личности, “уходу в болезнь”. Необходимо проводить мотивационную психотерапию. Следует приветствовать метод проведения всех психокорректирующих мероприятий в группах онкобольных, которые часто формируются спонтанно. Этот метод коллективной терапии считается очень эффективным.

Практически должны быть определены возможности дальнейшей профессиональной деятельности, при невозможности её продолжения, должен быть предложен тот круг занятий, который может заменить больному трудовые отношения: работа в семье, забота о близких и т.д. В идеальном случае реабилитация должна заканчиваться профессиональной переориентацией и профессиональным переобучением. Нужно также не забывать бытовые, социальные и профессиональные затруднения, с которым столкнется больной после выписки из стационара.

8.4 Трудовые аспекты реабилитации онкологических больных

Основной целью трудовой реабилитации являются трудоустройство инвалидов и их адаптация в семье и обществе. Для успешного проведения трудовой реабилитации необходимы:

- 1) точное определение физических и профессиональных возможностей пациента;
- 2) оценка требований, предъявляемых профессией инвалиду;
- 3) правильное определение соответствия способностей больного требованиям профессии;

В результате проведения медицинских реабилитационных мероприятий могут быть получены следующие результаты:

- 1) достаточно полное восстановление трудоспособности с возможностью возвращения к труду;
- 2) неполное восстановление – прежняя работа возможна только при определенных (облегченных) условиях;
- 3) полное восстановление как результат переобучения и переход на другую работу;
- 4) приобретение простейших навыков и возможностей самообслуживания;
- 5) отсутствие эффекта восстановления.

Вместе с тем необходимо иметь в виду, что часть больных, которые не вернулись к трудовой деятельности, тем не менее получили возможность улучшить “качество жизни”, что может быть оценено по модифицированной “шкале Карновского” и должно учитываться в процессе оценки эффективности реабилитации:

- 100% – жалоб и проявлений заболевания нет;
- 80% – нужно изменить прежний образ жизни, часто бывает нетрудоспособным;
- 60% – требует периодической медицинской и бытовой помощи, обслуживает себя с трудом;
- 40% – необходима постоянная медицинская помощь, постоянный уход;
- 20% – очень слаб, нуждается в постоянной госпитализации и в активной поддерживающей терапии.

Вся реабилитационная работа осуществляется бригадой специалистов, где особенно важна роль лечащего врача, на которого больной возлагает надежды, от его опыта, умения, знания и активности зависит успех реабилитационных мероприятий.

8.5 Роль санаторно-курортного лечения в реабилитации онкобольных

В жизни ВКК отказывают в курортном лечении больным, которые когда-либо лечились по поводу злокачественных новообразований.

В настоящее время онкологи твердо придерживаются мнения, что санаторно-курортное лечение является существенным звеном в комплексе реабилитации онкобольных после проведенного радикального лечения.

Этот вид восстановительной терапии может быть использован у онкологических больных после радикального лечения по поводу злокачественных новообразований (хирургического, лучевого и комплексного) при отсутствии рецидивов и метастазов. Больные могут направляться только в местные санатории для общеукрепляющего лечения при общем удовлетворительном состоянии. Санаторно-курортную карту выдает лечащий или диспансерный врач по предъявлении справки онколога, удостоверяющего, что в результате наблюдения и обследования больного не установлено рецидивов и метастазов злокачественной опухоли.

Противопоказаниями к направлению в санаторий:

1. Больные, находящиеся на обследовании с подозрением на наличие рецидивов и метастазов опухоли.

2. Больные с выраженными последствиями проведенного радикального лечения, требующие специальной терапии:

А) с лучевыми поражениями и кожными язвами, лейкопенией ниже 2500-3000 лейкоцитов, тромбоцитопенией ниже 100000, анемией с гемоглобином ниже 66,6 г/л (40%);

- 1) достаточно полное восстановление трудоспособности с возможностью возвращения к труду;
- 2) неполное восстановление – прежняя работа возможна только при определенных (облегченных) условиях;
- 3) полное восстановление как результат переобучения и переход на другую работу;
- 4) приобретение простейших навыков и возможностей самообслуживания;
- 5) отсутствие эффекта восстановления.

Вместе с тем необходимо иметь в виду, что часть больных, которые не вернулись к трудовой деятельности, тем не менее получили возможность улучшить “качество жизни”, что может быть оценено по модифицированной “шкале Карновского” и должно учитываться в процессе оценки эффективности реабилитации:

- 100% – жалоб и проявлений заболевания нет;
- 80% – нужно изменить прежний образ жизни, часто бывает нетрудоспособным;
- 60% – требует периодической медицинской и бытовой помощи, обслуживает себя с трудом;
- 40% – необходима постоянная медицинская помощь, постоянный уход;
- 20% – очень слаб, нуждается в постоянной госпитализации и в активной поддерживающей терапии.

Вся реабилитационная работа осуществляется бригадой специалистов, где особенно важна роль лечащего врача, на которого больной возлагает надежды, от его опыта, умения, знания и активности зависит успех реабилитационных мероприятий.

8.5 Роль санаторно-курортного лечения в реабилитации онкобольных

В жизни ВКК отказывают в курортном лечении больным, которые когда-либо лечились по поводу злокачественных новообразований.

В настоящее время онкологи твердо придерживаются мнения, что санаторно-курортное лечение является существенным звеном в комплексе реабилитации онкобольных после проведенного радикального лечения.

Этот вид восстановительной терапии может быть использован у онкологических больных после радикального лечения по поводу злокачественных новообразований (хирургического, лучевого и комплексного) при отсутствии рецидивов и метастазов. Больные могут направляться только в местные санатории для общеукрепляющего лечения при общем удовлетворительном состоянии. Санаторно-курортную карту выдает лечащий или диспансерный врач по предъявлении справки онколога, удостоверяющего, что в результате наблюдения и обследования больного не установлено рецидивов и метастазов злокачественной опухоли.

Противопоказаниями к направлению в санаторий:

1. Больные, находящиеся на обследовании с подозрением на наличие рецидивов и метастазов опухоли.
2. Больные с выраженными последствиями проведенного радикального лечения, требующие специальной терапии:

А) с лучевыми поражениями и кожными язвами, лейкопенией ниже 2500-3000 лейкоцитов, тромбоцитопенией ниже 100000, анемией с гемоглобином ниже 66,6 г/л (40%);

Б) с тяжелыми анатомо-функциональными нарушениями после хирургического лечения (после обезображивающих операций по поводу опухолей головы и шеи, лица, не подлежащие протезированию; с незаконченной пластикой пищевода, фарингостомы, кишечными свищами, незаживающими ранами, недержанием мочи и кала);

3. Больные, не способные обслуживать себя и требующие постороннего ухода.

4. Больные с острым или хроническим психозом.

Специфические особенности лечения онкобольных в санаторно-курортных условиях

1. Наряду с общеукрепляющим лечением, коррекцией обменных нарушений и лечением сердечно-сосудистых заболеваний им, как правило, показана коррекция нарушений психоэмоциональной сферы. Им обязательна лечебная физкультура (тонизирующий или тренировочный режим), в ряде случаев желательна назначение таких препаратов, как ноотропил, пирацетам, пиридитол, энцефабол. Улучшая метаболизм в нервных структурах, эти препараты способствуют нормализации корковых процессов. Пожилым людям с проявлением атеросклероза сосудов мозга нужно назначать амилолон 0,75 г в сутки, стугерон.

2. Коррекция обменных нарушений. При снижении массы тела, аппетита показаны анаболики, включая анаболические гормоны типа нерабола, нераболила, ретоболила (но при раке предстательной железы они противопоказаны). При ожирении после лечения оно бывает фоном возникновения рака, бывает результатом усиленного питания после радикального лечения, бывает результатом применения гормонального лечения или сдвигов в гормональном балансе (рак щитовидной железы – тиреоидэктомия) показан тироксин по 0,3 в сутки или трийодтиронин по 150 мг в сутки.

3. Коррекция нарушений сердечно-сосудистой системы.

Чаще эти нарушения проявляются дистрофией миокарда. Происхождение их сложное: длительный эмоциональный стресс, нарушение гормонального баланса, особенно у молодых женщин (последствия гормональной и цитостатической терапии), обменные нарушения. Клиническая дистрофия миокарда протекает или бессимптомно, или проявляется болями в области сердца, не характерными для ишемии или экстрасистолией.

Необходима дифференциальная диагностика болей в сердце и ишемических болей при дистрофии миокарда: анамнез, функциональные пробы с ЭКГ. Если при дозированной физической нагрузке показатели ЭКГ ухудшаются, это свидетельство в пользу ишемической болезни. Можно для дифференциального диагноза использовать фармакологические пробы, например, калиевая – если это дистрофия, после приема препаратов калия по обычной методике, ЭКГ нормализуется).

Лечение дистрофии миокарда: сердечные анаболические препараты – рибоксин в среднем 0,6 в сутки, оротат калия до 1,5 г в сутки, препараты калия, панангина (аспаркам – 1-3табл. в сутки, 10% р-р хлорида калия). Если дистрофия гормонального характера, хороший эффект от комбинированных препаратов, нормализующих вегетативную нервную систему – беллоид/белласпон, беллатаминал/, лучшие в сочетании с бромидом / бромкамфора по 0,75 в сутки, микстура Кватера/.

Лечение гипертензии. Она характерна для некоторых локализаций: рака эндометрия, молочной железы, толстой кишки. При этом рекомендуется: верошпирон до 45-100 мг в сутки.

Общеукрепляющая терапия.

В комплекс лечебных мероприятий у онкобольных следует включать:

- Адаптогены – экстракт элеутерококка (до 3-х ч. ложки в сутки), настойку женьшеня, пантокрин. Все они повышают неспецифическую резистентность организма, в том числе – противоопухолевую.
- Витамины – аскорбиновая кислота, В₁, В₂, В₆, А, Е, В₁₂ назначать по строгим показаниям – например, фолиево-дефицитная анемия после экстирпации желудка. Дозы В₁₂ 30-60 мкг 1-2 раза в неделю. В высоких дозах вит. В₁₂ онкобольным назначать не следует.

Элементы комплексного курортного лечения для онкобольных.

Курортный режим, диетотерапия, питьевое, бальнеологическое, климатическое лечение, лечебная физкультура, при показаниях – медикаменты.

1. Грязевое лечение и гелиотерапия для онкобольных противопоказаны независимо от давности заболевания.
2. Бальнеологическое лечение ограничивается применением минеральных ванн при температуре не выше 36-37 град., а также душей – дождевых, циркулярных, игольчатых, можно ванны кислородные на морской воде (температура 36-37° в течение 10 мин).

Коррекция нарушений желудочно-кишечного тракта.

Прием минеральной воды внутрь стимулирует секрецию пищеварительных желез, оказывает противовоспалительное действие, способствует снятию спазмов гладкой мускулатуры внутренних органов. Показаны слабominеральные воды (4-5 г/л). Минеральную воду по 150-200 мл 3 раза за 30-60 минут до еды.

При дискинезиях кишечника – микроклизмы, кишечные души, сифонные промывания минеральными водами. Из курортов показан Железноводск, Сары-Агач.

Диетотерапия – универсальным является дробный режим питания (5-6 раз в сутки), уменьшение объема одновременно съедаемой пищи, медленный приём пищи.

Таким образом, система реабилитационных мероприятий у онкологических больных требует междисциплинарного подхода – медицинского, социально-психологического и должно применяться с момента установления диагноза, госпитализации больного и продолжаться в процессе последующей диспансеризации после выписки.

8.6 Деонтология в онкологии

Медицинская деонтология (от греч. – deon – долг, должное, Logos – слово, наука) – наука о долге медика перед больным и перед обществом, т.е. наука о врачебном долге. Актуальность деонтологических вопросов в онкологии обусловлена, в основном, двумя обстоятельствами. Во-первых, при злокачественных опухолях самоизлечения не бывает, и выздоровление больного всецело зависит от компетенции врача и использования им всех имеющихся средств лечения. Во-вторых, среди населения и некоторой части медицинских работников распространено пессимистическое мнение о бесперспективности лечения злокачественных опухолей, что в настоящее время существенно пре-

пятствует достижению практических успехов. В связи с этим каждый врач должен иметь максимальную ясность в линии поведения у постели онкологического больного.

В медицине очень давно сложился нравственный идеал врача – сплав наиболее существенных качеств и черт таких, как чуткость, душевность, отзывчивость, порядочность, глубокие профессиональные знания. Общение врача с онкологическими больными без соблюдения этих идеалов, по существу принципов деонтологии, недопустимо.

Выделяют два принципиальных положения, определяющих тактику врача по отношению к онкологическому больному:

- a. оптимальное использование диагностических процедур и лечебной помощи должно осуществляться с максимальным щажением психики больного;
- b. каждый больной злокачественной опухолью подлежит лечению.

Уже начиная с периода первичного обследования онкологический больной испытывает тяжелый эмоциональный стресс, проявляющийся признаками тревоги, страха, депрессии. Поэтому с первых слов врач должен успокоить больного, расположить его к себе, завоевать доверие. Прежде всего надо понять, что ждет от врача больной. Ему недостаточно сострадания, сочувствия. Больной ищет и ждет помощи специалиста, умного и заботливого человека, способного распознать и побороть болезнь. Больной хочет видеть, что у врача есть искреннее желание оказать ему необходимую лечебную помощь. Убедить больного в этом – первый долг врача.

Исследование больного нужно проводить очень внимательно, не торопясь. Поспешность врача при проведении обследования отрицательно действует на больного, и он расценивает это как бестактность и невнимание со стороны врача.

Важным принципиальным положением в деонтологии представляет собой надлежащая информация больного о диагнозе, прогнозе и способах лечения. Очень часто онкологические больные в силу заинтересованности своим диагнозом, следовательно, возможным исходом болезни, различными путями, дозволенными и недозволенными, пытаются узнать правду о своей болезни. Знакомство с данными истории болезни нередко приводит к непоправимой психической депрессии и никакими “успокаивающими” беседами вернуть человеку душевный покой невозможно. Поэтому с деонтологических позиций нельзя допускать, чтобы в руки больного попадала медицинская документация и данные, подтверждающие диагноз злокачественного новообразования. Следует соблюдать предельную осторожность при разговорах по телефону о больном, анализе рентгенограмм и результатов специальных методов исследований в присутствии больного.

1. Сообщать ли истинный диагноз онкологическим больным?

Многие отечественные исследователи считают, что сокрытие диагноза, неопределенность создают высокую эмоциональную напряженность. Они считают, что правильнее будет, если всю, даже отрицательную, информацию доводить до больного. Это якобы имеет терапевтический характер, т.к. больной, находясь в онкоучреждении, все равно не верит в доброкачественный характер заболевания, и это утверждение не оправдывается в дальнейшем.

Другая точка зрения: ни в коем случае не сообщать диагноз, чтобы уберечь больного от травмирующего воздействия и на любой стадии заболевания оставить надежду на выздоровление.

Есть такое мнение, что неопределенность может нести и защитные функции. В сущности и знание диагноза не снимает неопределенности в смысле прогноза. Таким

образом, видимо, в такой ситуации лучше, если больной будет не до конца знать, что с ним, чем, зная это, будет думать о том, сколько ему осталось жить.

Правильно будет деонтологический подход к решению вопроса о сообщении диагноза основывать на понимании особенностей осознания заболевания онкобольным. Безусловно, полное отсутствие информации о болезни невозможно. С другой стороны, не следует преувеличивать глубины осознанности ситуации больным. На любом этапе лечения у больного имеются психологические защитные ресурсы, помогающие адаптироваться в сложившейся ситуации, они должны быть использованы в терапевтической тактике. Неопределенность, постнегативный характер лишь на начальном, диагностическом этапе – вероятность диагноза “рак” пугает. В условиях же уже начавшегося лечения она приобретает адаптивные функции и становится ядром психологической защиты.

Такая защита необходима в связи с неопределенностью прогноза, его объективной и субъективной опасностью. Однако “отказ больного от операции на основе дезинформации, сделанной как-будто из деонтологических соображений, сводит на нет все деонтологические принципы (Н.Н. Блохин, 1977). Врач должен очень осторожно, строго индивидуально подходить к каждому конкретному случаю, учитывать личностные особенности, степень “психологической стабильности” больного. Обычно оправдывает себя выжидательная тактика.

При первой встрече с больным нужно выяснить его отношение к заболеванию. Нельзя в категорической форме отрицать заболевание, преуменьшить тяжесть возможного хирургического лечения и вместе с тем нельзя лишать больного уверенности и надежды на благоприятный исход. Онкологические больные, подлежащие специальному лечению, нуждаются в психологической подготовке. Система убеждений должна быть построена с большой осторожностью и в то же время с убеждением о необходимости проведения того или иного специального метода лечения, включая хирургическое. Больному следует разъяснить, что перед решением вопроса об операции ему проведут соответствующее лечение, которое обеспечит безопасность оперативного вмешательства. Наряду с этим следует максимально смягчить тревогу больного по поводу дальнейшего существования. Иногда следует заострить внимание больного на опасные осложнения, указав в зависимости от пораженного органа на возможность кровотечения, перитонита, объяснив больному, что риск операции намного меньше, чем опасность самой болезни. Если в подобных ситуациях приходится говорить об опухоли, то это должно быть сказано не в виде достоверности, а только как серьезное предположение. В безвыходной ситуации, если иным путем не удастся убедить больного к лечению, врач операбельным больным может сообщать больному правду о его заболевании (Б.Е. Петерсон, 1974).

Врач не имеет права разглашать сведения об онкологическом больном посторонним лицам. В то же время родственники и наиболее близкие больному люди должны быть полностью информированы о диагнозе, лечении и прогнозе. Разговор с ними должен проходить в отсутствие больного. Их следует предупредить о нежелательности огласки сведений о характере заболевания и проинструктировать о том, какой версии следует придерживаться в разговоре с больным. Родных нужно информировать объективно, но по возможности оставить надежду на благоприятный исход. Цель, которую преследует врач в беседе с родственниками, зависит от конкретной ситуации. Так, если у больного впервые обнаружена злокачественная опухоль, подлежащая эффективному лечению, родственники и друзья должны помочь убедить его в необ-

ходимости лечения. Родственников часто интересует возможная продолжительность жизни больных с запущенными формами рака. Указывать, даже ориентировочно, какие-либо сроки не следует. Конкретный ответ в такой ситуации тяжело воспринимается родными, а естественная ошибка в ту или иную сторону роняет авторитет врача.

Общие требования к студентам, курирующим онкологических больных

Н.Н. Трапезников и А.А. Шайн (1992) сформулировали строгие деонтологические правила, которых должен придерживаться студент во время пребывания в онкологической клинике, курируя больных. Студент не должен являться для больного источником неблагоприятной информации. Он не имеет права говорить больному о диагнозе, о сомнительном или неблагоприятном прогнозе.

Следует помнить, что все сведения о диагнозе, методах лечения и прогноза могут исходить только от лечащего врача. Студент не должен сообщать конкретные данные о результатах исследований, демонстрировать больным рентгеновские снимки, сканограммы и т.д. Имея доступ к медицинской документации, студент должен исключить возможность ознакомления больного с историей болезни и другими медицинскими документами.

Доклады на обходах. Докладывая о больных, запрещается в палате употреблять термины “Злокачественная опухоль”, “рак”, “саркома”, “метастазы” и т.д. Вместо них используют малозначащие для непосвященного слова: “Заболевание”, “органическая патология”, “язва”, “сужение”, “затемнение” или называют то заболевание, на которое ориентировал больного лечащий врач.

Больные очень внимательно прислушиваются не только к сообщениям во время обхода сведениям, но даже к интонации голоса докладывающего. Доклад о больном должен быть кратким, но в то же время четким и ясным. В нем нужно отразить жалобы, основные данные анамнеза, результаты исследований, подтверждающие диагноз, характер планируемого или выполненного лечения и особенности послеоперационного периода. Нельзя на обходах заострять внимание на ошибках врачей, допущенных до поступления больного в клинику, выразить сожаление, что больной поздно обратился за помощью, говорить о плохом качестве рентгеновских снимков и т.д. Все сведения, о которых больной не должен быть информирован, докладываются вне палаты.

Информировать родственников о характере заболевания, предполагаемом лечении и прогнозе студент не имеет права. По этим вопросам студент должен направлять родственников к лечащему врачу.

Таким образом, при работе с больными злокачественными новообразованиями соблюдение этических и деонтологических принципов имеет особое значение, так как онкология – особая область медицины, где одинаково важное значение имеет как высокая профессиональная подготовка врача, так и умение его контактировать с больным человеком. Нарушение этого единства может весьма печальным образом отразиться на судьбе пациента.

8.7 Использованная литература

1. Ахмедов Б.П. Особенности деонтологии в онкологии. В тр. Международн. конференции “Актуальные проблемы клинической онкологии”. Душанбе, 1998, с. 6-14.

2. Вечканов В.А. Этапы и компоненты реабилитационного процесса. Врачебно-трудовая экспертиза и социально-трудовая экспертиза инвалидов. М., 1975, вып. 3, с. 49-43.
3. Гандев Ш.Х. Деонтология в онкологии. В учебнике “Онкология”, М., 2004, с. 109-152.
4. Павлов К.А., Чехарина Е.А., Барчук А.С. и др. Санаторно-курортное лечение как компонент реабилитации онкологических больных после радикального лечения. Тезисы Всесоюзного симпозиума “Совершенствование методов реабилитации онкологических больных”. Ленинград, 1978, с. 51-52.
5. Показания и противопоказания к санаторному лечению и физиотерапии для лиц, закончивших специальное лечение по поводу злокачественных опухолей. В сборнике официальных указаний по организации онкологической помощи. М., “Медицина”, 1985, с. 217-219.
6. Реабилитация онкологических больных. Под ред. В.Н. Герасименко, М. “Медицина”, 1988, с. 271.
7. Трапезников Н.Н., Шайн А.А. Деонтология в онкологии. В учебнике “Онкология”, М., “Медицина”, 1992, с. 86-96.
8. Шабашова Н.Я., Мельников Р.А., Симонов Н.Н. Реабилитация онкологического больного. Общая онкология / рук-во под ред. Н.П. Напалкова, Л., “Медицина”, с. 596-607.