

М.Л. Гершанович, М.Д. Пайкин

**Симптоматическое лечение при
злокачественных новообразованиях**

Библиотека практического врача

УДК 61
ББК 5
М11

М11 **М.Л. Гершанович**
Симптоматическое лечение при злокачественных новообразованиях: Библиотека практического врача / М.Л. Гершанович, М.Д. Пайкин – М.: Книга по Требованию, 2024. – 130 с.

ISBN 978-5-458-39653-0

В книге описана система симптоматической терапии больных с распространенными формами злокачественных новообразований при невозможности проведения или исчерпанных возможностях специального противоопухолевого лечения. По сравнению с предыдущим изданием (1980) расширены разделы, посвященные симптоматическому лечению при болевом и компрессионных синдромах, специфических выпотах в серозные полости, введена специальная глава о психоэмоциональных расстройствах и способах их коррекции, представлены сведения об использовании лучевой терапии, цитостатиков и гормонов. Книга рассчитана на онкологов, терапевтов, хирургов.

ISBN 978-5-458-39653-0

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2024
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2024

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

ПРЕДИСЛОВИЕ К ПЕРВОМУ ИЗДАНИЮ

Симптоматическая терапия является необходимым компонентом комплексного лечения онкологических больных на всех этапах, а в определенных случаях приобретает самостоятельное значение.

Несмотря на успехи в лечении злокачественных новообразований, в том числе местно распространенных и генерализованных форм, вопросы симптоматической терапии остаются весьма актуальными, что подчеркнуто, в частности, в решениях состоявшегося в 1979 г. III Всесоюзного съезда онкологов. Весьма значительны контингенты больных, у которых противоопухолевое лечение рано или поздно становится неосуществимым, тогда как возможности коррекции тяжелых нарушений, развивающихся вследствие прогрессирования опухолевого процесса, ограничены и недостаточно изучены. Литература, посвященная симптоматической терапии онкологических больных, скудна и касается исключительно частных вопросов этой сложной проблемы.

В данной книге обобщены сведения по симптоматической терапии наиболее серьезных и часто наблюдающихся синдромов, таких, как боль, кахексия, нарушения обмена, диспепсические расстройства, инфекционные осложнения и некоторые другие патологические процессы, сопутствующие распространенным опухолям.

Полиэтиологичность каждого симптомокомплекса (непосредственные проявления роста опухоли, паранеопластические процессы, неспецифические осложнения, последствия ранее проведенной противоопухолевой терапии, сопутствующие и интеркуррентные заболевания) потребовала освещения патогенетических механизмов и элементов дифференциальной диагностики тех или иных симптомов. Это тем более важно, что принцип симптоматической терапии не исключает в известном смысле этиологического подхода. Наибольшее внимание авторы стремились уделить современным возможностям фармакотерапии на базе анализа многолетнего клинического опыта ордена Трудового Красного Знамени Научно-исследовательского института онкологии им. проф. Н. Н. Петрова Министерства здравоохранения СССР (далее – Институт онкологии).

Книга предназначена для терапевтов, хирургов, онкологов и других специалистов, которые в повседневной практике часто встречаются с больными, страдающими злокачественными опухолями в далеко зашедших стадиях.

Авторы заранее благодарят за неизбежные с их точки зрения критические замечания и пожелания читателей по поводу первой попытки создания системы симптоматической терапии онкологических больных.

Глава I

МЕСТО СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Онкологическая практика дает основание разделить методы оказания лечебной помощи больным злокачественными новообразованиями на *радикальные, паллиативные и симптоматические*. Основной задачей врача является в первую очередь изыскание возможностей радикального лечения путем ликвидации опухоли, ее клинически определяемых и субклинических очагов с перспективой стойкого излечения. Чаще всего это достигается с помощью хирургических вмешательств. Такие возможности дает и лучевая терапия при некоторых формах злокачественных опухолей кожи, гортани, раке шейки матки, лимфогранулематозе I–II стадии и других опухолях. Использование цитостатиков или комбинированная химиолучевая терапия позволяют добиться значительной частоты полных ремиссий с практическим излечением у многих больных лимфогранулематозом III–IV стадий, острым лимфобластным лейкозом, лимфомой Беркитта, трофобластической болезнью, семиномой, продления жизни при солидных новообразованиях некоторых других локализаций.

Паллиативные методы предусматривают мероприятия, направленные на уменьшение массы опухоли (числа опухолевых клеток в организме) или задержку темпа ее роста. К ним относятся отдельные операции, в частности резекция желудка, пораженного опухолью, при наличии метастазов в печени, что иногда увеличивает продолжительность жизни и период относительно удовлетворительного состояния больного, и варианты лучевого лечения в случае распространенного опухолевого процесса.

Паллиативными мерами по сути следует считать гормоно-иммунотерапию, а также хирургические вмешательства, предусматривающие опосредованный противоопухолевый эффект. Наиболее распространены такие операции на эндокринных органах, создающие дефицит эндогенных гормонов – стимуляторов роста гормонозависимых опухолей (овариэктомия при распространенном раке молочной железы, орхиэктомия при раке предстательной железы и др.).

Паллиативное лечение в основном подразумевает получение сугубо временных противоопухолевых эффектов. Раньше или позже, когда они исчерпаны, единственно возможным способом оказания "помощи больному являются симптоматические мероприятия. Более того, сам факт существования радикальных методов лечения злокачественных опухолей не должен снижать степень постоянной готовности к использованию симптоматической терапии. До сих пор большинство больных злокачественными новообразованиями, леченных как паллиативно, так и радикально, погибает от распространения процесса и в определенный период их подвергаются исключительно симптоматической терапии. Действительно 5- и 10-летняя выживаемость больных опухолями висцеральных локализаций еще достаточно низка. Так, при раке желудка 5 лет и более состоят на учете (из числа зарегистрированных на конец года) всего 32,4%, пищевода – 6,9%, легкого – 10,6%, прямой кишки – 24,1%, мочевого пузыря и других органов мочеполовой системы – 28,5%, молочной железы – 43,7%, шейки матки – 57,7% больных [Чаклин А. В., Глебова М. И., Вармина Н. М., 1976].

Важность проблемы широкого внедрения в онкологическую практику рациональных методов симптоматической терапии наглядно иллюстрируют данные о количестве больных злокачественными новообразованиями так называемой IV клинической группы, в которую входят не подлежащие радикальному лечению по степени распространения процесса: а) впервые приняты на учет и б) леченные ранее, но с возникшими в период наблюдения рецидивами и (или) метастазами. Несмотря на прогресс ранней диагностики, отставание темпов роста смертности от темпа нарастания заболеваемости, с 1970 по 1979 г. показатель удельного веса больных IV клинической группы среди контингентов с впервые установленным диагнозом по РСФСР не претерпел больших изменений и колебался в пределах 20% [Петерсон В. Е., 1981]. Материалы, опубликованные Н. П. Напалковым с соавт. (1982), свидетельствуют, что число умерших, проживших менее года после установления диагноза злокачественного новообразования, т. е. принципиально подлежащих симптоматической терапии в течение указанного периода, составило по СССР в 1980 г. 35,2% от всех первично взятых на учет с колебаниями по республикам от 24,1 до 49,9%. Для новообразований отдельных наиболее распространенных локализаций, протекающих в терминальной фазе заболевания с наиболее тяжелой симптоматикой, эти показатели еще более впечатляющи: при раке желудка – 53,9%, трахеи, бронхов и легкого – 52,2%, опухолях лимфатической и кровеносной тканей – 40,3%. Таким образом, совершенно справедливо считать, что только среди первично выявляемых ежегодно больных злокачественными новообразованиями примерно 1/3, несмотря на то, что части из них проводится специальное лечение, живет не более этого периода и соответственно на том или ином этапе может нуждаться в коррекции проявлений распространенного опухолевого процесса [Билетов В. В., 1983]. Для того чтобы представить масштабы этой задачи, достаточно упомянуть, что количество больных злокачественными опухолями, впервые взятых на учет в 1980 г., по СССР составило 544 171 человек, из них раком желудка – 97 738, бронхов и легкого – 97 738, опухолями лимфатиче-

ской и кроветворной ткани – 23 631 человек. К ним, естественно, надо добавить больных с генерализацией процесса среди накопленных контингентов, которые были зарегистрированы к 1980 г. в количестве 2 225 764 человек, и в том числе по раку желудка–161 396 человек, "трахеи, бронхов и легких – 83 243 человека [Напалков Н. П. и др., 1982].

Как можно установить, основную часть состоящих на учете в онкологической сети и умирающих от злокачественных новообразований составляют больные с опухолями желудочно-кишечного тракта, легких, молочной железы, лимфатической и кроветворной системы. Независимо от того, проводились ли ранее этим больным различные виды противоопухолевой терапии, они должны получать, главным образом в последний период жизни активное симптоматическое лечение, в которое включаются понятия биологической и психологической адаптации к своему состоянию [Петерсон Б. Е., 1981].

Хотя нужды онкологической практики в использовании симптоматической терапии становятся все яснее, определение ее сущности и «правовое» положение в клинической медицине далеко не так безусловны.

Успехи этиологического и патогенетического лечения различных заболеваний закономерно отодвинули на второе место практику и главным образом саму идею симптоматической терапии. На фоне весьма впечатляющих эффектов специфических средств неудачи или скромные результаты симптоматического лечения допустимо было объяснять порочностью его основной концепции, возникшей под влиянием достижений физиологии и патологии [Лазарев Н. В., 1947]. Надежды на «исправление» с помощью фармакологических агентов отдельных отклонений в функциях для восстановления нарушенного равновесия явно не оправдались. В самом деле оценка характера функциональных нарушений и их взаимосвязи в каждом случае при разнообразии существующих форм заболеваний слишком сложна для того чтобы построить на базе корригирования симптомов и синдромов рациональную лечебную тактику. В принципе справедливо мнение о том, что попытка вмешательства в частные проявления патологического процесса одинаково легко может помочь или повредить больному.

Подобный методологический подход, вероятно, правомочен с точки зрения общей оценки путей развития современной фармакотерапии, но не может быть механически перенесен на ситуации, складывающиеся в онкологической клинике. Онкологическая практика является как раз той областью клинической медицины, где вспомогательная роль симптоматической терапии при условии знания сопровождающих опухолевый процесс синдромов проступает совершенно четко и не оставляет места для неопределенных формулировок ее задач.

Применительно к больным злокачественными опухолями симптоматическая терапия имеет собственную направленность и не должна объединяться с понятием «паллиативное лечение», как это иногда допускается для других видов патологии [Карасик В. М., 1961, 1965]. *Содержание термина «симптоматическая терапия» в системе лечения онкологических больных вполне однозначно и предполагает в отличие от радикальных и паллиативных методов не прямое или косвенное воздействие на опухолевый процесс, а лишь устранение наиболее тягостных проявлений (симптомов) заболевания, связанных с новообразованием и нередко – осложнениями специфической терапии.*

При попытках более точно определить различия между симптоматической и паллиативной терапией остается спорным вопрос, как расценивать оперативные вмешательства, не предусматривающие прямого или косвенного воздействия на опухоль и проводимые при распространенных технически неудаляемых новообразованиях по жизненным показаниям (при стенозировании полых органов пищеварительного тракта, дыхательных и мочевыводящих путей, сдавлении магистральных сосудов и нервных стволов, кровотечениях). Операции обычно заключаются в наложении обходных анастомозов, наружных свищей, перевязке крупных сосудов. Те же цели преследуют блокады и нейрохирургические операции для прерывания болей, не купируемых лекарственными средствами, а также эвакуация специфических выпотов в серозных полостях и некоторые другие воздействия.

Комитет экспертов ВОЗ по лечению рака в 1967 г. эти лечебные мероприятия определил как паллиативные. Представляется, однако, более рациональным предложение А. И. Гнатышака (1975) считать симптоматическими хирургические вмешательства, устраняющие какой-либо патологический синдром, способный привести к смерти, и тем самым продлевающие жизнь, но не воздействующие прямо или косвенно на опухолевый процесс. Это определение не только согласуется с понятием о сущности симптоматической терапии больных, страдающих злокачественными новообразованиями, но и исключает путаницу в оценке отдаленных результатов противоопухолевого лечения.

Равным образом возможно симптоматическое применение ионизирующей радиации, если облучение проводится исключительно с целью достижения противоболевого или противовоспалительного эффекта. Изредка по особым показаниям допустима симптоматическая терапия цитостатическими препаратами.

Роль гормональной терапии в онкологической клинике не исчерпывается лишь ее прямым или опосредованным противоопухолевым действием. Часто гормональные препараты назначают для коррекции метаболических нарушений, вызванных основным заболеванием.

Особенно широкое применение находит симптоматическая медикаментозная терапия, заключающаяся в использовании общеукрепляющих, обезболивающих, противорвотных, психотроп-

ных, противовоспалительных средств, витаминов и анаболизаторов. Признавая основным принципом симптоматических воздействий отсутствие влияния на опухоль, к ним можно отнести этиотропные по сути методы лечения антибактериальными и противогрибковыми антибиотиками, антисептиками и другими сходными по действию лекарственными агентами, применяемыми при осложнениях опухолевого процесса генерализованной или местной инфекцией. В рамках симптоматического лечения находится заместительная терапия гормональными, ферментными и прочими препаратами, частично или полностью компенсирующими функции органов, утраченные в результате развития опухоли, хирургического удаления пораженного органа или сопутствующих заболеваний. Едва ли также следует исключить из числа симптоматических мероприятия по купированию осложнений специфического лечения злокачественных новообразований – лучевых повреждений и различных проявлений цитостатической болезни. Помимо хирургических процедур, лучевого и медикаментозного лечения, к неперемным компонентам симптоматического лечения онкологических больных должны относиться организация режима, ухода и диеты, а также психотерапия, основанная на деонтологических принципах. Учет этих факторов в значительной степени способствует успеху (хотя нередко и кратковременному) симптоматической терапии.

Перечень методов хирургического и консервативного противоопухолевого лечения распространенных опухолей различных локализаций (см. «Лечение генерализованных форм опухолевых заболеваний» под ред. Н. Н. Блохина, Ш. Экхардта. М.: Медицина, 1976), показывает, что решение об исчерпанных возможностях специфической терапии и направление больного для симптоматических мероприятий весьма серьезно и ответственно. Очень часто для этого недостаточно констатации злокачественного новообразования с большим местным распространением и метастазами. Требуется тщательное обследование, включающее морфологическую верификацию опухоли с точной локализацией метастатических поражений, после чего следует оценить перспективы терапии всем арсеналом противоопухолевых средств, проведя консультацию больного в специализированном учреждении.

Таким образом, очевидно, что IV стадия опухолевого процесса еще не служит обязательным показанием к использованию одной лишь симптоматической терапии.

Нередко в онкологической литературе и даже в официальной документации больные злокачественными опухолями IV стадии и отнесенные к четвертой группе онкологического учета называются инкурабельными, т. е. неизлечимыми. При этом подразумевается бесперспективность применения подобным больным специальной противоопухолевой терапии.

С деонтологических позиций термин «инкурабельный больной» абсолютно неприемлем, поскольку он ориентирует врача на пассивность в отношении проведения лечебных мероприятий, в том числе и симптоматических. Учитывая, что многие из этих больных живут со времени установления генерализации опухоли месяцы и даже годы, нуждаются в квалифицированной, часто специализированной симптоматической врачебной помощи, которая способна продлить им жизнь и во всяком случае улучшить состояние и самочувствие, восстановить на какое-то время активность, подходить к ним с позиций «неизлечимости» было бы не конструктивно.

В понятии «инкурабельные больные» имеется противопоставление – «курабельные больные», подлежащие не только радикальной, но и паллиативной противоопухолевой терапии, которая отнюдь не гарантирует прекращения прогрессирования опухолевого процесса. Здесь уместно привести на первый взгляд парадоксальное высказывание Р. Е. Кавецкого (1976): «Если несколько схематизируя считать, что рост клетки (опухолевой) является лишь проявлением глубоких изменений в клетках и в целостном организме, то современное лечение рака, несколько утрируя, можно было бы отнести к симптоматическому». Правда, Р. Е. Кавецкий добавляет, что это не совсем так, поскольку рост опухоли это не только симптом, но в известной степени и сущность заболевания.

Представляется также неприемлемым использовать для определения показаний к симптоматической терапии распространенный в литературе и медицинской документации термин «больной с запущенной стадией заболевания». По смыслу этого определения «кто-то должен запустить» болезнь, т. е. несмотря на явную симптоматику не принимать соответствующих мер. Известно, разумеется, что у определенного процента больных процесс диагностируется в далеко зашедшей стадии по вине врача, не обратившего должного внимания на первые жалобы больного. Но значительно чаще причиной «запущенности» оказывается скрытое течение заболевания. В то же время термин «запущенность» имеет не столько медицинский, сколько этический, даже юридический смысл, так как в любом случае он обращен в сторону врача, «запустившего болезнь», что неправильно по существу и связано с конфликтными ситуациями. Наконец, вряд ли правильно расценивать больного с рецидивом или метастазами после проведенного радикального лечения как имеющего «запущенную» опухоль.

Больного злокачественным новообразованием IV стадии при явной бесперспективности противоопухолевой терапии или когда ее резервы исчерпаны, следует характеризовать так: «больной с распространенным опухолевым процессом (местным распространением опухоли, наличием отдаленных лимфогенных и гематогенных метастазов), не подлежащий специальному лечению» или лучше «...подлежащий исключительно симптоматической терапии».

Именно это определение, используемое в дальнейшем, не носит демобилизующего смыслового оттенка термина «инкурабельный» и более точно отражает активную роль врача в изыскании путей целенаправленной симптоматической терапии при распространенных формах злокачественных новообразований.

Рациональность подобного лечения зависит от того, насколько правильно определены точки ее приложения, т. е. ведущее звено клинической картины.

Одно из наиболее характерных проявлений опухолевого роста – инвазивная способность опухолевых клеток, т. е. свойство проникать в здоровые, окружающие опухоль ткани, размножаться там, инфильтрируя и замещая их своей массой. Не менее существенной особенностью злокачественных новообразований является склонность к некрозам, проявляющаяся в зависимости от степени клеточной дифференцировки опухоли. Имеет значение для клиники атипизм, анаплазия опухолевых клеток, т. е. утрата ими как морфологических, так и функциональных свойств исходной ткани и способность метастазировать.

Опухолевый рост клинически реализуется прежде всего инфильтрацией опухолевыми клетками нормальных тканей, причем этот процесс, несмотря на множественные некрозы ткани новообразования, неуклонно прогрессирует.

Поражение опухолью какого-либо органа, замещение ею нормальных тканей ведет к потере их физиологических функций, что соответственным образом отражается на состоянии больного. Проращение опухолью смежных органов и тканей также нарушает их функцию и при вовлечении в процесс нервных окончаний ведет к развитию болевого синдрома. Механическое сдавление опухолью близлежащих структур, рост ее в просвет полых органов вызывает синдром компрессии: нарушение проходимости пищеварительного тракта, дыхательных, мочевыводящих путей, кровеносных и лимфатических сосудов, повышение внутричерепного давления, сдавление нервных стволов спинного мозга с многообразной клинической симптоматикой.

Определенную роль играет синдром деструкции тканей, связанный как с некротическими процессами в опухоли, так и с извращенными физиологическими и биохимическими свойствами опухолевых клеток. В результате опухолевой деструкции развивается аррозия кровеносных сосудов с кровотечением, перфорация полых органов, патологические переломы костей, что также иногда приводит к развитию синдрома компрессии вторичного характера, например к сдавлению спинного мозга разрушенными опухолью позвонками.

Перечисленные ведущие синдромы (инфильтрация, компрессия и деструкция) приводят в конечном счете не только к нарушению функции одного органа, пораженного опухолью, но и к глубоким функциональным нарушениям всего организма. Клиника распространенного опухолевого процесса может быть настолько разнообразна, насколько многообразны функции органов, которые поражаются опухолью и ее метастазами.

Однако этим проявления опухолевого процесса не ограничиваются. Клиническая манифестация взаимоотношений опухоли и организма может быть связана с развитием паранеопластических нарушений. В узком плане это понятие означает те патологические явления, которые возникают не вследствие прямого действия новообразования на ткани, а в результате возможного влияния опухоли на обменные и другие реакции [Дедкова Е. М. и др., 1977]. Метаболические нарушения в организме, связанные с извращением биохимизма опухолевых клеток, выработка опухолью так называемых эктопических гормонов, не свойственных исходной ткани, некоторые аутоиммунные нарушения и другие паранеопластические синдромы присущи, по-видимому, всем стадиям опухолевого процесса. При излечении они исчезают, вновь возникая на фоне рецидива или метастаза опухоли. В случаях генерализованного опухолевого процесса они оказываются порой существенным компонентом клинической картины. Еще нет убедительных статистических материалов о частоте проявления тех или иных паранеопластических процессов при распространенных опухолях различных первичных локализаций, но клинический опыт показывает, что по мере прогрессирования опухоли «неспецифическая» паранеопластическая симптоматика нарастает и даже выступает на первое место (например, гипертермическая реакция, аутоиммунная анемия, нарушения минерального обмена).

В определенном смысле к паранеопластическим синдромам тесно примыкают непосредственные осложнения опухолевого процесса: анемия вследствие острого или хронического кровотечения, истощение, связанное с механическим нарушением функции органов желудочно-кишечного тракта, инфекционные процессы, обусловленные снижением иммунитета онкологических больных и развивающиеся в связи с перфорацией полых органов и воспалением в серозных полостях, активацией очагов инфекции в ателектазированных участках легкого, бактериальной инвазией некротизированной ткани опухоли, появлением пролежней и др. Все эти осложнения представляют серьезную угрозу для жизни больного и требуют активной неспецифической терапии.

Таблица 1.

Причины смерти больных раком желудка и прямой кишки, не подвергавшихся специальному лечению

	Процент умерших при локализации опухоли	
	в желудке	в прямой кишке
Генерализация опухолевого процесса	51,9	48
Перитонит	8,3	33

Другие гнойные и септические процессы	0,5	2
Непроходимость пораженного органа	16,6	6
Тромбоземболические осложнения	10,7	10
Сопутствующие заболевания	3,4	—

Иллюстрацией к сказанному служат приведенные в табл. 1 данные о причинах смерти больных раком желудка [Сагайдак В. Н., 1968] и прямой кишки [Кныш В. Н., Григорьев В. С., 1972], не подвергавшихся специфической терапии.

Известны данные Л. М. Шабада (1936), изучившего причины смерти онкологических больных и показавшего, что большинство из них погибает от инфекции. По материалам J. Klastersky и соавт. (1972), инфекция как самостоятельная причина смерти констатирована у 31,8% онкологических больных и в сочетании с другими причинами – еще у 14%. В 11,4% случаев смерть последовала в результате кровотечений, а в комбинации с иной патологией дополнительно в 5% случаев. Только в 19,7% случаев смерть наступила от поражения опухолью или метастазами головного мозга, легких, печени, костей скелета. Эти данные подтверждают, таким образом, что большинство больных с распространенным опухолевым процессом погибает от неспецифических причин.

Среди нуждающихся в симптоматической терапии немало – больных с осложнениями хирургического, консервативного (лучевого и химиогормонального) и комбинированного лечения новообразований, в том числе довольно стойкими и приобретающими хроническое течение. Таковы, например, болезни оперированного желудка, длительно текущие нагноительные процессы после операций, поздние лучевые повреждения, обменные нарушения в результате операций на эндокринных органах и в связи с гормонотерапией и др. Подобные осложнения в ряде случаев приобретают ведущую роль в клинической картине и весьма тягостны для больного, особенно в комбинации с нарушениями, вызванными опухолевым процессом.

Имеет значение и то обстоятельство, что злокачественные новообразования наблюдаются преимущественно у лиц старших возрастных групп, нередко с выраженной сопутствующей патологией внутренних органов. Хронические неспецифические заболевания легких, болезни сердечно-сосудистой системы, печени и почек с нарушением функций, тяжелые формы сахарного диабета бывают причиной отказа больным в противоопухолевом лечении тогда, когда клиника их преобладает на этапе опухолевого процесса, допускающем оперативное или лучевое лечение. В дальнейшем, по мере прогрессирования злокачественного новообразования, усугубляется и течение подобных заболеваний, требующих активного лечения, которое фактически становится компонентом симптоматической терапии.

Не подлежит сомнению, что на лечение распространенного опухолевого процесса своеобразный отпечаток накладывает выраженный эмоциональный стресс, проявляющийся невротическими реакциями, депрессией и другими психоневрологическими и психосоматическими нарушениями. Не касаясь сложного и не решенного еще окончательно вопроса о влиянии эмоционального стресса на течение новообразований, нельзя не отметить, что эмоциональные и психосоматические нарушения в определенные моменты выходят на первое место в общей симптоматике, с чем особенно приходится считаться при коррекции таких синдромов, как анорексия, боль, нарушения сердечно-сосудистой деятельности и др.

Все изложенное определяет место симптоматической терапии в системе лечения онкологических больных и позволяет следующим образом формулировать ее основные принципы в соответствии с характером и очередностью возникающих задач.

1. Выделение основных причин ухудшения самочувствия и состояния больного (боли, нарушения питания и обменных процессов, расстройства в нервно-психической сфере, компрессия жизненно важных органов и другие патологические синдромы).

2. Определение ведущего звена, обуславливающего возникновение синдрома – проявлений собственно опухолевого процесса, его неспецифических осложнений, паранеопластических нарушений, последствий ранее проведенного противоопухолевого или симптоматического лечения, сопутствующей патологии, нервно-психических реакций.

3. Своевременная диагностика острых обратимых состояний, в том числе требующих оперативного вмешательства, госпитализация при необходимости для интенсивной терапии или хирургического симптоматического лечения.

4. Организация системы ухода, диеты и режима, меры по созданию благоприятного психологического климата больному.

5. Распознавание типа сопутствующих психоэмоциональных нарушений и их коррекция.

6. Использование общеукрепляющих средств и эффекта «плацебо» на основе суггестивного влияния врача при назначении лекарственной терапии.

7. Назначение лекарственных средств по показаниям с соблюдением правил эскалации от мягко- до сильнодействующих со своевременной сменой препаратов в целях предупреждения привыкания и развития психологической зависимости.

8. Применение психотропных средств, снижающих восприятие объективной тяжести заболевания и по возможности не вызывающих деградации личности.

9. Выбор рациональных и удобных для использования в домашних условиях без ежедневного вызова медицинского персонала путей введения лекарств (внутрь, сублингвально, ректально и т. д.) с учетом характера функциональных нарушений, препятствующих проявлению их обычного фармакологического действия.

10. Постоянное соблюдение основ онкологической деонтологии и, в частности, поддержание в больном уверенности в конечном благоприятном исходе лечения.

Пока еще трудно обосновать статистически, в какой степени коррекция отдельных симптомов и синдромов у больных с распространенными формами злокачественных новообразований ведет к продлению жизни. Однако в индивидуальном плане это не вызывает сомнений, наряду с тем что облегчаются страдания больного в последний период жизни.

Современные возможности симптоматической терапии создают реальные условия для получения удовлетворительных, непосредственных результатов и вызывают необходимость в использовании их объективной оценки как в научных разработках, так и в широкой онкологической практике. В указанном аспекте представляют интерес предложения по использованию оценок типа «шкалы Карновского» [Гарин А. М., Трапезников Н. Н., 1978], имеющие в виду в той или иной степени количественно определить состояние больного, или так называемое качество жизни.

Понятие «качество жизни» по существу является критерием реабилитации больного с распространенным опухолевым процессом (в том числе и психологической), которой в последние годы уделяется все большее внимание [Герасименко В. Н., 1977; Герасименко В. Н., Артюшенко Ю. В., Тхостов А. Ш., 1982]. Серьезность постановки вопроса о реабилитации обусловлена тем, что срок жизни при распространенных формах злокачественных опухолей часто весьма продолжителен, причем больные долго могут чувствовать себя вполне удовлетворительно и не терять обычной активности. Разумеется, у подавляющего большинства больных нельзя рассчитывать на трудовую реабилитацию, но некоторые из них сохраняют трудоспособность. Это наблюдается, например, при отдаленных метастазах опухолей, характеризующихся медленным ростом (рак щитовидной железы с метастазами в легкие). Если трудовая реабилитация исключена, все же целенаправленная симптоматическая терапия способствует социальной и медицинской реабилитации больных, не подлежащих специальному лечению.

Глава II

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ

Медицинская деонтология как наука о долге, гражданских и профессиональных обязанностях врача и ее раздел – онкологическая деонтология все теснее соприкасаются с медицинской психологией, включающей не только учение об особенностях психики больного, но и о психологии врача. Без знания медицинской психологии невозможно решать основные деонтологические проблемы – от медицинских вопросов лечения до реабилитации – психологической, социальной и трудовой.

Знакомство с медицинской психологией обеспечивает успех индивидуального врачебного подхода к больному с учетом течения заболевания, сопутствующих патологических процессов, а также особенностей его психологического статуса, которые в процессе заболевания резко заостряются и накладывают свой отпечаток на состояние больного и характер его жалоб.

В отношении онкологических больных, получающих симптоматическое лечение, деонтологические и психологические проблемы имеют не меньшее, а иногда и большее значение, чем при специальном противоопухолевом лечении.

Деонтологический подход, основанный на знании особенностей психологических реакций при распространенном опухолевом процессе, обеспечивает больному определенный психологический комфорт и является залогом успешного сотрудничества его с врачом. Без этого невозможно рассчитывать на успех (хотя бы и временный) проводимого лечения.

В многосторонней проблеме онкологической деонтологии едва ли не самым важным является вопрос о степени информации больного относительно диагноза и прогноза заболевания. Общеизвестно, что диагноз «рак», «злокачественное новообразование» в немедицинской и даже медицинской среде, несмотря на все успехи клинической онкологии и интенсивную противораковую пропаганду, вызывает чувство безнадежности, обреченности [Корж С. В., 1975; Роде И., 1976], особенно у врачей неонкологического профиля. Однако, если речь идет о больных, подлежащих противоопухолевому лечению, с этими тенденциями можно бороться самим фактом успешной терапии. Гораздо сложнее обстоит дело с больными, которым противоопухолевое лечение не показано (распространенность опухолевого процесса, его резистентность к лекарст-

венной и лучевой терапии, тяжкая сопутствующая патология). Для таких больных информация об опухолевом заболевании наряду с отказом от радикального лечения действительно представляет тяжелейшую психическую травму, последствия которой трудно предусмотреть.

Вопрос о том, допустима ли информация больных относительно истинного характера заболевания и его прогноза, остается дискуссионным. С позиций советской медицины наиболее приемлема точка зрения Н. Н. Блохина (1976) и В. Е. Петерсона (1974), которые считают, что решение о степени информации больного требует индивидуального подхода. Знание диагноза заболевания может обеспечить сознательное отношение больного к предстоящему лечению и, в частности, к калечащим оперативным вмешательствам, вызывающим стойкие косметические дефекты, нарушение сексуальных функций. В таких случаях, если врач «по деонтологическим соображениям» дезинформирует больного, говоря о доброкачественном характере заболевания, возможен психологически вполне обоснованный отказ больного от лечения. Гораздо легче получить согласие больного, если сам диагноз, его формулировка заключают в себе угрозу для жизни. Хотя бы частичная информация об истинном характере заболевания подчас необходима, когда предстоят длительные, повторные курсы лучевого или химиогормонального лечения; нередко достаточно тягостные для больного, чреватые осложнениями, они иногда связаны с бытовыми неудобствами, меняющими весь жизненный стереотип больного (например, при необходимости приезжать издалека в онкологический центр для длительного лечения). Понимание опасности отказа от такого лечения обеспечивает своевременную явку больного, что нередко нарушается, например, при профилактических или «дополнительных» курсах химиотерапии.

Непременными условиями сообщения больному о злокачественном новообразовании должны быть благоприятный прогноз при выполнении соответствующих лечебных воздействий и тактичность врача. Прямая информация о диагнозе, сообщаемая чуть ли не при первой явке больного к онкологу, а иногда еще на «доонкологическом» этапе обследования вызывает своего рода шок, «психологический инсульт» и приводит к развитию острого эмоционального стресса, сопровождающегося невротическими, психотическими и психосоматическими реакциями.

Совершенно иным должен быть подход к больным, подлежащим исключительно симптоматическому лечению. Здесь врачебная информация об истинном характере процесса просто недопустима, особенно если больной знает, что противоопухолевые лечебные мероприятия ему не показаны (или противопоказаны). Следует учесть, что контингент больных, нуждающихся исключительно в симптоматической терапии, разнороден. К ним относятся, во-первых, те больные, у которых опухоль выявлена уже в далеко зашедшей стадии заболевания и относительно которых у онколога нет сомнений в бесперспективности противоопухолевой терапии. В подобных случаях уместна выработка «единой деонтологической легенды» [Блохин Н. Н., 1976] о неспецифическом характере заболевания.

Многолетний опыт Института онкологии показывает, что «деонтологическая легенда» конкретно вырабатывается в качестве наиболее правдоподобного толкования симптомов заболеваний, известных (или могущих стать известными) больному. Выбор возможностей в этом отношении достаточно велик, но в большинстве случаев не требует особой изобретательности от врача. Больные по психологическим причинам, которые обсуждаются далее, чаще всего вполне удовлетворяются такими не выдерживающими, конечно, критики с позиций номенклатуры болезней диагнозами, как хроническое воспаление, рубцовые и спаечные изменения, резко выраженное отложение солей. Иногда, наоборот, приходится прибегать к заведомо сложным, но всегда правдоподобным диагнозам типа цирроз печени (при желтухе), ретикулёз (при злокачественных лимфомах), упоминанием о доброкачественной опухоли соответствующей локализации и т. д., рассчитывая, что больной, как это нередко случается, используя справочную литературу (обычно медицинские энциклопедии), не найдет указаний на безнадежный прогноз или не будет в состоянии сопоставить полученную информацию со своим состоянием.

Менее действенны ссылки на «нейрогенное» происхождение симптомов. Страдающий от достаточно тяжелых симптомов распространенного злокачественного новообразования больной с трудом верит «нервной» почве процесса, тем более, если у него имеется опыт предыдущего специального противоопухолевого лечения. При метастазах в кости, сопровождающихся выраженным болевым синдромом, еще возможны легенды о дискогенном радикулите, затяжных невралгиях, последствиях облучения и т. д., но с условием высокой авторитетности врача для данного больного. В противном случае, наблюдая объективные и очевидные проявления опухолевого заболевания, больной, сравнивая их с заключением о нервном происхождении, наличии «вегетоневроза» и т. д., да еще и вообще с редко уместными рекомендациями «взять себя в руки», припишет все недостаточной квалификации или даже несерьезности врача. Последствиями такого шага могут быть обида больного, углубление депрессии и отказ от дальнейших контактов с автором заключений.

«Деонтологическая легенда» непременно должна быть зафиксирована и в истории болезни, и в амбулаторной карте больного. Например, при раке желудка с метастазами в печень после выставления истинного диагноза указывается деонтологический диагноз: хронический гастрит, цирроз печени, или (после паллиативной операции) язва желудка, состояние после субтотальной резекции желудка, хронический гепатит. Разумеется, деонтологический диагноз должен быть отражен и в различных медицинских документах, выдаваемых больным, а иногда и их родственникам на руки. В таком случае в справке принято указывать, что она предназначена для больного.

Значительную группу больных, подлежащих симптоматической терапии, составляют больные, которые ранее получали длительное противоопухолевое лечение, с течением времени исчерпавшее свою эффективность. При ухудшении состояния больные рассчитывают на возобновление терапии. Отказ от нее можно представить как временный отказ, вызванный развитием осложнений от предыдущего лечения и необходимостью проведения общеукрепляющей терапии. Как показывает практический опыт общения с подобными больными, вопрос о диагнозе в таких случаях обычно не возникает; больные, как правило, не спрашивают об этом врача.

Точка зрения советских онкологов относительно того, насколько больной должен быть информирован о прогнозе заболевания, по существу, едина. Широко цитируется известное изречение Гиппократа о том, что больного следует оставить «в неведении того, что ему предстоит и главное, что ему угрожает». Это гуманное требование, возникшее в те времена, когда медицина впервые стала профессией, не утратило своего значения и по настоящее время.

Как правило, указание на безнадежный прогноз и еще с ориентировочным сроком оставшейся жизни является бесцельной жестокостью по отношению к больному. Некоторые врачи мотивируют это необходимостью «быть честным» перед больным для того, чтобы больной «успел привести в порядок свои дела» и тому подобными аргументами. На самом же деле в его основе лежит скрытое и далеко не всегда осознанное желание врача уменьшить свою моральную ответственность за дальнейшее лечение больного и создать таким образом некоторые «удобства» для себя. С деонтологических позиций подобная тактика совершенно неприемлема.

Известно, что когда больной настойчиво задает вопросы о прогнозе, чем бы он их ни аргументировал, он рассчитывает получить благоприятный ответ. В таких случаях необходим доброжелательный обман больного, предпочтительнее с организацией консилиума. Однако не следует переоценивать эффект такого доброжелательного обмана. Едва ли можно всегда рассчитывать на то, что больной находится в полном неведении относительно диагноза. Нужно полагать, что большинство онкологических больных, в том числе и с распространенным процессом, имеют представление о своем заболевании. Чаще всего больной, будучи ориентированным на неопухолевую природу заболевания, или в крайнем случае на доброкачественное новообразование, способен сделать логичный вывод об истинной ситуации по характеру проводимого лечения, например, в случае мастэктомии с проводимыми в дальнейшем курсами «дополнительной» химиотерапии при раке молочной железы. Экстирпация прямой кишки по поводу рака с наложением противорастительного заднего прохода также, как правило, не оставляет у больного сомнений в том, что показанием к операции являлось злокачественное новообразование. Нередко основанием для убеждения в злокачественном характере процесса оказывается сам факт лечения в онкологическом стационаре, даже если в конечном итоге окончательный диагноз в действительности противоречит этому.

Очень мало изучена роль психологического климата, складывающегося в коллективах онкологических больных, особенно в профилированных отделениях или палатах (взаимная информация о характере заболевания, методах его лечения и прогнозе). В то же время не вызывает сомнений, что степень взаимоиндукции больных может быть очень высокой и привести к значительным трудностям в установлении необходимого контакта с врачом [Кассирский И. А., 1970; Березкин Д. П. и др., 1978].

Вообще значение вынужденного доброжелательного обмана в психологической поддержке онкологических больных, особенно не подлежащих специальному лечению, все же несколько преувеличивается. Это объясняется тем, что даже при самом тесном и доверительном контакте врача и больного многое остается невысказанным обеими сторонами. Пациент, не желая разочаровывать врача в эффекте его усилий, иногда делает вид, что полностью верит в «деонтологическую легенду» и соглашается с ней. В то же время не учитываются мощные компенсаторные механизмы психологических реакций больного на травмирующую информацию. Значение указанных механизмов во многом зависит от личностных особенностей больного, уровня его образования и интеллекта.

Известен исторический случай доброжелательного обмана, когда Т. Бильрот объявил опухоль верхней челюсти Н. И. Пирогова доброкачественной, во что якобы поверил выдающийся хирург. Однако существует собственноручная запись Н. И. Пирогова, сделанная через 3 или 4 мес после консультации Бильрота в Вене и за 1 мес до смерти: «Ни Склифосовский, ни Валь и Грубе, ни Бильрот не узнали у меня *ulcus oris canceromatosus*. Иначе первые три не советовали бы операции, а второй не признал бы болезнь за доброкачественную». Но практически до последних дней жизни Н. И. Пирогов занимался интенсивной литературной работой («Записки старого врача»), торопясь ее закончить до наступления смерти.

Вызывает большой интерес работа Е. Ф. Бажина и соавт. (1978) по изучению механизмов и типов компенсаторных психологических реакций онкологических больных в зависимости от их личностных особенностей.

Знание типов компенсаторных реакций больных дает основание для дифференцированного проведения лечебных мероприятий, заключающихся в различных сочетаниях психотерапевтических и психофармакологических воздействий.

Компенсаторные психологические реакции присущи не только лицам, которые проходят обследование в стационаре до начала специального лечения, подвергаются ему или наблюдаются после излечения, но и больным с распространенным опухолевым процессом, подлежащим

только симптоматической терапии. Даже в терминальной фазе болезни большинство больных в той или иной степени питают надежду на благоприятный исход. Этим, по-видимому, объясняются относительно нечастые случаи суицидальных попыток онкологических больных [Конечный Р., Боухал М., 1974], хотя нельзя исключить такую возможность в отношении конкретного больного с выраженными депрессивными тенденциями. Онкологические больные в терминальной фазе избегают таких слов, как «смерть», «умирание» и др.

Известны фазы психического состояния безнадежного больного: от отрицания тяжести собственного положения до негодования по поводу своих страданий и наконец перестройки отношения к неизбежному концу и примирения с ним [Kubler-Ross E., 1975]. Беседы врача с такими больными дают весьма благотворный психотерапевтический эффект. Необходимость рациональной психотерапии на всех этапах курации больного с распространенным опухолевым процессом, следовательно, не подлежит сомнению.

Как известно, больные с распространенными формами злокачественных опухолей не представляют для лечащих врачей особенного интереса в связи с безнадежностью прогноза и ограниченными возможностями терапии. Нередко подобные больные вызывают у врача неосознанную негативную реакцию. Корни такой реакции, как отмечает R. Gre-ech (1975), в том, что врач, выступая в роли исцелителя, рассматривает смерть своего больного как личную врачебную неудачу. Определенную роль может играть здесь также негативное и даже агрессивное отношение больного к врачу, который не всегда способен понять, что эта реакция не что иное, как проявление заболевания. Иногда скрытое негативное отношение врача к больному вызывается чувством жалости к нему и ощущением собственной беспомощности.

Как бы то ни было, к больным, подвергающимся симптоматической терапии, должен быть такой же подход как и к любому онкологическому и не онкологическому больному. Важно не менять ритм посещений и тем более не прекращать их ввиду неуклонного прогрессирования заболевания. Практика показывает, что постепенное устранение врача от непосредственного контакта с больным является наиболее сильным травмирующим фактором. Даже если врач полностью осведомлен о характере заболевания, о степени его распространенности, он, тщательно собирая анамнез, может не только выявить некоторые особенности состояния больного, но и получить представление о его личности и психологической установке в настоящее время. Подобный расспрос сам по себе является психотерапевтическим воздействием, началом установления контакта врача с больным. Если врач не говорит, перебивая больного на полуслове, что «ему все ясно», это в определенной степени создает у больного иллюзию перспективности лечения. Равным образом в таких случаях необходимо тщательное физикальное исследование больного, причем врач не должен фиксировать его внимание на явных признаках опухолевого поражения (пальпируемые лимфатические узлы, увеличенная печень и др.), но, напротив, пытаюсь привлечь его внимание к какому-либо безобидному признаку (цвет ладоней, форма ногтей и др.), поскольку больной вслед за осмотром врача, почти как правило, начинает сам следить за симптомами, которые, как ему показалось, привлекли внимание врача.

Известные трудности представляет вопрос о лабораторных и инструментальных исследованиях. Во-первых, в определенной фазе заболевания при распространенном опухолевом процессе не всегда есть необходимость в повторных исследованиях, например рентгенологических. Больной, однако, ждет от врача назначения «на контрольное обследование», которое (с его точки зрения) «может показать улучшение». Во-вторых, многие больные сами ориентируются в данных лабораторных анализов, во всяком случае таких общедоступных, как исследование СОЭ и концентрации гемоглобина. В связи с этим при назначении клинических анализов необходимо контролировать, чтобы ответы не попадали в руки больного, которому можно сообщить фиктивные данные или в оптимистическом тоне указать на те элементы анализа, которые не резко отклоняются от нормы и способны укрепить веру в успешность лечения.

Особенно существенным в психологическом плане представляется назначение рационального лекарственного лечения. Еще Н. Н. Петров (1945) указывал на необходимость выписывания лекарств для симптоматической терапии с серьезной и тщательной регламентацией частоты и времени их приема и указанием больному на важность регулярного и длительного курса лечения, даже если эти лекарства назначают по старому принципу «ut aliquid fiat» («чтобы что-нибудь сделать»).

Уместно привести высказывание М. Я. Мудрова, известного отечественного врача начала XIX века, о необходимости разъяснения больному правил приема лекарства и ожидаемого его действия: «Больной будет принимать его (лекарство) с восхищением, а сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезней самого лекарства».

Больной считает часы и минуты, ожидает действия от лекарства и думает больше о выздоровлении, нежели о болезни».

Ранее подобное назначение могло свидетельствовать только о беспомощности врача. За последние десятилетия стал широко известен эффект, плацебо. Индифферентное вещество, назначаемое в виде какой-либо лекарственной формы (порошки, таблетки, капсулы и др.) при вольном или невольном суггестивном воздействии врача, способно оказывать, например, болеутоляющее, седативное, снотворное, противорвотное действие, т. е. давать эффект, для осуществления которого необходимо участие высших отделов нервной системы. Суггестивное влияние врача, учитывающего психологическую реакцию больного, является обязательным компонентом симптоматической терапии. Повышению ее эффективности способствует подробное разъясне-