

Как говорить больному раком правду о его заболевании

В. Д. Федоров

Институт хирургии им. А.В. Вишневского

РАМН (дир.-акад. В.Д. Федоров),

Москва

How to Say Truth About his Disease to Cancer Patient

V. D. Fedorov

A.V. Vishnevsky Institute of Surgery RAMSci

(Dir. -Academician RAMSci V.D. Fedorov),

Moscow

Вопрос, поставленный в заглавии статьи, может вызвать разные мнения. Ряд врачей старшего поколения считают его давно решенным, не подлежащим пересмотру и отнесут его постановку нужной лишь для коллег молодого поколения.

Другие врачи, у которых имеются широкие контакты с разными современными учреждениями и тенденциями, интересуются этим вопросом, так как испытывают определенные трудности при лечении больных, которым в одних клиниках сообщают мягкие "ложные" диагнозы, а в других — прямо говорят о тяжести и плохом прогнозе течения заболевания.

Большинство из нас привыкли к всеобъемлющему толкованию гиппократовского принципа "не навреди!", особенно по отношению к онкологическому больному. Сам Гиппократ более 2500 лет назад писал: "Окружи больного любовью и разумным утешением, но, главное, оставь его в неведении того, что ему предстоит и, особенно, что ему угрожает".

Такой подход с течением тысячелетий породил особое отношение к защите пациента от психологических травм, напряжении, к поддержанию хорошего настроения его даже за счет "святой лжи" врача.

Не думаю, что против этих позиций найдется какой-либо серьезный противник. Наоборот, эти положения легли в основу учения о медицинской этике и деонтологии и никогда никем в нашей стране не отвергались, независимо от уровня развития человеческого общества и новых социальных условий.

В отношении онкологии необходимость защиты психики больного от тяжести соматического страдания и неблагоприятного прогноза заболевания выступали и выступают многие классики и современники в отечественной медицине. Один из первых создателей и пропагандистов деонтологии в онкологии в России академик Н.Н. Петров, автор много раз переизданной с 1944 по 1956 гг. книги "Вопросы хирургической деонтологии", расцененной большинством ученых как общее руководство по деонтологии, писал: ... "Такой диагноз как "рак", надо сообщать больному не в виде достоверности, а только в виде серьезного предположения и "только в том случае, если иначе не удастся побудить его подвергнуться неотложно необходимому лечению".

Примерно такую же позицию занимал и Н.Н. Блохин ("Деонтология в онкологии", 1977). Он считал, что всегда надо стремиться лечить больного без упоминания диагноза "рак" или "саркома", но при необходимости убеждения больного в целесообразности лечения мягко раскрывать характер заболевания, учитывая и индивидуальные особенности интеллекта и психики больного. Он приводит много примеров, свидетельствующих о неблагоприятном влиянии оповещения больного врачом о характере злокачественного процесса. Такой же точки зрения придерживаются и другие авторы (Е.А. Вагнер, А.Н. Орлов, Г.Л. Ратнер и др.). Многие пациенты и даже заболевшие высококвалифицированные врачи при явных процессах генерализации злокачественной опухоли, сознательно или бессознательно, до самой смерти продолжают верить в доброкачественность своего заболевания, надеются на благоприятный исход и в этом черпают силы для поддержания собственной активности.

Изложенный гуманистический подход не вяжется с позицией американской ассоциации врачей и законодательством США. Нередко приходится видеть документы из американских клиник, выданные на руки пациентам, в которых четко сформулированы онкологический диагноз с указанием стадии заболевания, наличием метастазов в лимфатических узлах и др. тканях и в соответствии со стадией заболевания приведена средняя продолжительность жизни после начала лечения в месяцах.

Около 1 года назад меня поразил обход заведующего университетской хирургической клиникой в одном из городов Германии в послеоперационном отделении. В присутствии всех врачей и сестер, а также других больных, он прямо говорил персонально о том, что у двух больных из 5, лежащих там, накануне была сделана поллиативная операция в связи с неудалимостью или широким метастазированием рака.

Такая позиция соответствует законодательству США, Германии и др. стран. Хирурги и др. врачи, пользуясь этим законодательством, активно защищают себя, свободно и широко информируя людей о диагнозе и прогнозе заболевания, так как тогда их не могут обвинить в сокрытии этой информации, меньше претензий предъявляют в связи с возможными осложнениями, уменьшают опасность юридической ответственности перед родственниками и т.п.

Но всегда ли защита интересов медиков приносит пользу пациенту или вернее так уж часто это нужно пациенту? Всегда ли при таком подходе соблюдается гуманистическая цель медицинской деятельности?

Есть небольшая группа людей с твердым и мыслительным характером, которые справляются с нависшей бедой и разумно распоряжаются оставшимся сроком жизни для исполнения задуманных дел, оформления документов наследства, решения разных бытовых задач и пр. В некоторых странах, где разрешена эвтаназия (Швеция, Бельгия, некоторые штаты США и др.), эти люди сами решают вопрос о продолжительности своей жизни.

Однако для большинства людей, особенно в нашей стране (в силу исторических традиций) знание о трагическом прогнозе заболевания часто становится непереносимым для пациента, усугубляет его жизнь и существование окружающих близких людей.

Вопрос о гуманности или негуманности сообщения больному об опухолевом заболевании не может быть решаемым однозначно.

Например, зачем говорить о раке пожилому больному, у которого решены все бытовые и социальные вопросы, а опухоль генерализована и является инкурабельной по распространенности и в связи с наличием тяжелых сопутствующих заболеваний, исключающих химиотерапию?

С другой стороны, терапевты-кардиологи, давно уже постепенно ориентируют пациентов о возникновении инфаркта миокарда с целью проведения эффективного лечения, в котором больной становится активным участником. Онкологи, особенно в Онкологическом научном центре РАМН, в последние годы широко информируют своих пациентов о злокачественном процессе, рассчитывая получить согласие больного на проведение длительного комбинированного лечения, нередко сопровождающегося временными неблагоприятными последствиями и осложнениями (при лучевой и химиотерапии).

Следовательно, поставленный нами вопрос представляется достаточно сложным и современным. Ему в большой мере была посвящена статья С.А. Дадвани и Н.А. Кузнецова "Проблемы информированного согласия в медицине" (Хирургия, 2000, 4). Они ссылаются на то, что еще в 1904 г. Н.Н. Михайлов писал: "Правомерность врачебной деятельности покоится на двух принципах: ее полезности и свободе человеческой личности".

В силу этого никакое благое намерение, никакая благая цель не оправдывает перед личностью с точки зрения права вмешательств в сферу ее интересов без ее на то согласия.

Такой уровень развития отношений в человеческом обществе, определенные изменения социально-экономических позиций и существенное изменение медицинских возможностей в диагностике, разносторонних лечебных мероприятий и прогнозе заболеваний принципиально изменили характер контактов и взаимоотношений врача и больного, усложнили их по сравнению с простыми и долго остававшимися незыблемыми принципами деятельности Гиппократов и последующих многовековых позиций медиков.

Очевидно, возникли потребности в разработке новых гуманных позиций врачей во взаимоотношениях в больными в современных, более сложных условиях,

Авторы ссылаются на то, что еще в 1957 г. в Калифорнийских судебных правилах было введено понятие об "информированном согласии" пациента на все медицинские воздействия. В последующем в США, Англии, Германии и др. странах узаконена полная открытость медицинской документации для пациентов.

Иными словами у врачей "латынь не стала нынче в моде". Они стали прямо, без учета каких-либо психологических факторов говорить пациенту о диагнозе, лечении, вероятных осложнениях от медицинских диагностических и лечебных манипуляций и возможных неблагоприятных последствиях.

К сожалению, мало кому из действующих врачей известно, что с 1993 г. в нашей стране действуют "Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан", утвердившие открытую информацию гражданина врачом о характере заболевания, точном диагнозе, прогнозе течения и лечения и возможных осложнениях любой лечебной манипуляции. Незнание этих "основ законодательства" уже привело ряд врачей к судебным разбирательствам по жалобам пациентов и их родственников. Чаще всего медицинские работники и лечебные учреждения, не защитившие себя специальными документами об информации пациентов (а с их согласия и родственников) понесли крупные финансовые наказания.

Наш закон отличается от ряда зарубежных аналогов тем, что строго защищает пациента от распространения сведений об его заболевании и прогнозе лечения без его согласия, позволяет ему отказаться от этой информации врача, а врач должен давать больному такие сведения "в деликатной форме". Эти особенности закона позволяют врачу в наибольшей степени соблюдать гуманные формы взаимоотношения с больным.

В этом отношении главный онколог Минздрава академик В.И. Чиссов в статье "Проблемы врачебной тайны в онкологии" (Медгазета от 7.09 и 12.09 за 2001 г.) выступает против шаблонного западного подхода к сухому информированию больного о злокачественном заболевании и призывает к нестандартному гуманному подходу в этом разговоре. Он подчеркивает, что "...около 1/3 онкологических больных, подлежащих радикальному лечению, ...отказываются от него...", "...значит, врач не уделил ему (больному — В.Ф.) должного внимания, времени, душевных сил".

С этими словами нельзя не согласиться. Медицинские работники (прежде всего врачи) должны не только сухо соблюдать закон, но и соблюдать свои профессионально-этические правила. Согласно последним, со времен Гиппократа, Авиценны и многих отечественных классиков медицины - Н.И. Пирогова, Н.В. Склифосовского, С.П. Боткина, Г.А. Захарьина и мн. др., — врач прежде всего должен завоевать доверие пациента своим поведением и знаниями, должен сам быть уверенным в диагнозе и в целесообразности предлагаемого лечения и очень заботливо разъяснить пациенту все необходимое для выздоровления; тщательно соблюдать право больного на сохранение в тайне сведений о заболевании и особенностях течения его.

"Информированное согласие" пациента должно быть тщательно документировано специальным письменным документом, лично подписанным больным и с указанием лиц, которым *он* доверяет сообщением сведений о его здоровье или запрещает давать сведения о нем кому-либо из людей".

Сохраняя тенденции отечественной медицины, мы всегда должны сохранять для больного надежду на эффективность лечения, улучшение качества жизни пациента и способствовать психологической поддержке его. Нередко это особенно трудно бывает сделать при лечении наших коллег, особенно имеющих большой клинический опыт.

В этом отношении полезно вспомнить такой пример. Н.И. Пирогов заболел "раком верхней челюсти". Он сам подозревал этот диагноз, стал постепенно душевно сникать. Поехал на консультацию к Т. Бильроту в Вену. Тот принял Н.И. Пирогова с почестями, назвал его своим учителем, осмотрел опухоль, убедился в метастазировании ее и нецелесообразности операции, но Пирогову сказал, что эта банальная язва и при лечении она заживет. Н.И. Пирогов после этого воспрянул духом и до последних дней жизни успешно писал свой "посмертный дневник".

Гуманная позиция Т. Бильрота сделала нашего классика медицинской науки деятельным и удовлетворенным своим творчеством при безнадежном течении заболевания.

Даже в таких ситуациях врач должен делать доброе для своего пациента, не отступая от принципа В.М. Бехтерева ("Если больному после беседы с врачом не стало легче, - это не врач").

Теперь этот принцип стало труднее отстаивать. Мало проявить доброе отношение к человеку, мало дать простые советы. Необходимо убедить больного в обоснованности диагностических и лечебных мероприятий, целесообразности и необходимости комплексного лечения, иногда сопровождающегося осложнениями и побочными действиями, но нужными для излечения или увеличения продолжительности и качества жизни. Для этого врач сам должен обладать современными разносторонними знаниями, опытом и глубокой душевностью.

На таком фоне, при убеждении в том, что больной проникся уважением и расположением к врачу, можно и осторожно завести разговор о характере заболевания, сказать что оно имеет отрицательные характеристики, а при необходимости сказать и о возможной злокачественности, но одновременно и о надежде излечения. При такой постановке вопроса обычно не возникает необходимости уточнения диагноза и появляется взаимодействие врача и пациента. Реже возникает необходимость более открытого разговора и даже показа истории болезни и обсуждения признаков прогнозирования. Однако в конце разговора врач должен убедить заболевшего в надеждах на излечение или улучшения состояния.

Только после этого, соблюдая закон, врач должен спросить пациента о том, доверяет ли он кому-нибудь из родственников или близких людей информацию о его заболевании или просит сохранить ее в тайне. Это единственная "врачебная тайна", которой владеет врач, а не те "профессиональные тайны", о которых пишут не очень информированные журналисты, считающие, что медики стремятся скрыть свои недочеты в диагностике и лечении пациентов.

Заканчивая свой ответ на поставленный в заглавии статьи вопрос, я хотел бы подчеркнуть, что проведение разговора с больным об онкологическом заболевании требует от врача не только знаний и человеческого такта, но и большой выдержки и даже личного мужества, особенно при проведении бесед с близкими людьми и коллегами по профессии.