

# **КУРС ЛЕКЦИЙ ПО ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

## **Том I**

**Под редакцией  
профессора Г.А. Новикова,  
академика РАМН, профессора В.И. Чиссова,  
профессора О.П. Модникова**

Книга издана при поддержке:  
Общероссийского Общественного Движения  
«МЕДИЦИНА ЗА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ»  
Благотворительного фонда имени О.П. Модникова  
Ульяновского Государственного Университета

Электронная версия книги подготовлена  
при финансовой поддержке  
Института «Открытое Общество»

**МОСКВА 2004**

УДК 616 = 006.04 = 082 = 039.75 (042)

ББК 55,6

К 93

## АВТОРСКИЙ КОЛЛЕКТИВ:

проф. Г.А. НОВИКОВ, акад. РАМН, проф. В.И. ЧИССОВ, проф. **О.П. МОДНИКОВ**, канд. мед. наук Г.Р. АБУЗАРОВА, докт. мед. наук В.П. АЛЕКСАНДРОВ, канд. мед. наук В.Х. АНАПАЛЯН, докт. мед. наук А.В. АСЕЕВ, Т.Ф. АФАНАСЬЕВ, канд. мед. наук Т.З. БИКТИМІРОВ, протоиерей о. ВАСИЛИЙ (БЛАНКОВСКИЙ), канд. философ. наук А.М. БЛОК, проф. А.В. БОЙКО, канд. мед. наук И.Д. БУБЛИКОВ, канд. мед. наук М.А. БЯЛИК, член-корр. РАМН, проф. А.В. ВАЖЕНИН, Д.А. ВАЖЕНИНА, канд. мед. наук М.А. ВАЙСМАН, канд. мед. наук М.В. ВАСИЛЬЧЕНКО, докт. мед. наук А.Н. ВЕЛИКОЛУГ, проф. Л.З. ВЕЛЬШЕР, канд. мед. наук А.З. ВИНОГРАДОВ, канд. мед. наук Б.Ю. ВОЛОДИН, докт. мед. наук З.Р. ГАБУНИЯ, проф. Ш.Х. ГАНЦЕВ, проф. М.Ю. ГЕРАСИМЕНКО, Ю.А. ГЕРАСИМЕНКО, проф. А.Б. GERMANOV, канд. мед. наук Е.С. ГЛЕБОВА, канд. мед. наук О.П. ГРЕБЕННИКОВА, Ю.В. ГУРОВ, проф. С.Л. ДАРЬЯЛОВА, канд. мед. наук Н.В. ДЕНЬГИНА, проф. В.И. ДОЛГИНЦЕВ, канд. мед. наук В.А. ДОНЦОВ, канд. мед. наук В.И. ДОРОФЕЕВА, докт. мед. наук Т.К. ДУДИЦКАЯ, проф. А.М. ДЮКАРЕВА, проф. Г.К. ЖЕРЛОВ, канд. мед. наук М.П. ЗВЕРЕВ, докт. мед. наук Е.Ю. ЗЛАТНИК, докт. мед. наук Д.В. ЗЫКОВ, канд. мед. наук, докт. философ. наук, проф. А.А. ИВАНЮШКИН, проф. И.Д. КАРЕВ, проф. М.И. КАРЕЛИН, канд. мед. наук В.Н. КАСЬЯНЕНКО, Е.Н. КИСЕЛЕВ, канд. мед. наук Б.Н. КОВАЛЕВ, проф. Е.П. КУЛИКОВ, докт. мед. наук О.К. КУРПЕШЕВ, канд. мед. наук А.К. КУРПЕШЕВА, канд. мед. наук М.Л. МАЛЕЙКО, член-корр. РАМН, проф. Ю.С. МАРДЫНСКИЙ, канд. мед. наук В.В. МАСЛОВ, канд. мед. наук И.А. МЕЩЕРЯКОВА, докт. мед. наук В.М. МОИСЕЕНКО, проф. Е.И. МОИСЕЕНКО, докт. мед. наук А.Г. МОНАХОВ, докт. мед. наук Л.А. ОРЛОВСКАЯ, проф. Н.А. ОСИПОВА, докт. мед. наук В.В. ПАСОВ, проф. С.С. ПЕТРОВ, канд. мед. наук Е.В. ПОЛЕВИЧЕНКО, канд. мед. наук В.Н. ПРИЛЕПО, канд. мед. наук Б.М. ПРОХОРОВ, член-корр. РАМН, проф. И.В. РЕШЕТОВ, канд. мед. наук В.В. РОДИОНОВ, канд. мед. наук С.В. РУДОЙ, канд. философ. наук В.А. РЫБИН, канд. мед. наук М.А. САГИДОВ, Е.Н. СЁМКИНА, канд. мед. наук В.И. СОЛОВЬЕВ, проф. В.В. СТАРИНСКИЙ, докт. мед. наук М.Л. СТАХАНОВ, проф. А.Е. СУХАРЕВ, проф. Н.Д. ТВОРОГОВА, докт. мед. наук В.Н. ТИМУХИНА, канд. мед. наук В.В. ФАСТАКОВСКИЙ, проф. Е.М. ФРАНЦИЯНЦ, проф. А.А. ФОКИН, докт. мед. наук А.К. ХЕТАГУРОВА, докт. мед. наук А.В. ЧЕРНИЧЕНКО, проф. В.Н. ЧЕХОНАДСКИЙ, проф. С.С. ЧИСТЯКОВ, канд. мед. наук Г.А. ЧОЧУА, канд. мед. наук О.В. ШАБАЛИНА, канд. мед. наук М.Г. ШАРАФУТДИНОВ, канд. мед. наук О.Н. ШАРОВА, канд. мед. наук В.П. ШАШКОВ, Е.И. ШУМИЛОВ, канд. психолог. наук Н.В. ЯКОВЛЕВА.

**Под редакцией профессора Г.А. Новикова, академика РАМН,  
профессора В.И. Чиссова, профессора **О.П. Модникова****

Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим  
больным. — Том I. — М.: 2004. — 656 с.: ил.

ISBN 5-94039-004-8

ISBN 5-94039-004-8

© Коллектив авторов, 2004

*Все права авторов защищены. Ни одна часть этого издания не может быть занесена в память компьютера либо воспроизведена любым способом без предварительного письменного разрешения издателя.*

*СВЕТЛОЙ ПАМЯТИ  
Заслуженного деятеля науки  
Российской Федерации,  
профессора  
Олега Павловича Модникова  
ПОСВЯЩАЕТСЯ*

## **ПРЕДИСЛОВИЕ**

За последние 10-15 лет в структуре онкологической службы Российской Федерации сложилась и развивается система паллиативной помощи, призванная улучшить качество жизни неизлечимых пациентов. На сегодняшний день в различных регионах страны существует около 200 подразделений паллиативной помощи онкологическим больным, включающих амбулаторное звено, стационары и патронажную службу. В 1999 г. создан первый в России курс паллиативной помощи при кафедре онкологии факультета послевузовского профессионального образования врачей Московской медицинской академии им. И.М.Сеченова, обучающий слушателей по «Программе послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по паллиативной помощи в онкологии», утвержденной в 2000 г. Минздравом РФ и Учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических вузов России. За истекший период на курсе было подготовлено более 1000 специалистов. На постоянной и факультативной основе читаются курсы по паллиативной помощи онкологическим больным в медицинских вузах Архангельска, Тюмени, Ульяновска, Уфы, Челябинска, Ярославля и др. Предмет преподается в целом ряде медицинских колледжей, готовящих средний медицинский персонал. Последние издания учебников по семейной медицине, гериатрии и онкологии включают главы по этому разделу. Проблемы паллиативной медицины поднимаются в научных изданиях, посвященных другим аспектам здравоохранения, хотя по нашему представлению не так часто, как они этого заслуживают.

Несмотря на достигнутые успехи, на каждого пациента, получающего паллиативную помощь, приходится несколько сотен нуждающихся и неимеющих никакого доступа к ней. Молодые

специалисты, получающие высшее и среднее медицинское образование, обучаются без изучения азов паллиативной медицины. В то же время все большее число профессионалов здравоохранения признают несоответствие своих знаний и клинических навыков современным требованиям оказания медицинской помощи населению, особенно пациентам с терминальной стадией развития болезни. Это определяет значительный спрос на высококачественное образование по паллиативной медицине, поскольку требуются ответы на актуальные вопросы: когда должна быть начата паллиативная помощь? Кто и как ее должен обеспечить? Что нужно сделать для получения статуса такой специальности, как в настоящее время это сделано в Великобритании, Германии, США, Австралии, Гонконге, Тайване и Румынии?

Чтобы начать обсуждение этих и подобных вопросов, издан этот первый в России «Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным». Он знакомит читателя с новыми работками в области организации паллиативной помощи в онкологии, включает правовые и экономические аспекты, обсуждение философских, теологических, этических и деонтологических проблем. В издании представлены современные лечебные подходы к паллиативной помощи онкологическим больным (коррекция нарушений гомеостаза, химио-лучевые и хирургические методы паллиативной помощи, применение физических факторов, психотерапия), рассмотрены вопросы реабилитации этих пациентов.

Материал изложен в двух томах, содержащих более 1100 страниц текста, хорошо иллюстрирован фотографиями, рисунками, схемами и таблицами. Большой коллектив авторов (90 человек) представляет ведущие лечебные, социальные и научно-исследовательские учреждения из различных регионов Российской Федерации. В издании представлены не только классические взгляды на проблемы паллиативной помощи, но и целый ряд дискуссионных тем, требующих дальнейшего углубленного изучения, что должно способствовать привлечению новых последователей этого направления медицины.

Принципы паллиативной помощи онкологическим больным могут быть экстраполированы на многие другие дисциплины медицинской науки, являясь таким образом прототипом паллиативной медицины, признанной во всем цивилизованном мире одним из основных направлений здравоохранения наравне с профилактикой, диагностикой и лечением.

## Раздел I

# ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОНКОЛОГИИ

---

I.1	<u>История проблемы</u>	
I.1.1	Состояние и перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Новиков Г.А., Чиссов В.И., Прохоров Б.М., Соловьев В.И., Рудой С.В., Вайсман М.А.</i> . . . . .	7
I.1.2	Исторические предпосылки организации паллиативной помощи онкологическим больным в России. <i>Старинский В.В., Ковалев Б.Н.</i> . . . . .	20
I.1.3	Национальные системы хосписов и некоторые исторические аспекты их развития. <i>Биктимиров Т.З., Новиков Г.А., Модников О.П.</i> . . . . .	34
I.1.4	К вопросу об истории развития хосписов для детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями. <i>Бялик М.А.</i> . . . . .	47
I.1.5	Паллиативная медицина (историческое введение). <i>Иванюшкин А.Я., Хетагурова А.К.</i> . . . . .	58
I.2	<u>Организационные формы паллиативной помощи</u> <u>Правовые и экономические аспекты</u>	
I.2.1	Модели развития паллиативного лечения и ухода на примере Ульяновского региона России. <i>Биктимиров Т.З., Новиков Г.А., Модников О.П.</i> . . . . .	75

I.2.2	Организационные аспекты оказания паллиативной помощи в условиях малых территорий России. <u>Модников О.П.</u> , Новиков Г.А., Шарафутдинов М.Г., Биктимиров Т.З. ....	90
I.2.3	Базовая модель Хосписа для детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями. Бялик М.А., Моисеенко Е.И. ....	105
I.2.4	Ресурсы в работе Хосписа для детей с онкологическими заболеваниями. Бялик М.А., Моисеенко Е.И. ....	131
I.2.5	Основные этапы развития и современное состояние эпидемиологических исследований злокачественных новообразований. Долгинцев В.И. ....	141
I.2.6	Правовые аспекты медицинской деятельности в паллиативной онкологии. Виноградов А.З. ....	166
I.2.7	Социально-экономические аспекты злокачественных новообразований. Долгинцев В.И., Шашков В.П. ....	196
I.2.8	Ассоциированные с опухолями и острофазовые антигены в алгоритме диагностики и коррекции осложнений паллиативного лечения у больных с неспецифическими заболеваниями и раком легких. Сухарев А.Е. ....	221
I.2.9	Система паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований: структура и функциональные взаимодействия. Соловьев В.И., Новиков Г.А., Семкина Е.Н. ....	237
I.2.10	Организация учета больных распространенными формами злокачественных новообразований на региональном уровне. Соловьев В.И., Семкина Е.Н. .	256
I.3	<u>Философские, теологические и деонтологические проблемы паллиативной медицины</u>	
I.3.1	Философские вопросы паллиативной помощи. Рыбин В.А., Дюкарева А.М. ....	272
I.3.2	Теория медицины: философский аспект проблемы. Блок А.М. ....	305
I.3.3	Учение православной церкви о болезни, смерти и загробной жизни. Чехонадский В.Н., протоиерей о.Василий. ....	325
I.3.4	Деонтологические вопросы. Этика практической медицины сквозь призму проблемы эвтаназии. Рыбин В.А., Дюкарева А.М. ....	350

## **I.1. ИСТОРИЯ ПРОБЛЕМЫ**

### **I.1.1. СОСТОЯНИЕ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

В настоящее время злокачественные новообразования продолжают представлять собой серьезную проблему человечества, так как в ней сконцентрировались медицинские, социальные, биологические, демографические, технические, экономические и другие вопросы, прямо или косвенно связанные с ростом показателей заболеваемости. Решение этой проблемы требует объединения усилий специалистов различных областей фундаментальной и прикладной науки. Современная ситуация в Российской Федерации характеризуется не только отрицательными изменениями физико-химических показателей окружающей среды, но и значительными социально-экономическими катаклизмами, изменениями в исторически сложившемся социальном укладе жизни, коррозии социально-бытовых и семейных отношений.

Сегодня объектом изучения медицинской науки остаются вопросы распространения опухолей среди всего населения и отдельных групп, организации обследования и лечения больных с учетом анализа частоты развития опухолей различных локализаций и стадий, географических, возрастно-половых, профессиональных и других особенностей заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них, а также анализа эффективности работы онкологической службы. Для квалифицированной оценки состояния обсуждаемой проблемы необходим детальный анализ: востребованности существующих методов лечебно-диагностической помощи соответствующим контингентам пациентов; качества диагностики и раннего выявления осложнений основного заболе-

вания; соблюдения сроков госпитализации больных; адекватности использования специальных методов лечения. Вот почему эффективность работы онкологической службы в общей системе оказания медицинской помощи гражданам России является одной из важнейших сторон деятельности практического здравоохранения. Это требует существенных усилий и новых подходов при реализации принципов противораковой борьбы на современном этапе. Онкологическая служба разрабатывает и внедряет новые методы борьбы с онкологическими заболеваниями, использует современные подходы к профилактике и лечению больных со злокачественными опухолями. Вместе с тем, несмотря на эффективное функционирование государственной системы специализированной медицинской помощи онкологическим больным, перспективные разработки и достижения онкологической науки в ряде случаев недостаточно широко используются в клинической практике. Междисциплинарный характер и сложность канцерогенной ситуации определяют необходимость системного подхода к изучению данной проблемы. Повышенный интерес к этой проблеме обусловлен в настоящее время научно-техническим прогрессом, меняющим структуру и масштабы медицинской и фармацевтической промышленности. Совершенствуются принципы взаимодействия элементов системы онкологической помощи, происходит построение оптимальных моделей взаимодействия различных медицинских учреждений, вовлеченных в лечение и профилактику злокачественных новообразований. При этом изучение показателей онкологической заболеваемости в регионах Российской Федерации свидетельствует о большом контингенте пациентов с распространенными формами злокачественных новообразований. Количество больных с запущенными формами злокачественных новообразований формируется как из впервые выявленных (19-20%), так и из поступающих повторно по поводу рецидива заболевания либо его метастазирования. Это особенно важно, если учесть, что злокачественные новообразования по-прежнему занимают одно из первых мест в структуре летальности населения многих стран мира. Высокие показатели летальности, в первую очередь, связаны с поздним обращением пациентов к врачу из-за отсутствия ранних патогномичных симптомов у больных раком легкого, гортани, пищевода, желудка и урогенитальной сферы. Несмотря на совершенствование мероприятий по активному выявлению онкологических больных и значительные успехи в разработке методов ранней диагностики злокачественных новообразований, до сих пор количество пациентов, поступающих в специализированные лечебные учреждения с локализованными форма-



ми опухолей, невелико. Так, среди всех больных с впервые диагностированным раком легкого не менее 85% пациентов уже имеют местно-распространенный процесс и у 40% из них выявляются лимфоидные метастазы. Столь же высоким остается и относительное число больных с распространенными формами рака желудка, предстательной железы, прямой кишки, мочевого пузыря, матки и других.

Все это свидетельствует о том, что проблема помощи больным с распространенными и осложненными формами заболевания до настоящего времени не теряет своей актуальности, несмотря на достижения в диагностике злокачественных опухолей и повышение эффективности новых апробированных методов лечения. Выполнение хирургических вмешательств у больных с распространенными формами онкологического процесса не позволяет добиться полного лечебного эффекта, и онкологи вынуждены назначать различные виды противоопухолевого лечения. Однако, лучевое воздействие, терапия радионуклидами и/или цитостатиками позволяет лишь несколько увеличить продолжительность жизни больных с распространенными формами злокачественных новообразований. Добиться полного излечения этого контингента больных в настоящее время не представляется возможным. В преимущественном большинстве случаев обнаружение признаков генерализации опухолевого процесса является убедительным свидетельством того, что ни одно из лечебных мероприятий не было способно предотвратить летального исхода.

Следует отметить, что последние недели и дни онкологического больного, как правило, сопровождаются тяжелыми физическими страданиями и мучительным страхом смерти. В этих случаях на первое место, наряду с лечебными мероприятиями, позволяющими хотя бы на непродолжительный период улучшить качество жизни больного, выступает необходимость адекватной терапии болевого синдрома и профилактики суицидального поведения пациента. В настоящее время для этой цели в ряде зарубежных стран создана система специализированных учреждений (клиники боли, хосписы, отделения/центры паллиативной помощи, патронажные службы), в которых медицинский персонал профессионально устраняет физические и душевные страдания пациентов. В этой ситуации необходимо не только дать больному достойно умереть, но и принести максимально возможное моральное успокоение его родным.

Создание специальных медицинских учреждений, облегчающих страдания уже обреченных онкологических больных, имеет значительно более длительную историю, чем принято думать. Так,

во Франции первая онкологическая лечебница, основанная на средства, пожертвованные каноником Ж.Године, была построена еще в 1740 году при больнице Св.Людовика в г.Реймсе. В 1842 году в Лионе (Франция) было создано общество «Калвер», которое объединяло «набожных и милосердных вдов», помогавших в онкологической больнице ухаживать за больными женщинами. Затем онкологические лечебницы были открыты в Париже, Сент-Этьенне, Марселе, Бордо и Нанси. Подобные учреждения были основаны еще в XVIII веке в Лондоне и других городах Англии, в Венеции, в отдельных федеративных землях (ранее — княжествах) Германии, в ряде скандинавских стран и в России. В последующие годы описанные выше больницы для онкологических больных во многих случаях были преобразованы в специализированные медицинские учреждения (онкологические отделения при больницах, специализированные онкологические центры, онкологические диспансеры и др.).

В России была создана государственная система противораковой борьбы, в основе которой лежало создание широкой сети онкологических диспансеров и высокоспециализированных онкологических центров. Основные направления работы этих медицинских учреждений — это организационно-методическое руководство мероприятиями по противораковой борьбе; участие в проведении массовых профилактических осмотров населения с целью раннего выявления больных со злокачественными опухолями; внедрение наиболее эффективных методов диагностики и лечения злокачественных опухолей в практику; учет онкологических больных на территориальном уровне; анализ эффективности лечения; контроль за лечением онкологических больных в лечебно-профилактических учреждениях общей лечебной сети; изучение и анализ причин случаев позднего выявления злокачественных опухолей; изучение и анализ заболеваемости населения злокачественными опухолями и смертности от них; контроль за оздоровлением больных с предопухолевыми заболеваниями; организация проведения совместно с домами санитарного просвещения противораковой пропаганды. Однако представленные задачи не исчерпывают полностью проблемы медицинской помощи больным злокачественными новообразованиями. Лечение больных распространенными формами злокачественных новообразований, избавление пациентов от излишних страданий в последние месяцы и дни их жизни по-прежнему оставались в центре внимания практикующих онкологов. Большинство врачей, задавая себе вопрос: как бы он хотел умереть, будь в его руках возможность выбора, давало естественный ответ: легко и безболезненно. Никто, наверное, не по-

желает себе и своему окружению мучительной смерти. Тем не менее, многолетний опыт работы с онкологическими больными свидетельствует о совсем иной реальности. Несовершенство организации специализированной помощи умирающим онкологическим больным приводит к необходимости решения ряда проблем, связанных с медицинским обслуживанием и уходом, поиском лекарственных препаратов и обезболивающих средств, что еще больше обостряет данную проблему. Так, наряду с муками самого умирающего больного мы сталкиваемся со страданиями родственников и близких, а также с переживаниями медицинских работников, которые порой не знают, что и как говорить безнадежному пациенту. В настоящее время все более очевидна необходимость создания новых и совершенствования существующих организационных форм и методов паллиативной помощи онкологическим больным, призванных улучшить качество жизни путем решения ряда проблем медицинского, социального и психологического характера.

В течение последнего десятилетия в онкологической службе Российской Федерации активно развивается новое направление — паллиативная помощь (Приказ № 128 МЗ РФ от 31.07.1991 «Об организации Республиканского научно-учебно-методического центра лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных»). В резолюции, принятой на II Конгрессе с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении» (Москва, 1998), определено, что паллиативная помощь — область онкологии, отличающаяся от паллиативного лечения отсутствием непосредственного воздействия (хирургического, химиотерапевтического, лучевого) на злокачественное новообразование и применяемая в ситуации, когда возможности противоопухолевого лечения ограничены или исчерпаны. Паллиативная помощь призвана улучшить качество жизни неизлечимых онкологических больных, численность которых в России ежегодно составляет более 300 тысяч, и не все из них получают ее в полном объеме (см. табл. I.1.1.1).

На наш взгляд, сегодня для оказания паллиативной помощи онкологическим больным России необходимо более рационально использовать существующую сеть медицинских учреждений онкологического и общетерапевтического профиля. Создание на их базах кабинетов противоболевой терапии (КПБТ), отделений паллиативной помощи (ОПП) и бригад патронажной помощи (ПП) инкурабельным онкологическим больным на дому возможно уже в настоящее время и не требует дополнительных капиталовложений. Для решения этой проблемы в масштабе страны МНИОИ

Таблица 1.1.1.1

**Показатели заболеваемости и смертности населения  
Российской Федерации от онкологических новообразований**

Выявляется впервые больных в год		около 450000 больных
Состоят на учете в территориальных онкологических учреждениях		более 2000000 больных
Умирают от рака	В год	более 300000 больных
	В месяц	25833 больных
	В день	861 больной
	В час	36 больных
	Каждые две минуты	1 больной
По данным ВОЗ погибают в первые 5 лет		не менее 40-50%больных

им. П.А. Герцена и Российским научно-учебно-методическим центром лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных разработана модель организационной структуры системы паллиативной помощи, положение о ее подразделениях и направлении их деятельности.

Основу организуемой системы должны составлять головные онкологические учреждения, ежедневно занимающиеся лечением этого контингента больных, при методической помощи которых создаются Территориальные организационно-методические центры паллиативной помощи онкологическим больным (ТЦ). ТЦ должны непосредственно подчиняться головным онкологическим учреждениям, органам здравоохранения регионов РФ и находиться в функциональном взаимодействии со службами амбулаторной, стационарной и патронажной помощи этому контингенту больных. На сегодняшний день при методической помощи МНИОИ им. П.А.Герцена и головных онкологических учреждений на местах по предлагаемой модели созданы и функционируют ТЦ в нескольких регионах России. ТЦ позволяют координировать работу организуемой на местах системы паллиативной помощи онкологическим больным и внедрять в практику здравоохранения России эффективные методы паллиативной помощи этому контингенту больных, что способствует эффективному взаимодействию специалистов, занимающихся этой проблемой в различных регионах РФ.

Предложенная модель получила одобрение на неоднократных совещаниях главных онкологов регионов Российской Федерации и заседаниях Экспертного Совета по организации паллиативной помощи онкологическим больным, организованного при МЗиМП РФ («Положение об Экспертном Совете по организации паллиативной терапии инкурабельных онкологических больных при Минздраве РФ», Приложение к указанию МЗ РФ № 209-7 от 13.07.1993). В результате основные положения о системе паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований были включены в проект приказа, посвященного организации онкологической службы страны.

За последние годы практически завершено создание законодательной базы для организации системы паллиативной помощи этому тяжелому контингенту больных. Министерством Здравоохранения РФ подготовлены и изданы приказы о кабинетах противоболевой терапии (№ 128 от 31.07.1991), хосписах (N 19 от 01.02.1991), отделениях паллиативной помощи, территориальных центрах паллиативной помощи (N 270 от 12.09.1997). Министерством Здравоохранения Российской Федерации, Московским научно-исследовательским онкологическим институтом им. П.А. Герцена проведена оценка состояния системы паллиативной помощи онкологическим больным с позиций организационных принципов ее построения и методологических подходов к улучшению качества жизни этого тяжелого контингента больных в 89 субъектах страны, на основе разработанной анкеты кооперированного исследования «Оценка эффективности организационных форм и методов паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в регионах РФ». Статистический анализ данных, полученных из 118 онкологических диспансеров РФ представлен в табл. I.1.1.2. Из таблицы видно, что ежегодно умирает более 300.000 онкологических больных, из них 75% нуждаются в паллиативной помощи и только 59% получили эту помощь. На рис. I.1.1.1. представлена численность онкологических больных в федеральных округах Российской Федерации, нуждающихся в паллиативной помощи, в соотношении с умершими онкологическими больными.

Более 120.000 больных страдали хроническим болевым синдромом (ХБС) различной интенсивности, требующим применения анальгетиков центрального действия. Однако пациентов с ХБС реально значительно больше, так как полноценную информацию по данному вопросу представили около 85% диспансеров.

По полученной информации около 160.000 онкологических больных умерло дома и только 36.927 инкурабельных больных за-

Таблица I.1.1.2

**Общие сведения о состоянии  
паллиативной помощи в 89 субъектах Российской Федерации**

Умерло онкологических больных	302727
Из них нуждались в паллиативной помощи	75%
Получили паллиативную помощь	59%
Умерло в домашних условиях	около 160000 пациентов
Умерло в лечебных учреждениях	36972
Хронической болью страдало	около 120000 больных
Выполнено непрофильных выездов к инкурабельным онкологическим больным бригад «Скорой медицинской помощи»	710263

кончили свой жизненный путь в лечебных учреждениях. Вместе с тем, в 1999 г. было осуществлено 710.263 непрофильных выездов к пациентам данной группы бригад «Скорой медицинской помощи». Реальные цифры могут быть значительно больше, так как не все онкологические службы регионов РФ дали полноценную информацию по данному вопросу. Как видно из рис. I.1.1.2 сегодня в РФ функционирует и находится в стадии организации 192 подразделения паллиативной помощи (68 кабинетов противоболевой терапии, 69 хосписов, 33 отделения паллиативной помощи и 22 территориальных организационно-методических центра), призванных улучшать качество жизни этого контингента больных. Выбор организационной формы оказания паллиативной помощи зависит от финансовых возможностей территории. В связи с этим в ряде регионов для создания отделений паллиативной помощи используют существующий коечный фонд, уже находящийся на бюджетном финансировании. Хосписы и отделения паллиативной помощи ни в коем случае не являются альтернативой друг другу, а представляют разные организационные формы, так как идеологические и медико-социальные принципы оказания паллиативной помощи нуждающимся в этих подразделениях больным едины. В ряде регионов России разработаны медико-экономические стандар-

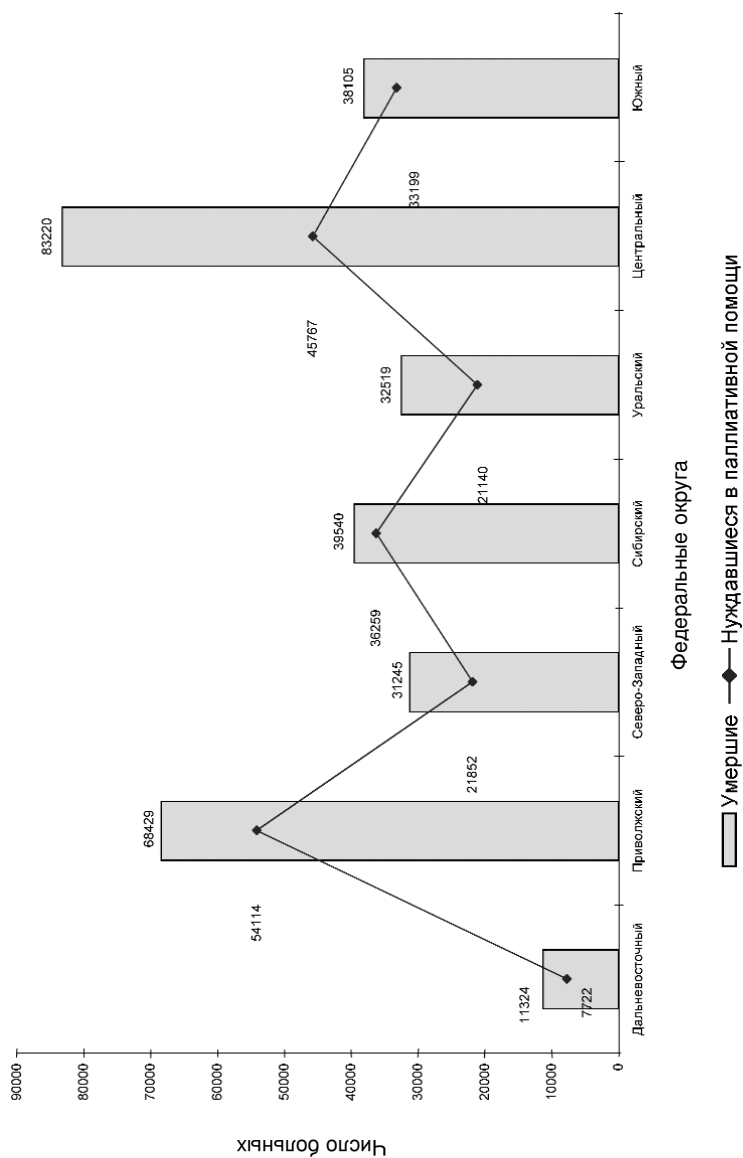


Рис. 1.1.1.1. Соотношение числа онкологических больных федеральных округов Российской Федерации, нуждавшихся в паллиативной помощи, с числом онкологических больных, умерших в 1999г.

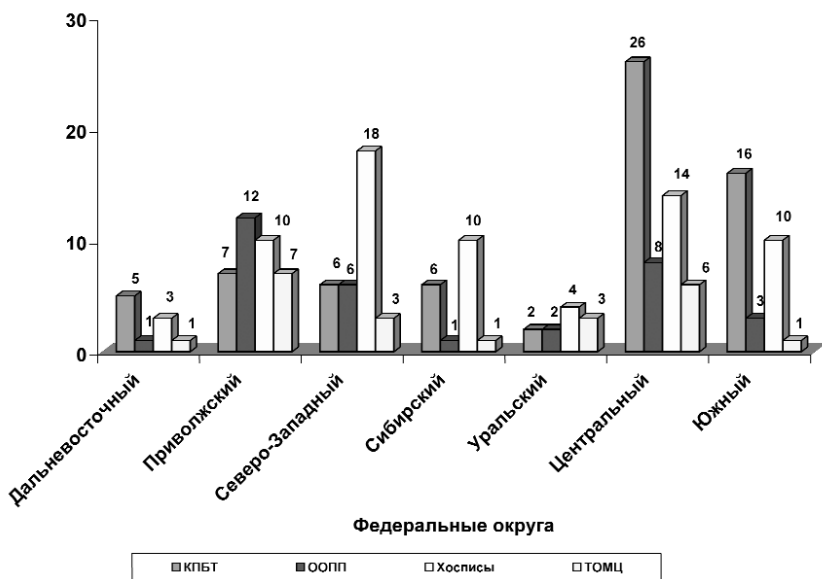


Рис. 1.1.1.2. Структурные подразделения системы паллиативной помощи в федеральных округах Российской Федерации в 1999г.

ты паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований.

Нельзя не отметить положительные сдвиги в области обеспечения онкологических больных, страдающих хроническим болевым синдромом, необходимыми анальгетическими препаратами. Решением Постоянного комитета по контролю наркотиков (№ 53/9-96 от 17.12.1996) увеличены нормативы отпуска анальгетиков центрального действия на один рецепт и койку отделения паллиативной помощи (хосписа), что нашло отражение в приказах № 330 МЗ РФ от 12.11.1997 и №№ 2 и 3 МЗ РФ от 09.01.2001. Определены перспективные направления в терапии хронического болевого синдрома применения неинвазивных пролонгированных лекарственных форм анальгетиков центрального действия и пролонгированных методов регионального обезболивания, включая центральную электростимуляцию.

Наиболее остро в течение всего времени стояла проблема подготовки квалифицированных медицинских кадров в области



паллиативной помощи онкологическим больным. Анализ показал, что, как правило, это связано с отсутствием специалистов, имеющих необходимые знания в данной области, и ограниченного числа учебных баз, так как полноценное обучение должно включать теоретические, практические и организационные аспекты этой проблемы. Более чем за 10 лет на циклах подготовки кадров в МНИОИ им. П.А. Герцена, включая выездные региональные конференции и на рабочем месте, прошли обучение более 1000 врачей, ряд которых работают в системе паллиативной помощи. На сегодняшний день очевидно, что эффективная работа подразделений системы паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований невозможна без подготовки квалифицированных специалистов в этой области. В настоящее время после открытия в феврале 1999 года первого в России курса паллиативной помощи при кафедре онкологии факультета послевузовского профессионального образования Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова и с внедрением в педагогический процесс унифицированной программы обучения «Программа послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по паллиативной помощи в онкологии» (утверждена МЗ РФ и Учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических вузов; опубликована в 2000 г.) острота проблемы отчасти снята. За истекшее время на курсе было подготовлено более 600 специалистов. Такой подход позволит легализовать труд медицинского персонала, занятого в этой области онкологии и будет способствовать повсеместному внедрению современных, эффективных и безопасных организационно-методологических принципов, улучшающих качество жизни пациентов.

В мировой практике паллиативная помощь — результат совместной работы медицинского персонала и представителей международных союзов (VICC), ассоциаций (IASP, EAPC), бюро (INCB) и общественных фондов, занимающихся проблемой рака, организующих международные форумы и осуществляющих подготовку специалистов в различных странах мира. По данным зарубежных онкологических клиник решение проблем паллиативной помощи больным раком невозможно без привлечения внебюджетных средств, основу которых составляют спонсорские средства коммерческих и общественных структур, фондов и религиозно-культурных организаций. Привлечение внебюджетных средств возможно лишь при общественной пропаганде необходимости создания системы паллиативной помощи. В связи с необходимостью содействия государственному здравоохранению в создании в Рос-

сии нового направления — паллиативной медицины, в 1995 году был организован Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных», имеющий статус благотворительной организации. Это — одна из первых в России некоммерческих негосударственных общественных организаций, основной целью которой является содействие разработке оптимальных методов паллиативной медицины и принципов ее организации в России, повышающих качество жизни больных с различными нозологическими формами хронических заболеваний и пациентов, нуждающихся в реабилитации. Приоритетными задачами Фонда являлись: организация конгрессов по проблеме паллиативной медицины и реабилитации; издание тематического журнала; создание в перспективе Российской Ассоциации паллиативной медицины. В результате с 1993 года проведено пять Всероссийских конференций, посвященных проблеме паллиативной помощи в онкологии, и пять конгрессов с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении» с изданием сборников научных работ, а с 1996 года Фонд издает научно-практический журнал «Паллиативная медицина и реабилитация», объединяющий профессионалов в этой области здравоохранения и пропагандирующий среди медицинских и общественных кругов необходимость решения представленной проблемы. В июне 2002 года в г.Москве состоялся учредительный съезд Общероссийского общественного движения «Медицина за качество жизни». Это — независимое некоммерческое объединение 47 регионов Российской Федерации. Региональные отделения представлены лечебными учреждениями, в том числе онкологического профиля, хосписами, отделениями паллиативной помощи, общественными организациями и фондами, занимающимися проблемами неизлечимых больных и их родственниками. Целью движения является содействие развитию паллиативной медицины в РФ. В перспективе дальнейшее создание в регионах РФ ряда общественных фондов и территориальных ассоциаций паллиативной помощи, способных привлечь дополнительные материальные средства, позволит повысить качество медицинской и социальной помощи больным раком в регионах России и будет способствовать возрождению милосердного отношения людей друг к другу.

Стратегия дальнейшего развития и совершенствования системы паллиативной помощи в Российской Федерации предусматривает разработку следующих перспективных направлений: создание на федеральном уровне системы статистического учета больных, нуждающихся в паллиативной помощи; совершенствование существующей законодательной базы с разработкой новых

положений о кабинетах паллиативной помощи, хосписах, патронажных выездных бригадах; определение штатных нормативов медицинского персонала для системы паллиативной помощи; разработка и утверждение алгоритмов и протоколов ведения больных, медицинских и экономических стандартов работы структурных подразделений (кабинет противоболевой терапии, отделение паллиативной помощи, хоспис, территориальный центр паллиативной помощи) системы паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований, а также табелей их оснащения; определение потребности системы паллиативной помощи онкологическим больным в анальгетиках центрального действия, адъювантных лекарственных препаратах, инструментальном и техническом обеспечении, а также в медицинских изделиях и средствах реабилитации и ухода за тяжелыми больными; проведение в регионах РФ кооперированных исследований в области организационных подходов и методологических принципов улучшения качества жизни больных с распространенными формами злокачественных новообразований; определение перспективных направлений в терапии хронического болевого синдрома на основе применения неинвазивных пролонгированных лекарственных форм анальгетиков центрального действия и пролонгированных методов регионарного обезболивания, включая центральную электростимуляцию; определение источников и порядка финансирования обеспечения наркотическими анальгетиками страдающих хронической болью онкологических больных в соответствии со специально разработанными нормативными документами; пропаганда среди медицинских и общественных кругов возможности адекватного обезболивания онкологических больных с целью преодоления инерции медицинского персонала в назначении наркотических анальгетиков в адекватных дозах, определенных соответствующими приказами МЗ РФ; организация курсов паллиативной помощи при профилизованных кафедрах с использованием существующей унифицированной программы обучения в системе послевузовского образования врачей или соответствующих кафедр; привлечение внебюджетного финансирования в виде спонсорских средств коммерческих и общественных структур, фондов и религиозно-культурных организаций.

В современных экономических условиях остро встает вопрос о необходимости экспертной оценки экономической значимости в системе отечественного здравоохранения, и, в первую очередь, в онкологии организационно-методологических подходов к паллиативной помощи больным распространенными формами зло-

качественных новообразований. Наиболее перспективными в этой области, на наш взгляд, являются исследования, посвященные прецизионной оценке затрат на ведение больных в системе паллиативной помощи в сравнении с пребыванием этих пациентов в условиях общетерапевтических отделений, а также расходов на неспециализированные выезды бригад «скорой помощи» на дом. Экономическая оценка организационно-методологических подходов к паллиативной помощи онкологическим больным позволит усовершенствовать существующие медико-экономические стандарты ведения этих пациентов, что приведет к рациональному использованию бюджетных средств.

При оценке статистических, социологических и экономических показателей необходимо использовать следующие методики: изучение основных показателей работы онкологической службы Российской Федерации; анализ численности онкологических больных, нуждающихся в паллиативной помощи; экспертная оценка результатов анкетирования участников кооперированного исследования; экспертная оценка стоимости различных организационных форм и методов паллиативной помощи онкологическим больным; хронометраж работы медицинского персонала системы паллиативной помощи; опрос родственников больных, проходивших лечение в системе паллиативной помощи.

В перспективе систему паллиативной помощи в онкологии целесообразно использовать для оказания специализированной помощи больным с различными нозологическими формами хронических заболеваний в терминальной стадии их развития, то есть в ситуации, когда возможности специализированного лечения уже исчерпаны и/или его проведение невозможно из-за тяжести общесоматического состояния больных.

### **1.1.2. ИСТОРИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ В РОССИИ**

Радикальное излечение любой формы злокачественного новообразования возможно на начальных этапах его развития, при раннем обнаружении, и своевременно и правильно начатом лечении. Естественно, эта цель может быть достигнута только при условии правильной организации всей системы борьбы против рака.

В дореволюционной России широкой организованной борьбы со злокачественными опухолями не было. Не было ее и в других зарубежных странах.

Только в самом конце XIX столетия были открыты в порядке частной благотворительности, специальные раковые палаты в отдельных больницах нескольких крупных городов: Киеве, С.-Петербурге, Варшаве, Тамбове, которые фактически играли роль убежищ для раковых больных.

В 1903 году в Москве, по инициативе профессора Московского университета Л.Л. Левшина и его ученика профессора В.М. Зыкова, на частные средства крупных промышленников — братьев Морозовых, был создан первый в России, так называемый «Морозовский институт для лечения опухолей», располагавший стационаром на 130 коек, экспериментальной и химической лабораториями, радиологическим отделением и лабораторией для изучения воздействия радиоактивных веществ на ткани.

При институте для лечения опухолей были организованы курсы для врачей и студентов старших курсов по изучению злокачественных опухолей. Большинство поступавших в институт больных имели распространенные опухоли в запущенной стадии, не подлежащие оперативному вмешательству. В связи с этим смертность среди больных была очень велика и доходила ежегодно до 50 %.

В 1908 году в Киеве была открыта бесплатная лечебница для опухолевых больных. В 1911 году в С.-Петербурге, на частные средства Елисеевых, была основана Еленинская больница для приема бедных женщин, страдающих опухолями. Больница была обеспечена капиталом, дававшим возможность содержать 50 больных. Спустя два года, при больнице была открыта экспериментальная лаборатория.

Разработку же организационных вопросов противораковой борьбы эти учреждения перед собой не ставили.

В этом направлении первый камень был заложен С.-Петербургским акушерско-гинекологическим обществом, которое в мае 1906 года создало комиссию под председательством проф. Рачинского, подготовившую проект Устава общества борьбы с раковыми заболеваниями. В параграфе 1 Устава Общества определялась его цель: 1) стремиться к уменьшению запущенных случаев раковых новообразований; 2) доставить возможность при наиболее благоприятных условиях изучать причины появления рака, способы его предупреждения, условия невосприимчивости к нему человеческого организма, а также способы лечения и ухода за раковыми больными; 3) доставлять призрение раковым больным, дабы они могли пользоваться возможно совершенным лечением и уходом.

Организованное в мае 1908г. в С.-Петербурге общество борьбы с раковыми заболеваниями в 1909г. получило название «Всероссийского общества борьбы с раковыми заболеваниями». Это общество вначале открыло амбулаторию для бесплатного лечения раковых больных рентгеновыми и радиевыми лучами, а затем в 1913 году лаборатория была превращена в лечебницу со стационаром.

Кроме «Всероссийского общества» были открыты местные противораковые общества в Киеве, Прибалтике и в Москве, а в дальнейшем — в Одессе. Эти общества ставили перед собой следующие задачи:

- научное изучение злокачественных новообразований;
- лечение и призрение раковых больных;
- распространение сведений об опухолях в целях вызвать заинтересованность широких кругов населения и привлечь их к борьбе против рака.

В 1914 году «Всероссийское общество» созвало в С.-Петербурге I Всероссийский съезд по борьбе с раковыми заболеваниями.

Что же касается отношения медицинской общественности того времени к проблеме организации борьбы против рака, то это отношение можно уяснить себе из слов одного из авторитетнейших представителей академической медицины — академика Н.В. Вельяминова, произнесенных на вступительной речи при открытии съезда: «В заключение разрешите мне коснуться еще одного вопроса, а именно вопроса о том, можно ли придавать раковой болезни значение социального зла? Известно, что за последние годы не только врачебный мир, но и общество особенно заинтересовались раком и борьбой с ним. Шумиха, поднятая вокруг радия, еще более подогрела этим интерес и, по-видимому, у некоторых появилась склонность придавать раку значение социального зла, борьба с которым, как будто должна входить в задачи государства и общественных учреждений, аналогично с борьбой против туберкулеза. Справедливо ли это? Смею думать, что приравнивать рак к туберкулезу неправильно, ибо заразное происхождение рака более, чем сомнительно; эндемий и эпидемий рака мы не знаем. Рак, как и целый ряд других болезней, есть индивидуальное, личное несчастье, а не общественное зло, как туберкулез, а тем более холера, чума, сыпной тиф. Рак — есть враг отдельных людей, а туберкулез и эпидемические болезни — враги общества и государства. Я, совершенно согласен, что изучение рака и его лечения и разработка мер борьбы со злокачественными новообразованиями с гуманитарной точки зрения имеет громадное значение. Готов при-

знать, что специальные институты для лечения и изучения рака могут принести известную пользу делу, но полагаю, что организация борьбы с раковой болезнью и устройство специальных раковых институтов не дело, а тем более — не обязанность государства или общественных учреждений, а дело частной инициативы и частной благотворительности».

Такое заявление, естественно, снимало ответственность за организацию борьбы против рака с государственной и общественной медицины того времени, несмотря на то, что показатели смертности от злокачественных опухолей, опубликованные за ряд лет в «Отчетах о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России», свидетельствовали о значительной распространенности злокачественных опухолей в отдельных городах царской России. По данным статистики в 1903 году в С.-Петербурге, Москве, Варшаве и Одессе на 100.000 населения умерло от злокачественных опухолей 89,5, в 1904 году — 83,7, в 1905г. — 84,0.

С самого начала первой мировой войны деятельность Всероссийского общества борьбы со злокачественными опухолями прекратилась.

Литературы по онкологии в дореволюционной России почти не было, и только в 1910 году вышел первый труд профессора Петрова Н.Н. под названием «Общее учение об опухолях».

Этот труд лег в основу развития русской онкологии. Вопросы организации противораковой борьбы в книге, однако, освещены не были. Систематически проблемой рака занимались лишь отдельные энтузиасты, причем использовались лишь только частные средства. Царское правительство, как уже указывалось, не являло никакой инициативы в борьбе против рака, считая это делом частной инициативы и частной благотворительности.

Таким образом, борьба со злокачественными опухолями в дореволюционной России не носила организованного характера. О планомерной профилактике и о подготовке специальных кадров не было и речи.

Совсем иной вид приняла организация борьбы против рака после 1917 года. В процессе ее развития можно отметить два основных этапа:

- период становления противораковой борьбы;
- период государственной организации борьбы против рака.

Вопросы организации противораковой борьбы решались на специальных авторитетных совещаниях. Первое такое совещание было создано в 1925 году в Наркомздраве РСФСР. Оно по существу и явилось первым этапом широкой организации борьбы со злокачественными новообразованиями в нашей стране. Главное вни-

мание на этом совещании было уделено следующим вопросам: организации сети онкологических учреждений; повышению квалификации врачей в области онкологии и подготовке кадров онкологов, противораковой пропаганде; статистике злокачественных опухолей. На указанном совещании было решено, что для осуществления организованной противораковой борьбы на первых порах необходимо создавать специальные противораковые пункты при хирургических, рентгеновских и патогистологических отделениях крупных больниц. Наряду с этим был принят ряд других принципиальных решений, подчеркивающих то, что противораковая борьба должна являться частью диспансерного обслуживания населения на основе объединения санитарно-профилактических мероприятий.

Таким образом, совещание 1925 года при Наркомздраве СССР явилось первым шагом в развитии противораковой организации.

В 1930 году была созвана 1-я Московская областная конференция врачей по борьбе против раковой болезни, где наряду с научными вопросами обсуждались и организационные мероприятия по борьбе против рака в Москве. Была разработана схема организации противораковой борьбы в системе единого диспансера; указаны были методы работы противораковых учреждений и их задачи; подчеркнута была роль подготовки кадров и необходимость создания определенной системы учета и разработки данных о раке. Предложенная схема организации противораковой борьбы строилась в тесной связи с общей лечебной сетью.

В июле 1931 года в Харькове состоялся I Всесоюзный съезд онкологов по вопросам организации борьбы против рака. Съезд, считал необходимым расширение государственной и общественной борьбы против злокачественных новообразований. Съездом была принята следующая резолюция:

«Организационные вопросы

- просить наркомздравы союзных республик обеспечить проведение противораковых мероприятий во всей лечебно-профилактической организации (в амбулаториях, поликлиниках, единых диспансерах, больницах и т.д.), поставив перед органами здравоохранения на местах задачу раннего распознавания злокачественных новообразований, раннего и полноценного оказания необходимой лечебной помощи — хирургической и лучевой, плановой постепенной диспансеризации раковых больных, призрения неизлечимых больных, широкого развертывания санитарно-просветительной работы и научной пропаганды;



- первоочередному вниманию на ближайший отрезок времени подлежат такие формы рака: а) наиболее доступные изучению и исследованию; б) относительно легко диагностируемые; в) эффективные в смысле лечения и проведения профилактических мероприятий;
- с целью улучшения дела помощи раковым больным необходимо установить организацию специальных домов для изоляции безнадежных и трудно переносимых в общежитии больных.

Результатом усилий онкологической общественности страны явилось опубликование Постановления № 1135 СНК РСФСР от 23.11.1934 «Об организации борьбы с раковыми заболеваниями».

В марте 1936г. на пленуме больнично-поликлинического совета Наркомздрава РСФСР были доложены результаты противораковой работы, проведенной в Ленинграде, Воронеже, Ростове-на-Дону, Москве. В результате обсуждения был издан приказ Наркомздрава РСФСР (от 1 июня 1936г.), в котором констатировалось недостаточное выполнение на местах правительственных распоряжений по противораковой борьбе и предлагалось ввести ряд новых мероприятий, в том числе открытие стационаров для неизлечимых раковых больных.

Изданный в развитие постановления № 1135 Приказ № 328 Наркомздрава РСФСР (от 5.05.1938) предусматривал организацию: Центрального Онкологического института в Москве; центральных онкологических поликлиник в Москве и Ленинграде; ряда поликлиник в крупных центрах Союза и онкологических пунктов в 52 городах. Впервые термин «Онкологический диспансер» был приведен в Приказе №273 НКЗ СССР от 25 мая 1940г. «О номенклатуре медицинских учреждений».

Дальнейшее развитие онкологической службы было связано с Постановлением № 935 СНК СССР от 30.04.1945 и изданным в развитие этого постановления Приказом № 323 НКЗ СССР от 1945г., которые предусматривали:

- организацию во всех республиканских, краевых, областных центрах и крупных городах соответствующих республик, краев, областей онкологических диспансеров с диагностическими и лечебными стационарами, клиническими лабораториями, рентгено-диагностическими и терапевтическими установками, радиевой терапией общим числом — 126 диспансеров;
- организацию в краевых, областных и крупнейших городских больницах отделений для онкологических больных и отделений для хроников.

В 1950г. Приказом № 243 МЗ СССР от 28 марта было утверждено типовое положение о структуре онкологических учреждений и их задачах. Кроме того, помимо онкологического диспансера предусматривалось создание онкологического диспансерного отделения в больнице общего профиля. В структуре данного отделения предполагалось создание стационарного отделения, в котором наряду с хирургическими койками предусматривались койки для консервативной терапии «хроников» с онкологической патологией.

В борьбе со злокачественными новообразованиями при отсутствии точных знаний их этиологии и патогенеза исключительное важное значение приобретало раннее их распознавание. В этом отношении фиксация внимания на предраковых заболеваниях должна занимать одно из главных мест в системе противораковых мероприятий, а диспансерное обслуживание должно распространяться не только на больных злокачественными опухолями, но и на контингенты больных, страдающих предраковыми заболеваниями, и на больных с заболеваниями, подозрительными по раку. Отсюда вытекает, что контингенты, учитываемые онкологическими диспансерами, довольно разнообразны по своему характеру. Приказом № 584 Наркомздрава СССР от 28 июля 1945г. они были классифицированы на следующие группы:

группа I — больные с подозрением на злокачественное новообразование и с предраковыми заболеваниями;

группа II — больные, подлежащие специальному лечению; в этой группе выделяется подгруппа II-а — больные, подлежащие радикальному лечению (как хирургическому, так и лучевому);

группа III — практически здоровые, которым проведено основное радикальное лечение и требуется профилактическое наблюдение;

группа IV — больные, не подлежащие специальному лечению (так называемые «неоперабельные больные»).

Такая группировка контингентов онкологического диспансера создает возможность применения определенной системы мероприятий в отношении каждого отдельного больного в зависимости от того, к какой из перечисленных групп он относится.

Спустя 11 лет (Приказ №19-М от 9 февраля 1956г.) Минздрав СССР ввел в действие инструкцию «По контролю и изучению случаев позднего выявления злокачественных опухолей», где в классификацию данных контингентов были внесены изменения с целью введения полного учета и обеспечения диспансерным наблюдением всех онкологических больных. Так, группа I подразделилась на группу I-а — больные с заболеванием, подозрительным на

злокачественное новообразование; и группу I-б — больные с предопухолевыми заболеваниями.

Таким образом, к группе I-а теперь относятся больные с клинической картиной при наличии подозрения на заболевание злокачественной опухолью. В эту группу не включаются больные, направленные в онкологические учреждения с подозрением на злокачественное новообразование в тех случаях, когда это подозрение отвергнуто немедленно при осмотре больного в онкологическом учреждении. Больные группы I-а по мере установления окончательного диагноза или совсем снимаются с учета, или переходят в другие группы; то и другое должно быть осуществлено не позднее, чем через 15 дней после первичного обращения больного.

К группе I-б относятся больные с предопухолевыми заболеваниями.

К группе II относятся больные раком, требующие специального лечения, а также больные системными заболеваниями (лимфогранулематоз, саркомы всех локализаций). К этой группе не относятся больные, требующие хирургического лечения паллиативного характера (например, гастростомия при раке пищевода, трахеотомия при неоперабельном раке гортани, наложение искусственного заднего прохода при раке прямой кишки и пр.). Все эти больные относятся к IV группе.

В составе II клинической группы выделяется подгруппа II-а — больные, подлежащие радикальному лечению; в нее включаются больные, у которых при условии своевременного применения радикального (хирургического, лучевого, комбинированного) лечения имеется надежда на полное выздоровление.

К группе III — практически здоровых — относятся те больные, которым проведено лечение (хирургическое, лучевое или комбинированное) и у которых метастазов и рецидивов нет. Больные этой группы в случае появления метастазов или рецидивов переходят либо в группу II, если возможно специальное лечение (хирургическое или лучевое), либо в группу IV, если специальное лечение невозможно.

К группе IV — запущенные стадии злокачественных опухолей — относятся больные, не подлежащие радикальному лечению. Ошибочным будет отнесение к этой группе больных с вполне курable формами злокачественных опухолей, но имеющих общие и местные противопоказания, препятствующие проведению радикального хирургического или лучевого лечения.

Один и тот же больной в зависимости от степени распространения процесса и проведенного лечения может переходить из одной группы в другую.

Этим же приказом была утверждена инструкция по ведению учета и составлению отчетов о злокачественных новообразованиях. Этой инструкцией предусматривалось ведение 2-х картотек контрольных карт (учетная форма №30): одна — на больных злокачественными новообразованиями, другая — на больных, подозрительных на рак, и больных с предопухолевыми заболеваниями. Врач общей сети, наблюдающий больного злокачественным новообразованием, должен следить за своевременным направлением больного в онкологическое учреждение для обследования и лечения, осуществлять патронаж больного, проводить по указанию онкологического учреждения специальное или симптоматическое лечение.

В контрольных картах отмечался диагноз и клиническая группа при взятии больного под наблюдение, все дальнейшие изменения диагноза и клинической группы, применяющиеся методы исследования и лечения.

Статистика заболеваемости раком дает материал для изучения некоторых разделов социальной патологии рака, а также для оценки эффективности лечебных мероприятий и вместе с тем имеет большое оперативное значение, как для органов здравоохранения, так и для каждого онкологического учреждения.

Методика исследования заболеваемости, предложенная и разработанная отечественными статистиками Е.А. Осиповым, П.И. Куркиным и С.М. Богословским, базируется на материалах обследования населения за медицинской помощью.

Первый приказ, предусматривающий учет и регистрацию больных раком и больных с заболеваниями подозрительными по раку, был издан Наркомздравом РСФСР в мае 1935г. (№328).

Необходимость введения единообразной формы учета заболеваемости и смертности от рака была отмечена в Приказе №1178 Наркомздрава Союза ССР от октября 1938г. Согласно Приказу № 1247 Наркомздрава Союза ССР от 22.11.1938 рак и другие злокачественные новообразования учитывались наряду с другими важнейшими неэпидемическими заболеваниями (трахома, сифилис, туберкулез). На каждого больного, выявленного в лечебном учреждении, составлялось «извещение о важнейшем неэпидемическом заболевании». Специальной формы извещения на ракового больного не было. Существовавшая отчетная форма о важнейших неэпидемических заболеваниях давала возможность судить лишь суммарно о числе зарегистрированных больных раком, другими злокачественными новообразованиями. Таким образом, специальной формы учетной документации по раку не было, а также не было и специальных форм отчетов по заболеваемости и

смертности от рака. Впервые специальные и единые формы документации по учету заболеваний и умерших от рака, а также и отчетная документация о заболевших и умерших от рака были предусмотрены Приказом № 584 Наркомздрава Союза ССР от 28 июля 1945 года.

В 1950г. Министерство здравоохранения СССР с целью улучшения учета переработало предусмотренные Приказом № 584 некоторые формы учета заболеваний злокачественными опухолями и утвердило новые формы учета.

Система учета больных злокачественными новообразованиями имеет целью выявить истинную заболеваемость населения злокачественными новообразованиями и обосновать лечебно-профилактические мероприятия по борьбе с ними.

Необходимо подчеркнуть, что Приказ № 584 Наркомздрава СССР от 28 июля 1945г. предусматривал учет больных раком и другими злокачественными опухолями только в тех городах, где имелись онкологические учреждения. Он резко ограничивал мероприятия онкологических диспансеров по более широкому учету больных раком. Эта система учета в процессе работы показала свою неполноценность, так как она не обеспечивала регистрацию всех случаев рака, диагностика и лечение которых проводились за пределами деятельности онкологических учреждений. В связи с этим Министерство здравоохранения СССР уже в конце 1950г. начало разрабатывать новую форму учета с целью расширения рамок регистрации раковых больных во всех городах Советского Союза.

Такая система регистрации была введена Приказом № 164 Министерства здравоохранения СССР от 22 февраля 1951г., а с 1952г. Приказом № 414 Министерства здравоохранения РСФСР (от 30 мая 1952г.) предусмотрен учет больных со злокачественными опухолями из сельской местности.

Следует отметить, что впервые в истории организации противораковой борьбы статистическое изучение рака начало проводиться на такой широкой основе.

Каким путем осуществлялась связь онкологического диспансера и онкологического кабинета (отделения) с больными, взятыми на учет?

Наблюдение за больными осуществлялось путем повторных осмотров; таким образом с больными поддерживалась непосредственно личная или письменная связь.

В случае неявки больного на повторный осмотр в назначенное время к нему направлялась патронажная сестра для выяснения причин неявки.

Патронажные сестры, обслуживая больных на дому, выполняли медицинские назначения врача, систематически наблюдая больных после операции, после лучевого лечения.

Патронажная сестра инструктировала непосредственно ухаживающих за больными лиц в отношении питания, соблюдения правил личной гигиены больного, должного санитарного состояния помещения, обследовала бытовые условия больного, принимала меры к правильному и своевременному выполнению медицинских назначений и режима, установленного для больного. Патронажная сестра оказывала больному помощь социально-правового характера (оформление инвалидности и прочее).

Роль патронажной сестры не должна была ограничиваться оказанием помощи только раковому больному. Семье больного она должна была давать наставления о поведении близких в отношении больного, о безопасности его для окружающих, о его режиме и др.

Активисты Красного Креста осуществляли контроль за акуратной явкой на лечение и периодические осмотры больных, находящихся на учете онкологического наблюдения, осуществляли патронаж раковых больных, организовывали аудиторию при проведении лекции по противораковой пропаганде.

Для успешной борьбы со злокачественными новообразованиями исключительно важное значение имеет раннее выявление этих заболеваний. Поэтому одной из основных задач в организации борьбы против рака является изучение причин, вызывающих несвоевременное выявление рака, выявление так называемой «запущенности рака».

В целях снижения числа запущенных случаев рака, а также для улучшения диагностики злокачественных новообразований и раннего лечения опухолевых больных, Министерством здравоохранения Союза ССР 17 июля 1948г. был издан Приказ № 437 «О контроле и изучении причин позднего выявления рака» и 30 марта 1950 года — Приказ №246, предусматривающий форму учета больных с запущенными формами рака.

Приказ № 437 обязывал систематически контролировать и изучать все случаи запущенности рака и составлять протоколы с указанием причин запущенности на каждый случай позднего выявления рака.

В протоколе запущенности перечисляется в хронологическом порядке обращение больного в лечебное учреждение с указанием лиц, по вине которых произошла задержка в установлении раннего диагноза рака и имело место в результате этого позднее начало лечения.

Согласно указанным приказам разбор случаев запущенности рака производится в учреждении, в котором впервые установлен факт запущенности.

Однако, проблема запущенности больных злокачественными опухолями продолжала оставаться одной из актуальных в онкологии. Приказом № 123 МЗ РСФСР от 9.03.1976 было отмечено, что больные IV клинической группы составили в 1974г. 20,1% всех первично зарегистрированных (1973г. -20,9%).

Свидетельством позднего выявления являлось также то, что более половины из числа умерших от злокачественных новообразований (54,8%) умирает в течение первого года с момента установления диагноза.

Вопросы оказания медицинской помощи больным IV клинической группы продолжали эпизодически отражаться в различных директивных документах в основном с ориентацией на их госпитализацию в соматические отделения ЛПУ общего профиля; при этом констатировали высокую смертность таких больных на дому.

В частности Приказом № 565-дсп МЗ РСФСР от 27.07.84 «О дальнейшем совершенствовании мероприятий по борьбе со злокачественными новообразованиями населения РСФСР» отмечается, что не выполняется Приказ № 425 Министерства здравоохранения СССР от 29.04.76 в части госпитализации в учреждения общей лечебной сети больных IV клинической группы для проведения симптоматического лечения при наличии социальных и медицинских показаний. Не везде решены вопросы оказания им необходимой медицинской помощи участковыми врачами и онкологами на дому. Остается высоким процент умерших на дому, который в 1983г. составил 78,1%. Там же руководителям органов здравоохранения предписывалось обратить особое внимание на полноценное медицинское обслуживание больных IV клинической группы участковыми врачами при регулярной консультации врача-онколога. При наличии медицинских показаний обеспечить обязательную госпитализацию в стационары лечебно-профилактических учреждений по месту жительства, полностью ликвидировать смерть больных на дому.

Более поздним Приказом № 590 МЗ СССР от 25.04.86 территориям приказано обеспечить обязательную госпитализацию в стационары лечебно-профилактических учреждений больных с далеко зашедшими формами злокачественных новообразований (взрослых и детей) при наличии выраженного болевого синдрома и невозможности обеспечить лечение и уход в домашних условиях.

Пристальное внимание Минздрава СССР и РСФСР к этому вопросу побудило МНИОИ им. П.А. Герцена провести научную

разработку и выйти с ходатайством в МЗ РСФСР о создании службы паллиативной помощи в России. Такой научной основой явилось исследование с организацией кабинетов противоболевой терапии для онкологических больных, создание которых было официально оформлено Приказом № 171 МЗ РФ от 20.09.89.

Период с 1989г. по 1991г. явился в России стартовым в становлении паллиативной помощи онкологическим больным с хронической болью. За этот период были организованы кабинеты противоболевой терапии на базах научно-исследовательских онкологических институтов и онкологических диспансеров в Москве, Санкт-Петербурге, Ростове-на-Дону и Иваново. Для официального оформления и развития специализированной службы помощи инкурабельным онкологическим больным Приказом № 128 МЗ РФ от 31.07.91 был организован Республиканский научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных в составе Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена.

Одновременно в конце 80-х годов XX столетия в России начали создаваться хосписы по аналогии с подобными учреждениями Великобритании.

Первый хоспис был открыт в г. С.-Петербурге — Лахтинский хоспис. Затем такие учреждения появились в гг. Москве, Иваново, Ярославль и др.

Положение о хосписе, утвержденное Приказом № 247 «О включении в номенклатуру учреждений здравоохранения хосписов...» было отменено через несколько месяцев последующим Приказом № 308 от 25.11.92. Руководителям органов здравоохранения РФ рекомендовано при организации хосписов руководствоваться Приказом № 19 МЗ РФ от 01.02.1991 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц», основная цель которых — поддержать соматический и психосоциальный статус таких людей на том уровне, который обеспечивает переход от жизни к смерти при возможно меньшем страдании.

Всемирная организация здравоохранения определила целью паллиативной медицины — достижение наилучшего качества жизни для больных и их семей. Паллиативный уход по мнению ВОЗ утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный естественный процесс, такой уход не ускоряет и не отдалает смерть, он обеспечивает систему поддержки семьи во время болезни их близких.

Следующим этапом в становлении паллиативной помощи было утверждение Приказом № 270 МЗ РФ от 12.09.97 положения



«Об отделении (центре) паллиативной помощи онкологическим больным». Этим приказом, в соответствии с основными задачами, на отделение возложены функции:

- оказание квалифицированной паллиативной и симптоматической помощи инкурабельным онкологическим больным;
- оказание амбулаторной помощи в лечебно-консультативном кабинете, дневном стационаре и стационаре на дому;
- оказание консультативной помощи медицинским учреждениям по организации паллиативной и симптоматической помощи онкологическим больным;
- проведение паллиативных хирургических вмешательств (лапароцентез, торакоцентез, эпицистостомия), инвазивных методов обезбоживания (проводниковая, эпидуральная, субарахноидальная анестезия, химическая денервация, хордотомия), фармакотерапии болевого синдрома и детоксикации, электроимпульсной терапии, лазеротерапии, тиаминовых блокад, эндолимфатического введения лекарственных средств и др.;
- проведение комплекса мероприятий по социальной реабилитации онкологических больных;
- оказание психологической поддержки и моральной помощи больным и их родственникам;
- специализация и стажировка врачей, среднего и младшего медицинского персонала по оказанию медицинской помощи и уходу за инкурабельными больными;
- консультации и семинары для родственников, осуществляющих уход за больными.

В 2001 году Приказом № 222 МЗ РФ от 27.06.2001 Республиканский научно-учебно-методический центр лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных переименован в Центр паллиативной помощи онкологическим больным Минздрава РФ, задачи которого определены следующим образом:

- разработка современных технологий оказания медицинской помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований с целью создания эффективной системы паллиативной помощи онкологическим больным;
- организационно-методическая работа по совершенствованию и созданию подразделений системы паллиативной помощи онкологическим больным (кабинеты противоболевой терапии, отделения паллиативной помощи, хосписы, выездные патронажные службы);

- научное обоснование возможности эффективного использования системы паллиативной помощи онкологическим больным как модели специализированной помощи пациентам с хроническими заболеваниями в терминальной стадии их развития;
- ведение банка данных больных, с распространенными формами злокачественных новообразований в Российской Федерации с целью разработки методики учета и расчета потребности системы паллиативной помощи онкологическим больным в лекарственных средствах, изделиях медицинского назначения, средствах реабилитации и ухода, инструментальном и техническом обеспечении.

Таким образом, в конце XX столетия в России достигнуты определенные положительные результаты в области паллиативной помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований. Практически завершено создание законодательной базы для организации системы паллиативной помощи этому тяжелому контингенту больных.

Система паллиативной помощи онкологическим больным должна служить моделью нового направления отечественного здравоохранения — паллиативной медицины, которая должна улучшить качество жизни пациентов с различными нозологическими формами хронических заболеваний, особенно в терминальной стадии развития.

### **I.1.3. НАЦИОНАЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ ХОСПИСОВ И НЕКОТОРЫЕ ИСТОРИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИХ РАЗВИТИЯ**

Паллиативный уход, паллиативная помощь, паллиативное лечение, как самостоятельный раздел клинической медицины, получили наиболее активное развитие в 80-е годы XX столетия. Во многих странах мира стали создаваться неправительственные организации, получившие название национальных ассоциаций паллиативного лечения; начал издаваться «Европейский журнал паллиативного лечения».

Основные цели паллиативной помощи:

- поддерживать у больного стремление к жизни и рассматривать смерть как естественный процесс;
- не торопить смерть, но и оттягивать ее наступление;

- обеспечить уменьшение боли и смягчение других, беспокоящих больного симптомов;
- психологическая и духовная поддержка больного;
- обеспечение системы мер, поддерживающих у больного способность как можно более длительно вести активную жизнь, вплоть до самой смерти;
- обеспечение мер оказания помощи семье больного во время его болезни, а также его кончины.

История учреждений паллиативной помощи и хосписов уходит далеко в прошлое. Люди всегда считали необходимым в той или иной мере заботиться об умирающих, нуждающихся, бедных и др. В силу общественных устоев, религиозных верований формы призрения трансформировались, изменялись, приобретая более совершенные формы, однако, суть помощи оставалась практически неизменной — дать приют, накормить, обогреть, оказать психологическую, духовную поддержку (Гамли В., Бик М., Чупятова В., 1996).

Создание первых хосписов связано с именем Фабиолы, римской матроны, открывшей в начале 4-го века свой дом для нуждающихся. До этого она наблюдала подобие хосписов в Сирии, которые действовали согласно христианским «деяниям милости»: накормить голодного и утолить жажду страждущего, навестить больного и заключенного, дать одежду нищему и приютить странника. Однако ни один из этих «хосписов» не предназначался для ухода за умирающими. Люди могли оставаться там, пока им нужна была помощь. Многие, таким образом, оставались там до смерти (Гамли В., Бик М., Чупятова В., 1996).

«Когда-то странноприимный дом был создан монахами для пилигримов, бредущих в Святую Землю, хоспис и может быть таким местом» (А.В.Гнездилов, 1995). Таким образом, в Европе зародилось движение Хосписов, которое очень быстро охватило практически все развитые страны.

«Хоспис» в переводе с английского — дом для странников. В средние века при монастырях строились такие дома для заболевших пилигримов, державших путь в святую землю. Первый Российский хоспис был открыт в Санкт-Петербурге в 1990 году. Это произошло благодаря инициативе Виктора Зорза, бывшего журналиста, единственная дочь которого умерла от рака в одном из английских хосписов в середине 70-х годов. На него произвело большое впечатление высокое качество ухода в хосписе за умирающей дочерью, и он задался целью сам создать подобные центры, которые были бы доступны всем россиянам. Зорза пропагандировал идею хосписов в России в своих интервью по телевидению и ра-

дио, в обучающих программах для врачей и медицинских сестер. В России эти идеи нашли отражение; хосписы были созданы в 8 городах, и этот процесс развивается.

Многие понимают хоспис как медицинское учреждение, куда госпитализируются тяжелые онкологические больные незадолго до смерти. Но надо сказать, что это совсем не так. Хоспис — это определенная философия, это своеобразная идеология жизни и смерти, это сочетание усилий сугубо медицинских с усилиями духовными. Это концепция всемерной помощи, облегчения не только больному, но и его родственникам. Последний фактор играет видную роль в идеологии хосписного движения, где заболевание рассматривается под углом зрения тех страданий, которое оно приносит больному и его ближайшему окружению. Вместе с тем, семья и близкое окружение больного рассматриваются как мощный фактор достижения успеха. Близкие должны знать все о состоянии больного, должны сознательно принимать активное участие в уходе за ним.

Хоспис — это не обычное лечебное учреждение, это образование, которое имеет медико-социальную направленность, в нем необходимо решать социальные, психологические и духовные проблемы больных и их ближайшего окружения.

Богатый зарубежный опыт показывает, что в успешной работе хосписа не обойтись без такого важного компонента как волонтеры. Это большая проблема и, к сожалению, в России она практически не решена.

Хосписное движение послужило толчком к развитию такого направления, как паллиативная медицина. Что мы имеем в виду, когда говорим о паллиативном лечении онкологических больных? В первую очередь, — это система мероприятий, направленная на оказание медицинской помощи онкологическому больному в запущенной стадии заболевания. Радикальные методы воздействия на опухоль уже невозможны, и в такой ситуации на первый план выходит ряд мероприятий, включающих в себя уход за больным, психологическое и психотерапевтическое воздействие, борьба с хроническим болевым синдромом при условии минимального использования наркотических веществ. Медицинские и психологические мероприятия должны сочетаться с решением комплекса духовных и социальных проблем. Именно такой симбиоз мероприятий в большинстве случаев позволяет достичь успеха.

Современный хоспис включает в себя уход за безнадежно больными, заботу о их семьях, подготовку кадров, обучение персонала и проведение научных исследований (Гамли В., Мэган Бик, 1996).

На Руси общественная благотворительность, трансформируясь от нищелюбия к централизованной организации помощи больным и нуждающимся, выработала такие формы общественного призрения как богадельни для старых и увечных (1700 год, Петр I); «гошпитали» были призваны служить призрению старых, убогих и самых престарелых людей обоего пола. Эти учреждения были направлены, прежде всего, на помощь бедным и нищим гражданам.

Социальной помощи в рамках паллиативной медицины и ухода в настоящее время уделяется все больше внимания, которое в полной мере зависит так же от состояния дел в области организации здравоохранения. В последнее время во всем мире и в России распространению паллиативного и хосписного движения способствует появление многих причин экологического, социального, социо-культурного характера (Двойрин В.В., 1997; Дятченко О.Т., 1997; European Code Against Cancer, 1993). Проблема неизлечимости многих онкологических, медицинских, психических больных привела к развитию целой сети учреждений медицинского, социального, культурного профиля, обеспечивающих решение вопросов социальной, медицинской и психологической помощи.

Для проведения идеологии паллиативной помощи создана Европейская Ассоциация Паллиативного ухода (ЕАРС). Это самая большая организация, объединяющая волонтеров, добровольцев, людей доброй воли, усилия которых направлены на разработку подходов к паллиативному лечению, социальной работе, культурным и антропологическим вопросам обреченных больных.

ЕАРС была основана в 1988 году и в короткий период времени стала самой большой ассоциацией в этой области. В ней более 6000 постоянных членов, представляющих многие страны и все направления медицины, вовлеченные в уход за пациентами с прогрессирующими и терминальными формами рака и другими заболеваниями.

Этот быстрый рост Ассоциации является отражением увеличивающегося широко распространенного признания ценности паллиативного ухода в специальном обеспечении служб здоровья.

ЕАРС внесла большой вклад в объединение работы профессионалов в этой области, организуя раз в 2 года конгрессы по этой проблеме. По мнению главного редактора Европейского журнала паллиативного ухода, Джеффри В. Хэнкса, после хронических заболеваний онкологические занимают второе место и являются причиной смертности 25% населения в Западной Европе среди всех возрастов. Рак — первая причина всех смертей в возрасте от 35 до 65 лет. Более того, все больший прирост количества онкологичес-

ких заболеваний является следствием увеличения продолжительности жизни населения в Европе. Европейская Ассоциация против рака была организована главами государств или правительствами на Европейском консилиуме в Милане, в июне 1985 года (Joifrey Hanks, 1994).

### История ЕАРС (Европейской ассоциации паллиативной заботы)

Первый конгресс по паллиативной заботе на европейском уровне проводился в Миланском университете (Италия) 23-25 апреля 1988г.; он явился первым отправным моментом в истории ЕАРС. Благодаря инициативе профессора Витторио Вентафрида (Vittorio Ventafridda) и была основана ЕАРС, в состав которой вошли 42 члена. Это событие произошло 12 декабря 1988 года.

### Цели и задачи ЕАРС

- Содействовать развитию и пропаганде паллиативного ухода в научных, клинических и социальных кругах;
- содействовать выполнению накопленного опыта и знаний в области паллиативного ухода. Проводить обучение тех, кто вовлечен в уход за пациентами с неизлечимыми и прогрессирующими формами болезни;
- проводить становление патронажа на научном и образовательном уровнях, содействовать его распространению и дальнейшему развитию в условиях паллиативного ухода;
- оказывать содействие или спонсорскую помощь за публикации в области паллиативного ухода;
- свести вместе тех, кто обладает научными знаниями и практическими навыками ухода за пациентами с прогрессирующими формами болезни (доктора, медсестры, социальные работники, психологи, волонтеры);
- объединять национальные организации паллиативного ухода и основывать межгосударственные сообщества по обмену опытом и информацией;
- обращать внимание на этические проблемы в паллиативном уходе, касающиеся терминальных больных (Heidi Blumhumber, Franco De Conno, Guillermo Vanegas, 1997).

### Функционирование ЕАРС

ЕАРС находится в постоянном развитии, ее структура изменяется в соответствии с происходящим развитием областей, сопричастных с паллиативным уходом. С 1990 года день за днем про-

водилось управление, осуществляемое Главным Управлением (Head Office), основанным Отделением Реабилитации (Division for Rehabilitation), Отделением болевой терапии (Pain Therapy) и Отделением Паллиативного Ухода Государственного Онкологического Института (National Cancer Institute) города Милана (Италия).

Вся деятельность EAPC (организация конгрессов, членства, выпуск печатных изданий — the Newsletter, создание экспертных групп) проводится Главным Управлением. Оно поддерживает связь между Правлением (Board of Directors) и Сообществом EAPC (Networks), публикует официальный журнал — Европейский Журнал Паллиативного Ухода (European Journal of Palliative Care). Старшие помощники (Executive Officers) закрыто сотрудничают с Президентом и Секретариатом EAPC, они и составляют Исполнительный Комитет (Executive Committee) — основное управляющее ядро. Главное Управление проводит встречи Правления (дважды в год) для определения дальнейшего развития, обсуждения проблем и ратифицирования всей работы Главного Управления и Исполнительного Комитета. Генеральная Ассамблея (The General Assembly) созывается каждые 2 года и сопутствует Конгрессу EAPC.

### Сообщество EAPC (Networks)

В конце 1995 года правление решило организовать сообщество для работы в сотрудничестве с Главным Управлением.

### Отдел Образования (Education Network)

С 1996 года Миссис Бернадет Вouters (Mrs Bernadette Wouters) — Вице-Президент EAPC (Брюссель, Бельгия) и доктор Ноеми Де Стоутц (Dr. Noemi De Stoutz) — (St Gallen, Швеция) совместно возглавили Отдел Образования.

В июне 1997 года семь членов отдела образования, представлявшие 7 стран, встретились в Брюсселе для определения целей и задач, обсуждения процесса функционирования отдела на несколько лет вперед. Цели и задачи отдела на 2 года были установлены Комиссией (Steering Committee) и утверждены членами Отдела Образования на Лондонском Конгрессе. Это были:

- определение минимальных потребностей образования в области паллиативного ухода для медицинских сестер и врачей;
- определение набора специальных навыков необходимых для преподавания курсов по паллиативному уходу.

Результаты всей деятельности Национального отдела образования представлены и обсуждены на 6-м Конгрессе ЕАРС в Женеве в 1999 году.

### Исследовательский Отдел (Research Network)

Принимая во внимание успех и позитивное влияние трех экспертных групп (Expert Working Groups), организованных доктором Франко Де Конно (Dr. Franco de Conno), утвержденных Правлением в декабре 1995 года, поступило предложение об основании Исследовательского Отдела.

Отдел вынес решение, что было бы непродуманным шагом — организовать строгое общенациональное обучение. Прежде всего, отдел должен использовать значительные ресурсы информации и знаний между специалистами паллиативного ухода разных стран и организовать экспертные рабочие группы по различным проблемам. Результаты работы этих групп будут собираться и публиковаться. Общества паллиативного ухода, хосписы, частные лица, работающие в области паллиативного ухода могут вступить в исследовательский отдел. Информацию об этом можно получить через Главное Управление.

### Членство в ЕАРС (membership)

Члены ЕАРС делятся на 2 категории:

- Индивидуальное членство (Individual Members);
- Ассоциации и коллективное членство (Associations and Collective Members).

### *История развития членства в ЕАРС*

ЕАРС была основана 42-мя членами, представляющими 9 Европейских стран. В первые годы своего существования ЕАРС предлагала только индивидуальное членство. Быстрое развитие движения паллиативного ухода, рост национальных ассоциаций в Европейских странах привели к изменению структуры ЕАРС. Появилась возможность коллективного участия в работе ЕАРС. В 1992 году ЕАРС приняла первые три ассоциации в Коллективные члены Ассоциации (СМAs). В сентябре 1997 года ЕАРС представляла всего 8.793 члена, из которых 8.312 были членами СМAs и 481 — индивидуальные члены. В декабре 1996 года организация представляла собой преимущественно Европейские страны — 29 стран (8.341 член), (Heidi Blumhuber, Franco De Conno and Guillermo Vanegas, 1997).



## Конгрессы ЕАРС

Рост и развитие ЕАРС начался с организации Европейских конгрессов, проходящих 1 раз в 2 года. В Конгрессах принимает участие от 500 до 1800 человек из разных стран мира.

### *1 Конгресс ЕАРС — Париж, 1990 год.*

Основной целью конгресса было выработать лучший способ освещения в печати информации об ЕАРС и паллиативном уходе. Участие таких лиц, как Президент Франции, министр здравоохранения и социального обслуживания, директор Союза паллиативного ухода и проблем рака при ВОЗ придало социальную значимость ЕАРС на Европейском уровне.

На Конгрессе присутствовало 1630 участников из 23 стран и около 50 журналистов. Группа участников состояла из: 815 медицинских сестер (50%), 414 врачей (27%), 105 волонтеров, 59 психологов, 36 социальных работников.

Объединенный Комитет (Joint Chairs) представляли профессор Маурис Абивен (Maurice Abiven) и доктор Мишель Саламан (Dr. Michele Salamaque) — Франция. Председателем Научного Отдела был профессор Джофрей Ханкс (Professor Goeffrey Hanks) — Великобритания.

### *2-й Конгресс — Брюссель, 1992 год*

Второй Конгресс проходил в Брюсселе (Бельгия), в октябре 1992 года. Основной целью было предложение более детальной разработки специальной образовательной программы, стимулирование и поддержка всех специалистов из разных сфер, соприкасающихся с областью паллиативного ухода.

Открывал Конгресс профессор Джерси Эйнхорн (Jerzy Einhorn), председатель Отделения Паллиативного ухода программы «Европа против рака». Завершающая лекция была представлена Баронессой Сесилией Сондерс, основательницей современного движения паллиативного ухода.

Пять основных тем, представленных Научным Отделом, были раскрыты на 2-х пленарных секциях, включавших 7 семинаров и 5 круглых столов.

В конгрессе приняло участие 1300 человек из 27 стран. Швецию, Канаду, Норвегию, Португалию представляли медицинские сестры. Из других стран присутствовали, в основном, врачи. Количество участников разделилось следующим образом: 38% — врачи, 37% — медицинские сестры, 5% — психологи, 3% — социальные работники и 3% — волонтеры.

Председателями организационного Комитета были: профессор Кристиан Деккерс (Christian Deckers) и Бернадет Воитерс

(Bernadet Wouters) — Бельгия. Председателем Научного Отдела являлся профессор Джеффри Хэнкс (Professor Geoffrey Hanks) — Великобритания.

*3-й Конгресс — Берген, 1994 год*

Место проведения Конгресса было выбрано в Норвегии, в июне 1994 года. Паллиативный уход всегда занимал должное место в системе здравоохранения Скандинавских стран.

Вследствие того, что в 1994 году сложилась трудная экономическая ситуация из-за высокого уровня цен, количество участников Конгресса было небольшим по сравнению с двумя предыдущими Конгрессами. В этот раз принимали участие 501 человек из 21 Европейской и 6 других стран.

Председателем Организационного Комитета был доктор Тор Якоб Мо (Dr. Tor Jacob Moe) — Норвегия; Председателем научного Отдела являлся профессор Чарльз-Генри Рапин (Professor Charles-Henri Rapin) — Швеция.

*4-й Конгресс — Барселона, 1995 год.*

Конгресс проходил в Испании, в декабре 1995 года. Это был первый случай, когда Конгресс совпал с временем проведения Конгресса Национальной Ассоциации (SECPAL).

Важным моментом было участие в церемонии закрытия Президента Каталонии Жорди Пуджола (Jordi Pujol) и Министра здравоохранения Каталонии — Ксавьера Трайса (Xavier Trias), проводившего пленарную лекцию в течении работы Конгресса.

Основными темами были: особенности паллиативного ухода за онкологическими больными, особенности ухода в области гериатрии, педиатрии, уход за больными СПИДом. «Барселонская Декларация», включившая в себя задачи необходимости осуществления паллиативного ухода, была разослана во все Министерства Здравоохранения стран-участников Конгресса.

Председателями организационного комитета были Доктор Жорди Рока И Казас (Dr Jotdi Roca i Casas) и Доктор Ксавьер Гомез-Батист (Dr Xavier Gomes-Batiste) — Испания. Председателем научного отдела был Доктор Франко Де Конно (Dr. Franco De Conno) — Италия.

*5-й Конгресс — Лондон, 1997 год*

Пятый Конгресс был организован при помощи коллективных членов ЕАРС — Ассоциации Паллиативной Медицины Великобритании и Ирландии (Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland) и Фондом Марии Кюри (Marie Curie Foundation). Конгресс проходил в Лондоне, в сентябре 1997 года. Научный Отдел представлял Франсис Шелдон (Frances Sheldon).

Председателем Организационного Комитета была Доктор Анн Найсмит (Dr Anne Naysmith).

*6-й Конгресс — Женева, 1999 год*

Шестой Конгресс проведен совместно со Швейцарским Обществом Паллиативной Медицины и Ухода (Swiss Society for Palliative Medicine and Care).

*7-й конгресс проходил на Сицилии, в Палермо в 2001 году.*

### Работа NCHSPCS

(National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services)

NCHSPCS был основан в 1991 году, в качестве координационного центра, объединяющего хосписное движение Англии, Уэльса и Северной Ирландии. Этот совет отражает интересы хосписного движения и отстаивает их в работе с Государственным Комитетом Здравоохранения (National Health Service), правительством, государственными деятелями. Совет финансируется крупной коммерческой компанией — British Gas.

Что представляет из себя совет? В его состав входят:

1. Благотворительные организации:

- Макмиллан — Фонд помощи больным раком (Cancer Relief Macmillan Fund);
- Помощь Хосписам (Help the Hospices);
- Раковый центр Марии Кюри (Marie Curie Cancer Care);
- Фонд пожертвований Сью Райдер (Sue Ryder).

2. Профессиональные организации:

- Ассоциация руководителей хосписов (Assotiation of Hospice Administrators);
- Ассоциация социальных работников хосписов (Assotiation of Hospice Social Workers );
- Ассоциация Паллиативной Медицины Великобритании и Ирландии (Association for Palliative Medicine of Great Britain and Ireland);
- NHS Хосписы и Команды (NHS Hospices and Teams);
- RNC Форум управляющих мед.сестринским персоналом хосписов (RNC Hospice Nurse Managers' Forum);
- RNC Форум медицинских сестер паллиативной сферы (RNC Palliative Nursing Forum);
- Форум Главных врачей хосписов (Forum of Hospice Chairmen).

Почетным Президентом NCHSPCS является Госпожа Сесиль Сондерз, Председателем NCHSPCS — Мистер Норман Блекер (Mr. Norman Blacker).

## Работа Совета (NCHSPCS)

Основная цель Совета — совместить практическую деятельность с утвержденными целями паллиативного ухода. Для этого проводятся встречи членов NCHSPCS, где и вырабатываются рабочими группами (Working Parties) основные планы работы, отражающие обширную область вопросов, которыми занимается Совет.

Рабочие группы Совета рассматривают следующие вопросы:

- образование специалистов паллиативного ухода;
- образование в паллиативном уходе;
- уход в больницах;
- будущее паллиативного ухода;
- этические вопросы;
- паллиативный уход за пациентами с умственными расстройствами и другими болезнями (Jean Gaffin, Executive Director EJofPC, 1996, 3(3));
- психо-социальный уход в области паллиативного обслуживания;
- будущее паллиативного ухода;
- этические вопросы.

## Российско-Британская Ассоциация хосписов

Ассоциация существует в России с 1990 года. Задачей Ассоциации является содействие развитию хосписов в России и помощь коллегам в достижении того, чтобы медицинские работники прошли подготовку по оказанию паллиативной помощи.

Основал Ассоциацию журналист из Великобритании Виктор Зорза. Подробно изучив Британскую систему, предпринял попытку создания такой системы в России.

Мировой опыт развития паллиативной медицины и паллиативного ухода, его анализ, всесторонняя оценка позволили ВОЗ сформулировать основные принципы, при которых это направление может успешно развиваться. Это известный «треугольник ВОЗ». В основании его лежит очень важная проблема, без решения которой вся система работать не будет, и это, в первую очередь, касается России. Эта проблема — политическое обеспечение. При наличии такой базы внимания к социальным проблемам можно строить систему паллиативного лечения. Но есть и еще две стороны, отсутствие которых не позволит развивать систему паллиативного лечения и ухода. Первая — это наличие образовательных программ и надежных способов подготовки персонала на всех

уровнях по принципу «от волонтера до врача», и вторая — это доступность лекарственных средств. Рассматривая эти принципы и вдумываясь в их содержание, можно только восхищаться простотой и точностью, с которой они изложены. Трудно не согласиться — «все гениальное — просто».

В России ведется работа в области образования и организации паллиативной медицины и ухода, однако, существует целый ряд причин, затрудняющих их развитие (Чиссов В.И., 1995; Новиков Г.А., 1995; Гнездилов А.В., 1997).

Разные регионы и города предлагают свои модели учреждений паллиативной помощи по всей России.

Около Санкт-Петербурга (г.Лахта) в 1990 году был основан первый современного типа хоспис в России (Венди Д. Джонс, 1996). Сегодня в северной столице России можно выделить 4 модели организации паллиативной помощи онкологическим больным. В Ярославле создана неправительственная некоммерческая организация — центр «Хоспис» (Агамов А.Г., Луппов В.И. и др., 1997). В г.Уфе созданы Республиканский центр паллиативной помощи, городской Центр паллиативной помощи «Хоспис» (Шагарова С.В., 1997). Первое в России онкологическое отделение паллиативного лечения (ООПЛ), организованное в больнице общетерапевтического профиля г. Москвы. (Новиков Г.А., 1997). В Астрахани на базе 2-й Городской больницы в течении трех лет постепенно развивается служба хосписа (Епископ Иона, 1997).

Грамотная, профессиональная паллиативная помощь непременно включает в себя организацию мероприятий не только медицинского, но и социально-психологического характера, так как эти вопросы являются актуальными в системе функционирующих стратегий паллиативного лечения и паллиативного ухода. Социальная работа является одной из самых важных составляющих паллиативного ухода. В городе Мегионе Ханты-Мансийского автономного округа Тюменской области организован хоспис в рамках городского управления социальной защиты населения на правах отдела (Рыбникова Т.Н. и др., 1997).

Роль и место социального работника должны быть определены в структуре каждой отдельной больницы, хосписа, центра паллиативного обслуживания.

В России подразделения паллиативной медицины являются учреждениями нового типа, они достаточно молоды, идет процесс становления сферы паллиативного ухода и разработки принципов работы этих учреждений. Комитет здравоохранения г.Москвы выработал основные задачи социального работника в паллиативном уходе:

- установление и поддержка связи с трудовыми коллективами, где раньше работал больной;
- содействие в формировании необходимых документов (оформление инвалидности и т.д.);
- помощь в социально-психологической адаптации;
- реабилитационная помощь;
- различного вида услуги больным и их родственникам (организация питания, закупка продуктов, стирка, кормление, чтение книг, переписка с родственниками, друзьями и т.д. (Плавунцов Н.Ф., 1997).

Необходимость активного развития паллиативного лечения и хосписа в России имеет свои особенности и диктуется рядом факторов, среди которых можно выявить следующие определяющие предпосылки:

- высокая онкологическая заболеваемость;
- высокий удельный вес поздних (запущенных) форм рака;
- отсутствие условий для достойного содержания этого контингента больных в лечебных учреждениях;
- отсутствие идеологии хосписа и паллиативной медицины;
- политические и финансовые трудности;
- недостатки в обеспечении лекарствами;
- отсутствие обученных специалистов.

Первыми учреждениями паллиативного обслуживания стали: центры паллиативной медицины и реабилитации, кабинеты противоболевой терапии для онкологических больных, центры паллиативной помощи, входящие в состав онкологических диспансеров, отделения паллиативного профиля при больницах, поликлиниках, социальных службах и многие другие формы. Эти модели организации паллиативной помощи начали свою работу прежде всего с медицинской помощи, организации мероприятий по купированию болевых синдромов онкологического генеза; во многих случаях дело на этом останавливается. Несомненно, проблема купирования болевого синдрома очень важна; без нее практически невозможно решать ряд социо-культурных, духовных вопросов. Однако, паллиативный уход и хосписный подход подразумевают гораздо более обширную заботу о людях, страдающих неизлечимыми заболеваниями.

#### **I.1.4. К ВОПРОСУ ОБ ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ ХОСПИСОВ ДЛЯ ДЕТЕЙ, НЕИЗЛЕЧИМО БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Для эффективной паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям, недостаточно той эпизодической помощи отдельных лиц, которая, безусловно, им всегда оказывалась. Необходимо создать организационную структуру, в задачи которой обязательно должна входить не только определенная работа с теми, кто так или иначе контактирует с такими семьями, но и работа с обществом в целом. Поскольку такая работа ведется за рубежом уже на протяжении последних 20-30 лет, целесообразно познакомиться с этим опытом.

Во всем мире последние несколько десятилетий на фоне развития в современном обществе гуманистических идей возрос интерес к проблемам умирающих больных. Это привело к развитию новой отрасли медицины, задачей которой является облегчение страдания больного тогда, когда его невозможно вылечить, и к возникновению хосписного движения во многих странах мира. Эти тенденции были отражены в «Лиссабонской декларации», принятой в 1981г. Всемирной Медицинской Ассоциацией. Она представляет международный свод прав пациента, среди которых выделено право человека на смерть с достоинством. В России свод прав пациентов впервые сформулирован только в 1993г. (в Основах законодательства РФ об охране здоровья граждан), но в него, к сожалению, не вошло это «право человека на смерть с достоинством».

Во многих странах вопрос об организации помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям решают хосписы. Идея хосписа состоит в том, чтобы, взяв на себя заботу о физических, эмоциональных и духовных потребностях больного, дать ему безусловную, т.е. не оговоренную никакими условиями, эмоционально окрашенную поддержку. Хоспис — сравнительно новое понятие в отечественной системе помощи онкологическим больным.

Английское слово «хоспис» означает странноприимный дом. Еще во времена Крестовых походов существовали такие монастырские дома для заболевших пилигримов, шедших на поклонение в Святую Землю. Хосписы в современном понятии появились в 60-70-ых годах в Англии как организации помощи ветеранам и

инвалидам Второй мировой войны. Баронесса Сесилия Сандерс начала это движение, открыв в 1967г. в Лондоне Хоспис Святого Христофора (St.Christopher's Hospice). Сесилия Сандерс была социальным работником и медицинской сестрой. Это объединение ухода и социальной поддержки стало определяющим в современных хосписах при всем разнообразии системы организации и доступного объема оказываемой помощи. Первый Хоспис в США был организован в 1974г. в городе Нью Хевен, штате Коннектикут (New Haven, Connecticut).

Первый в мире специализированный хоспис для детей был создан также в Англии; называется Дом Елены (Helena House). Он был создан монахиней, дружившей с семьей девочки по имени Helena, которая была излечена от опухоли мозга. Но в результате повреждений центральной нервной системы, вызванных онкологическим заболеванием и его лечением, она осталась инвалидом и нуждалась в постоянном уходе. Монахиня время от времени брала девочку к себе, позволяя родителям немного отдохнуть и сделать домашние дела. Этот опыт показал, что возможно организовать эффективную помощь семьям, в которых растут тяжело больные дети, и что эти семьи очень нуждаются в подобного рода помощи. Таким образом, под патронажем англиканской церкви был создан первый детский хоспис.

Большинство современных хосписов для детей не связаны с религиозными институтами, и их сотрудники специально подчеркивают то, что помощь, которую они оказывают, не зависит от вероисповедания, расы и национальности, социального происхождения, материального положения семьи. Последующее развитие хосписного движения во многих странах привело к выделению хосписов для онкологических больных.

Хоспис для детей, умирающих от злокачественных новообразований, — не единственная возможность организовать им помощь. В разных странах работают и другие схемы организации помощи детям, неизлечимо больным злокачественными новообразованиями. Например, заботу о больном ребенке продолжают врачи, лечившие его в стационаре, которые навещают его дома, даже если семья ребенка проживает достаточно далеко от клиники. Такая модель реализуется в Швеции, в некоторых клиниках США (например, в одном из крупнейших онкологических центров США — Memorial Sloan-Kettering Cancer Center в Нью-Йорке). Но за такой формой организации помощи не стоит та структура, которая позволяет сотрудникам хосписов оказывать больному ребенку и его семье комплексную помощь, в том числе и в период после смерти ребенка настолько долго, насколько семье это будет необ-



ходимо. В тех условиях, когда существуют несколько типов организаций, помогающих людям в трудной жизненной ситуации, такую заботу о семье могут принять на себя другие структуры.

Под хосписами в настоящее время понимаются организации самой разной структуры. Это может быть здание, где сконцентрирована вся помощь больным и семьям, специализированное отделение в многопрофильной больнице или программа организации такой помощи на дому. Современный хоспис создается для ухода за безнадежными больными, организации заботы об их семьях, для чего осуществляется и подготовка кадров, обучение персонала и проведение научных исследований. По утверждению Международной Организации Детских Хосписов (Children Hospice International) — современный хоспис это, в первую очередь, философия ухода и организация помощи, а не здание, в котором этот уход осуществляется.

В США, например, система организации хосписов чрезвычайно многообразна. Они различаются по объему обеспечиваемой помощи, структуре и организации, в том числе по источникам финансирования. В зависимости от системы финансирования (медицинское страхование, государственная финансовая поддержка, поддержка разных общественных организаций, в первую очередь — Американского ракового общества — и т.д.), существует почти десяток различных организационных форм хосписов. Но по оказываемой помощи они принципиально не различаются.

Первые хосписы в Англии, такие как хоспис Святого Христофора и детский хоспис «Дом Елены» — негосударственные организации. Они совершенно независимы и отделены от больниц. Помощь больным их сотрудники и волонтеры оказывают в условиях специально отстроенных и оборудованных зданий. Наряду с этим, Английское Национальное Общество Помощи Больным Раком создает хосписы на территории больниц, где сотрудники и пациенты хосписа могут пользоваться всем, чем располагают клиники.

До настоящего времени в Великобритании хосписы для детей это обычно отдельно стоящие в пригороде, в спокойном, красивом месте здания, хорошо оборудованные. Правила организации работы таких хосписов предусматривают помощь детям, которым не суждено дожить до взрослого возраста. Каждая семья может провести в этом доме некоторый фиксированный период времени, например, по 2 недели в году. Помощь заключается в организации отдыха для больного ребенка и его близких. Имеется и специальная система поддержки на период умирания, открытая для любой семьи. Наряду с этим, детские хосписы часть помощи подопечным семьям организуют и на дому, поскольку семьи могут нуждаться в

разном объеме помощи, определяемом тяжестью заболевания и продолжительностью жизни ребенка. Характерно, что дети с онкологическими заболеваниями почти не могут пользоваться помощью, организованной таким образом. Это связано с тем, что после признания состояния ребенка, как инкурабельного, и прекращения противоопухолевого лечения, такие дети живут, как правило, очень недолго. Очевидно, что дети с онкологическими заболеваниями из-за того, что их тяжелые проблемы в большинстве случаев катастрофически развиваются в очень сжатые сроки, по существу, не могут пользоваться помощью, организованной описанным образом. Фактически, основная помощь им оказывается именно на дому. Наряду с хосписами в специальном здании, последние тенденции организации детских хосписов в Англии — принятие американской модели.

В США самый распространенный тип организации помощи детям с онкологическими заболеваниями — «хоспис на дому». Помощь обеспечивается в домашних условиях; ребенка и семью посещают медицинская сестра, социальный работник (Материалы организации Children Hospice International). При необходимости ребенка госпитализируют в клинику.

Например, детский хоспис в г.Норфолке штата Виржиния (Norfolk, Virginia) организует помощь всем семьям этого небольшого города, в которых есть дети с тяжелыми заболеваниями. Это и дети с сублетальными наследственными и врожденными заболеваниями, и дети с пороками сердца, астмой, с онкологическими заболеваниями, в том числе излеченные. Только дети с ВИЧ-инфекцией не входят в эту группу; им помогает специальная организация. Основная форма оказания помощи в таких условиях — помощь на дому. Если ребенку из-за тяжести его состояния или по социальным показаниям необходимо стационарное обслуживание, его госпитализируют в больницу.

Различно организованные хосписы возникали на протяжении нескольких лет независимо друг от друга в разных регионах США. Этому способствовала деятельность Елизабет Кублер-Росс (Elisabet Kubler-Ross). Она занималась помощью умирающим больным, изучением психических процессов, сопровождающих умирание, подготовкой социальных работников к работе с умирающими больными. Также развитию движения по созданию хосписов в США способствовала статья В.Зорзе в Вашингтон Пост (Washington Post), где английский журналист рассказал о Хосписе в Великобритании (Оксфорд), где его дочь Джейн умирала от меланомы. (Он же в начале 90-х годов привез в Россию идею создания Хосписов для онкологических больных.) Через несколько лет

представители различных хосписов собрались и создали Национальную Организацию Хосписов США, которая и в настоящее время ведет огромную работу по обеспечению помощи умирающим больным.

Для стандартизации работы различных хосписных программ в ноябре 1981 года руководство Национальной Организации Хосписов США приняло специальный перечень принципов и стандартов, положенных в основу работы хосписов. Для того, чтобы сотрудники хосписа имели основания рассчитывать на финансовую поддержку государственных и коммерческих структур, работа хосписа должна соответствовать этим стандартам. На их основе в 1993 году Международной Организацией Детских Хосписов («Children Hospice International») были сформулированы «Стандарты Хосписного Попечительства над детьми». Каждый раздел этого документа представлен основным Правилom, описывающим фундаментальную ценность или характеризующим порядок оказания помощи. После этого следуют Стандарты, которые описывают то, что практически применяется в деятельности хосписа. Указанные стандарты полностью приведены в приложении к данной лекции.

Таким образом сформулированный документ представляет собой план создания детского хосписа и организации его работы.

Возникновение хосписов в России также связано с деятельностью английского журналиста Виктора Зорза, который в начале 90-х годов сумел пробить бюрократические стены и помог организовать первый в России хоспис в С.-Петербурге (г.Лахта). Виктор вместе с женой — Розмари — написали книгу «История Джейн Зорза». Она имеет два подзаголовка: «Путь к смерти» и «Жить до конца». Книга была переведена на русский язык и издана в издательстве «Прогресс» в 1990 г. В.Зорза привез в Россию не только книгу, но и огромное желание способствовать развитию хосписного движения. Таково было его обещание, данное дочери Джейн перед ее смертью.

Хоспис на дому для детей с онкологическими заболеваниями был организован в Москве по инициативе заведующей отделением амбулаторной диагностики и лечения НИИ Детской онкологии и гематологии РОНЦ РАМН Е.И.Моисеенко в октябре 1993г. как одно из направлений работы Детской секции Московского общества помощи онкологическим больным. Затем была создана Автономная некоммерческая организация «Первый хоспис для детей с онкологическими заболеваниями».

Принимая во внимание опыт разных патронажных служб за рубежом, мы пришли к выводу, что в условиях крупного россий-

ского города есть принципиальная возможность организовать помощь на месте проживания детям на терминальной стадии онкологического заболевания. Для практической организации такой помощи была проведена методологическая работа, включающая организационную разработку, специальную деятельность по подготовке профессионалов и волонтеров, организацию различных форм поддержки семьи и умирающего ребенка, работу, направленную на то, чтобы люди, не имеющие непосредственного отношения к судьбам умирающих детей, поддерживали такие новые для нашей страны задачи, как целенаправленная помощь умирающим детям, их близким и всем, переживающим тяжелую утрату в связи со смертью ребенка.

Очень важной задачей в условиях Москвы оказалась необходимость работы и с профессиональным сообществом для принятия им самой идеи организации специальной структуры, обеспечивающей паллиативную помощь детям. Такое положение является повторением истории развития детских хосписов, например, в США, где на ранней стадии развития хосписного движения некоторые из хосписов открыто и, по их собственному определению — вызывающе, обслуживали детей, часто встречая сопротивление со стороны служб, обеспечивающих педиатрическую помощь. Понадобилась многолетняя работа, чтобы преодолеть такое недоверие. С нашей точки зрения, это сопротивление закономерно и связано с тем, что организация патронажной службы вне клиники, т.е. на дому, затрагивает интересы многих людей, обычно не сталкивающихся с проблемами умирающих детей и их близких.

Одной из важнейших задач хосписа является поддержание семей после смерти больного ребенка. Следовательно, и после смерти болевшего его семья продолжает оставаться в поле зрения специалистов до тех пор, пока в этом есть необходимость. Организация помощи близким после смерти ребенка требует специального обсуждения комплекса проблем, связанных со страхом смерти, страхом потери ребенка, и закономерностей процесса переживания горя и утраты.

Одним из важнейших вопросов организации комплексной паллиативной помощи неизлечимо больному ребенку и его близким является вопрос отношения к самой проблеме смерти. В нашей стране эта тема многие десятилетия была табуирована, лишь последние несколько лет ее стали активно обсуждать.

Международный и отечественный опыт свидетельствует о том, что отношение к формам реализации паллиативной помощи в разных странах различно. Эти различия связаны с основной структурой организации здравоохранения, размерами страны,

удаленностью и доступностью для семьи клиники и частными параметрами, специфическими для различных мест. Но основные задачи, которые решают подобные службы, и основные требования, определяющие их работу, являются общими. В Приложении к этой лекции мы приводим в качестве примера «Стандарты Хосписного Попечительства над Детьми», принятые Международной организацией детских хосписов в 1993 году. Эти правила и стандарты основаны на том, что под словом «хоспис» понимается, в первую очередь, идеология, философия помощи, определяющая работу организации, а не конкретная организационно-правовая структура или здание, или отделение больницы и т.д. Хотя эти правила и стандарты соответствуют условиям США, они могут быть использованы как ориентиры при организации аналогичной помощи в условиях России. Только накопив собственный опыт в различных регионах России, с учетом исторически сложившихся этических норм взаимоотношений в системе здравоохранения и новых тенденций в этой сфере, собрав, проанализировав и обобщив опыт многих организаций, возможно будет сформулировать отечественные Стандарты Хосписного Попечительства над Детьми.

## *Приложение*

### **ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА И СТАНДАРТЫ**

**I. Подход к опеке.** Дети с угрожающими жизни заболеваниями и их семьи имеют особые потребности. Хосписное обслуживание детей и их семей предполагает поэтапный облегчающий и поддерживающий уход любому ребенку с угрожающим жизни заболеванием в любой соответствующей обстановке.

1. Помощь хосписа детям и их семьям организуется в обстановке, которую они предпочитают, и/или которая отвечает их needs.
2. Команда хосписа всегда готова обеспечить продолжительный уход за ребенком и поддержку семье в домашних условиях или в лечебном учреждении.
3. При составлении планов по уходу учитывается прогноз, нужды ребенка и его семьи, их пожелания в отношении хосписного обслуживания. Кроме того, учитываются критерии избирательной доступности для детей и их семей опеки хосписа. Прием под опеку хосписа не ограничивает ребенка и его семью в выборе между продолжением лечения или отказа от него.

4. Информация о том, кто имеет право на опеку хосписа, как эти услуги могут быть оплачены и возмещены, предоставляются общественности с указанием источников этой информации.

## **II. Единицей опеки хосписа является семья больного ребенка.**

Работа команды хосписа фокусируется на семье с целью повышения качества жизни умирающего ребенка. «Ребенок — и — семья» принимаются как единица ухода. Это позволяет насколько возможно и желательно и семье, и самому ребенку принимать участие в составлении плана ухода и выборе лечения.

1. Объектом попечительства являются ребенок и семья. Опека хосписа фокусируется на семье. Под семьей понимаются родители, родственники и/или другие значимые для семьи люди, способные обеспечить физическую, психологическую, социальную и/или духовную поддержку ребенку.
2. Для программы хосписа важна уникальная персональная ценность и вера каждого из детей и семей. Сотрудники и волонтеры хосписа относятся с уважением и, по возможности, поддерживают достоинство и пожелания каждого ребенка и его семьи.
3. В хосписе собираются материалы, относящиеся к передовым методам лечения и альтернативным возможностям выбора помощи и опеки, и поощряется участие детей и других членов семьи в обсуждении решений, касающихся опеки хосписа, включая непрерывность помощи хосписа в любое время.
4. Программа хосписа обеспечивает опеку, предполагающую продолжение роста и развития каждого ребенка и конкретную семейную ситуацию. Интересы и нужды ребенка не ограничиваются только сферой, связанной с болезнью и нетрудоспособностью. Все потребности выясняются, ведется поиск способов решения связанных с ними задач.
5. Команда хосписа старается помочь каждому ребенку и семье наслаждаться жизнью насколько это доступно в конкретной ситуации и способствует тому, чтобы они в меру возможности продолжали вести привычный образ жизни, играя привычную роль и выполняя обычные действия. Все это особенно помогает ребенку жить нормальной жизнью.

## **III. Работа хосписа регламентируется установленными процедурами.**

Хоспис, как организация, предлагает помощь, которая подотчетна опекаемому ребенку и семье.

1. Программа хосписа обеспечивает и гарантирует подотчетность своей деятельности детям и их семьям, и всему обще-

ству, которому она служит, устанавливая для этого точные, необходимые и достаточные процедуры.

2. Хоспис, как организация, всегда действует в соответствии с местными законами, законами штата и федеральными законами и правилами, которые регламентируют соответствующие программы обслуживания, опеки, и попечительства.
3. Сотрудники хосписа предоставляют ясную и доступную процедуру предъявления претензий, поясняя членам семьи, как подавать жалобы или предложения по организации службы и ухода, не подвергая опасности организацию.

**IV. Помощь оказывается междисциплинарной командой.** У серьезно больных детей с угрожающим жизни заболеванием и/или на терминальной стадии болезни, а также у членов их семей могут быть самые разные проблемы, решение которых требует совместных усилий и сотрудничества профессионалов разных специальностей и волонтеров, работающих вместе как междисциплинарная команда квалифицированных профессионалов.

1. Хоспис, как организация, представляет помощь больному ребенку и его семье, используя возможности основной междисциплинарной команды, которая может включать и семью, и/или других значимых для семьи людей, педиатра, медицинскую сестру, социального работника, духовника, волонтеров.
2. Представители других дисциплин (физиотерапевт, терапевт, логопед, консультант по питанию, специалист по арт-терапии) по мере необходимости подключаются к команде. В команду также могут входить психологи, педагоги, специалисты по отдыху и развлечениям, ассистенты по уходу и другие специалисты или сотрудники специальных служб.
3. Основная команда хосписа регулярно встречается и разрабатывает объединенный план действий по уходу, необходимый для помощи каждому ребенку и его семье.
4. Профессионалы, являющиеся сотрудниками Хосписа, получают необходимую узкую квалификацию, участвуя в тренингах и накапливая опыт. Они должны иметь соответствующие лицензии. Каждому сотруднику хосписа предоставляется возможность полной ориентировки, тренинга и продолжительного обучения.
5. В Хосписе необходима активная добровольческая программа. Все волонтеры тщательно отбираются и по мере участия в работе находятся под наблюдением сотрудников Хосписа. Их работа оценивается не реже одного раза в год.

6. Весь персонал Хосписа получает образовательную, психологическую и эмоциональную поддержку в соответствии со специальными нуждами и пожеланиями каждого.
7. Основные сотрудники междисциплинарной команды хосписа встречаются 2 раза в месяц. Если есть необходимость пересмотреть и дополнить планы по уходу, то — чаще.

**V. Непрерывность опеки.** Хоспис — это система, объединяющая домашний и стационарный уход. Хоспис предоставляет совместимость разных этапов и непрерывность ухода на всех стадиях, начиная с первого приема и вплоть до конца — момента утраты.

1. Службы хосписа всегда (7 дней в неделю, 24 часа в сутки) в распоряжении детей и их семей в лечебных учреждениях и дома.
2. Когда офис закрыт, соответствующие сотрудники в распоряжении детей и их семей по вызову.
3. Чтобы адресно и как можно раньше организовать помощь, хоспис должен быть оснащен информационной системой, гарантирующей конфиденциальность, которая разными членами команды может быть использована для получения дополнительной информации о каждом ребенке и состоянии/положении его семьи.
4. Ребенку и членам его семьи должна быть обеспечена своевременная и всесторонняя оценка физических, психологических, эмоциональных, духовных и финансовых потребностей.
5. Команда хосписа совместно с семьей разрабатывает (и письменно оформляет) междисциплинарный интегрированный план помощи каждому ребенку и всем членам семьи. В плане отражаются уникальные и индивидуальные потребности ребенка и других членов семьи, включая оценку актуальных и потенциальных проблем, необходимые изменения характера и уровня помощи.
6. Команда хосписа при разработке и выполнении плана по уходу документирует и учитывает переживания, потребности и пожелания ребенка и семьи. Этот документ пополняется по мере изменения состояния ребенка и семьи.
7. Сотрудники хосписа продолжают ведение соответствующих предшествующих документов и клинических записей. Клиническая документация включает подробную запись о выполненном медицинском/хосписном лечении. Конфиденциальность документации хосписа должна быть гарантирована.



**VI. Контроль боли и других симптомов.** Дети должны быть, насколько это возможно, освобождены от симптомов проявления болезни, в том числе должна быть достигнута наибольшая степень обезболивания.

1. Обезболевание достигается всеми доступными безопасными способами.
2. Облегчающая терапия обсуждается вместе с детьми и их близкими, что дает возможность использовать наиболее эффективные и адекватные способы контроля (предупреждения и своевременного купирования) симптомов заболевания, в первую очередь, боли.
3. При организации помощи должным образом обсуждаются и используются также и альтернативные способы контроля всех симптомов, включая боль.

**VII. Программа Утраты.** Семья, потерявшая ребенка, продолжает нуждаться в поддерживающей профессиональной помощи.

1. В Хосписе работает структурированная активная программа «Утрата». Поддержка после смерти ребенка предоставляется всем членам семьи и/или значимым для семьи лицам. Особое внимание необходимо уделять детям, которые не в состоянии разъяснить свои переживания.
2. Уровень и тип помощи определяется теми, кому эта помощь должна быть оказана (членами семьи и соответствующими членами команды).
3. Обслуживание в связи с утратой возможно предоставить в течении 13 месяцев, следующих после смерти ребенка, если возможно и необходимо, оно может быть продлено и на второй год.

**VIII. Контроль и возможности совершенствования.** Руководство хосписа должно контролировать и обеспечивать должное распределение средств и эффективность службы.

1. Хоспису, как организации, необходима долговременная программа по контролю качества работы и ее улучшению. Эта программа включает критерии для определения выполнения основных функций хосписа и эффективности работы всех его служб.
2. Долговременная программа по контролю качества работы и ее улучшению — это руководство к действию. Она должна регулярно проверяться с подведением итогов и оценкой результатов, которые необходимо докладывать соответствующим лицам и/или комитетам.
3. Эта программа обеспечивает письменную оценку для всех получателей помощи с тем, чтобы документировать их удо-

влетворенность или неудовлетворенность работой различных служб хосписа. Письменный план описывает также доступную для всех потребителей форму того, как информация об оценке будет использована для улучшения работы служб.

### *Литература:*

1. Гамли М., Бик В., Чунятова В. Принципы и философия хосписов и паллиативной медицины.//М. — 1994. — 35с.
2. Гнездилов А.В. Проблемы хосписной службы в России.// Умирание и смерть: философия, психология, хоспис. — Ин-т философии РАН. — Ин-т Человека РАН. — Российское благотворительное общество «Хоспис». — М. — 1994. — сс.104-109.
3. Горчакова А.Г. Организация детского хосписа в республике Беларусь.//Социальные и психологические проблемы детской онкологии. — Материалы Всероссийской конференции с международным участием. — Москва. — 4-6 июня 1997. — М. — 1997. — сс.164-166.
4. Зорза В., Зорза Р. Джейн Зорза. Путь к смерти или Жизнь до конца.//М. — Изд-во «Прогресс». — 1990.
5. Иванюшкин А.Я. Скажи смерти «Да» (Л.Н.Толстой и современное движение помощи умирающим).//Умирание и смерть: философия, психология, хоспис. — Ин-т философии РАН. — Ин-т Человека РАН. — Российское благотворительное общество «Хоспис». — М. — 1994. — сс.112-128.
6. Тищенко П.Д. Хоспис и права человека.//Умирание и смерть: философия, психология, хоспис. — Ин-т философии РАН. — Ин-т Человека РАН. — Российское благотворительное общество «Хоспис». — М. — 1994. — сс.128-131.
7. Kubler-Ross E. On death and dying.//New-York. — McMillan Publ. — 1969. — 85p.
8. Kubler-Ross E. A Letter to a child with cancer from Elisabeth Kubler-Ross.//Elisabeth Kubler-Ross Center. — USA. — 1981. — 16p.

## **1.1.5. ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА**

### **(историческое введение)**

Тема отношения врача к умирающему больному, естественно, проходит через всю историю медицины. В то же время отечественные руководства, учебники истории медицины эту тему почти совсем не затрагивают, потому что они отражают развитие ме-

дицины в основном как прогресс медицинской науки и в меньшей степени как историю здравоохранения, т.е. одновременно и историю социальных институтов медицинского дела.

Начиная с Гиппократов, и вплоть до современной эпохи хосписов, история отношения врачей к умирающим больным имеет внутреннюю логику. В книге Гиппократов «Об искусстве» (15), в частности, говорится о цели медицины: «Она совершенно освобождает больных от болезней, притупляя силу болезней, но к тем, которые уже побеждены болезнью, она не протягивает своей руки. Обоснование последнего положения сводится к следующим сообщениям:

1. бывают болезни, которые «сильнее самых сильных средств»;
2. терапевтические возможности медицины в принципе ограничены («если кто будет думать, что искусство властно в том, что не есть искусство... тот обнаруживает незнание»);
3. в таких случаях сама надежда на излечение беспочвенна («если с человеком стряется такое зло, которое превосходит средства медицины, то даже и надеяться не должно, что это зло можно победить медицинским искусством»);
4. так мыслящие врачи являются истинными врачами («людьми, действительно опытными в искусстве»), а прочие — врачами «только по имени», невеждами;
5. обвиняющие медицину за то, что «врачи, дескать, не хотят подавать руки помощи тем, которые совершенно покорены болезнью», не просто невежды, но близки к безумию;
6. подход, когда медицина «не простирает своих рук к тем больным, которых нельзя исправить», справедлив, а само медицинское искусство невиновно (6).

В последней фразе и заключен подлинный смысл этих полемически заостренных, логически изощренных аргументов. В самом деле: неизлечимых больных лечить бессмысленно, потому что вылечить их невозможно. А ведь выйти из этого порочного логического круга очень просто: вылечить таких больных невозможно, но помочь им врач все равно обязан, и это — его профессиональный долг. Однако автор книги «Об искусстве» озабочен совсем другим: работа с неизлечимыми, запущенными больными может подорвать репутацию врача, медицины в целом. Конечно, такая позиция противоречит гуманистическому духу этики Гиппократов. В таком виде профессиональная этика врача вырождается в «корпоративную этику», теряющую связь с подлинно нравственными ценностями. Главное же заключается в том, что такая «этика» господствовала в среде врачей не только в Древней Греции, но и мно-

го позже, а в остаточном виде она присутствует в психологии (часто — на подсознательном уровне) немалой части современных врачей и медсестер (15).

Хотя специалисты по древнегреческой медицине считают, что автором книги «Об искусстве» не является Гиппократ (15), мы, отметив это обстоятельство, как бы пренебрегаем им, т.к. в течение столетий она (книга) входила в «Корпус Гиппократа», и ее влияние на историю медицины было, конечно, связано с именем Гиппократа.

Мы полагаем, что врачебный обычай — по возможности исключать из своей практики проблемы умирающих больных — господствовал до Нового времени, поэтому в зачаточном виде помощь умирающим была делом монастырей, где и возникли в средние века первые хосписы. В таких приютах, богадельнях паломники, возвращавшиеся из крестовых походов крестоносцы находили кров, причем многие из них — последнее прибежище.

Поворот медицины, скажем так — «лицом к умирающему больному» — проницательно предсказал на рубеже эпохи Возрождения и Нового времени английский философ Френсис Бэкон, который, между прочим, первым употребил слово «эвтаназия». Обсуждая в своем труде «О достоинстве и приумножении наук» в 1605г. цели медицины, Ф. Бэкон подробно останавливается на проблеме отношения к неизлечимым больным:

1. у врачей многие болезни считаются неизлечимыми;
2. исходя из этого, врачи подчас несправедливо обрекают на смерть множество больных, однако, к счастью немалая часть их выздоравливает независимо от врачей;
3. «само утверждение, что эти болезни неизлечимы, как бы санкционирует и безразличие, и халатность, спасая невежество от позора»;
4. необходимо специальное направление научной медицины по эффективному оказанию помощи неизлечимым, умирающим больным («Если бы они («врачи» — авт.) хотели быть верными своему долгу и чувству гуманности, они должны были бы и увеличить свои познания в медицине, и приложить (в то же время) все старания к тому, чтобы облегчить уход из жизни тому, в ком еще не угасло дыхание... Эта дисциплина должна получить развитие»; «Я абсолютно не сомневаюсь в необходимости создать какую-то книгу о лечении болезней, считающихся неизлечимыми, для того, чтобы она побудила и призвала выдающихся и благородных врачей отдать свои силы этому труду, насколько это допустимо для природы»);

5. профессиональным долгом врачей по отношению к таким больным является эвтаназия, понимаемая, исключительно как облегчение мук умирания: «И я хотел бы пойти здесь немного дальше: я совершенно убежден, что долг врача состоит не только в том, чтобы восстанавливать здоровье, но и в том, чтобы облегчить страдания и мучения, причиняемые болезнями, и это не только тогда, когда такое облегчение боли, как опасного симптома болезни может привести к выздоровлению, но даже и в том случае, когда уже нет совершенно никакой надежды на спасение и можно лишь сделать самую смерть более легкой и спокойной, потому что эта эвтаназия... уже сама по себе является немалым счастьем» (5).

Много позже, даже в XVIII в., многие врачи еще придерживались обычая не пользоваться безнадежных больных. Один из самых известных врачей первой трети XIX в. (а также редактор главного медицинского журнала Германии того времени) Х. Гуфеланд осуждал в 1806г. врачей, относящихся с презрением к умирающим больным, и призывал не покидать последних до самой смерти, чтобы, по крайней мере, облегчать их страдания. После кончины в 1813г. другого знаменитого немецкого врача И. Рейля были опубликованы его работы об эвтаназии, где автор настаивал, что долгом врача является облегчение смерти каждого умирающего больного (28).

В течение XIX в. призыв Ф. Бэкона к врачам об обязательности помощи умирающим стал этической нормой, что можно подтвердить цитатой из книги, вышедшей на рубеже XIX-XX вв.: «Теперь рассмотрим вопрос, что врач должен делать для облегчения больному мучений, связанных со смертью, что ему позволено предпринять для достижения так называемой эвтаназии, т.е. приятного умирания» (18). Немецкий врач А. Молль, слова которого мы только что привели, понимал эвтаназию, как и Ф. Бэкон.

Необходимо подчеркнуть, что обсуждение моральных проблем отношения врачей к умирающим приобрело на рубеже XVIII-XIX вв. вполне современный вид не случайно. Дело в том, что как раз в XVIII в. расширилось понимание предмета медицины; в него стали включать важнейшие социальные вопросы: организация борьбы с эпидемиями; санитарный надзор за продуктами питания; общественная и профессиональная гигиена. Особое внимание врачи стали обращать на охрану здоровья женщин, детей, бедных, инвалидов (слепых, глухонемых, душевнобольных). Тем самым присущая издавна врачебному сознанию идея филантропии

(если говорить языком Гиппократ), т.е. гуманности (говоря современным языком), включила в себя новые аспекты.

Современная история хосписов тесно связана с историей сестринского дела. В 1879г. Мэри Эйкенхед, основательница ордена сестер милосердия, открыла в Дублине (Ирландия) приют деви Марии, главной задачей которого была забота об умирающих. В те годы в крупных городах Европы было множество бедняков, обитающих на улицах и здесь же умирающих. Это и побудило М. Эйкенхед открыть заведение для умирающих, которое она назвала хосписом (как назывались богадельни, приюты в средние века). В 1905г. ирландские сестры милосердия открыли аналогичный приют Св. Иосифа в Лондоне, куда принимались в основном умирающие. После второй мировой войны именно в приюте Св. Иосифа основательница хосписов современного типа Сесилия Сандерс стала первым штатным доктором (25, 43).

В 1952г. основательница католического ордена сестер милосердия мать Тереза открыла в Калькутте, по соседству с храмом индуистской богини Кали (покровительницы города), первый дом для умирающих «Нирмал Хридай» (в переводе с хинди — «чистое сердце»). Несколькими годами раньше мать Тереза окончила годичные курсы медсестер, однако, медицинская сторона помощи умирающим была здесь отнюдь не ведущей. К сожалению, С.Сандерс в своем кратком изложении предыстории современных хосписов не упоминает убежище для умирающих «Нирмал Хридай» в Калькутте. Существенным моментом является то, что это учреждение возникло в стране «третьего мира». В те годы Индия лидировала как поставщик человеческих скелетов для медицинских школ в западные страны, изготавливаемых из «невостребованных» трупов (средняя цена одного экспоната была 100 долларов). Мать Тереза и ее помощники подбирали на улицах Калькутты несчастнейших из несчастных стариков, калек, прокаженных. Некоторых даже удавалось спасти, но для большинства это означало более достойную смерть, включая соответствующий человеческому достоинству «последний путь» (2).

Прежде чем во второй половине XX в. началось современное хосписное движение, проблема отношения медиков к умирающим на протяжении предшествующих двух третей столетия обсуждалась, в основном, как проблема эвтаназии. Еще в 70-е гг. XIX в. в США имела место дискуссия об эвтаназии (это понятие здесь уже трактуется как милосердное убийство неизлечимо больных), которая сразу же обнаружила непримиримость позиций ее сторонников и противников. Сначала, в 1872г. появилась статья Williams S.D. «Эвтаназия» (автор — сторонник эвтаназии), затем в

1873г. в его поддержку статья Tollemache L.A. «Новое в ведении инкурабельных больных». В ответ на эти две публикации в журнале «Наблюдатель» публикуется резкая критика этой позиции, на что Tollemache L.A. ответил письмом в редакцию данного журнала. Подчеркнем, что уже здесь дискуссия об эвтаназии вышла за пределы профессиональной медицинской среды.

В 1935г. в Англии было создано первое в мире «Общество добровольной эвтаназии», в 1938г. аналогичное «общество за право умереть» возникло в США. Основной целью сторонников движения за эвтаназию была пропаганда идеи права взрослого дееспособного человека, страдающего неизлечимым заболеванием, испытывающего чрезмерные страдания и выражающего желание умереть, на безболезненную милосердную смерть. До настоящего времени ни в Великобритании, ни в США легализации активной добровольной эвтаназии не произошло, однако такая легализация произошла в Голландии (27).

Определяющее влияние на судьбу идеи эвтаназии в 40-50-е года (а в некотором смысле — и по сей день) оказала соответствующая медицинская практика в нацистской Германии. В 1935г. здесь вышла книга врача Клингера «Милость или смерть» (Darfst oder Tod), в которой обосновывалась концепция «жизни, не стоящей того, чтобы жить». В 1939-1941 гг. в нацистской Германии осуществляется практика эвтаназии — прежде всего в отношении душевнобольных, но так же дряхлых стариков, детей с неизлечимыми уродствами. Во-первых, необходимо подчеркнуть здесь роль германской медицинской науки (в особенности, медицинской генетики и психиатрии), представители которой обосновали, а затем прямо санкционировали такую медицинскую практику. Во-вторых, сама эта практика проводилась в отношении немцев, и даже подчеркивалось, что она применима «только для немцев» (подтекст, здесь таков: только они достойны такой гуманности). В-третьих, речь здесь идет не просто о недобровольной эвтаназии, но о насильственной (одно дело, когда это — некомпетентный в силу возраста или психического статуса пациент, и решение за него принимает его законный представитель, и другое, когда решение об эвтаназии принимали исключительно административные органы). Отсутствие добровольного согласия в нацистской практике эвтаназии подчеркивается немаловажным обстоятельством морального порядка — некоторых пациентов прямо обманывали, говоря им, что они должны принять душ, после чего помещали в специальную камеру, где «из душевых рожков» поступал потом отравленный газ. В-четвертых, врачебная экспертиза, лежавшая в основе отбора пациентов, уже почти целиком была лишена при-

знаков индивидуального подхода к пациенту, т.к. решение принималось в бюрократическом порядке — всего лишь на основании документов. В-пятых, по поводу использовавшихся в нацистской практике активной, насильственной эвтаназии средств (отравляющие газы, яды, которые вводились парентерально) возникает вопрос, насколько причиненная таким образом боль смерть была безболезненной. Во всяком случае, менее чем в течение 2 лет эвтаназии было подвергнуто порядка 270 тыс. пациентов (13,16,19).

Эти исторические данные приводятся по книге проф. А.П. Зильбера «Трактат об эйтаназии» (11). Это энциклопедический труд в плане собранных в нем исторических сведений, касающихся проблемы эвтаназии. В дальнейшем мы еще неоднократно будем пользоваться этим уникальным источником.

В 1950г. Генеральная ассамблея здравоохранения рекомендует всем государствам «осудить практику эвтаназии при любых обстоятельствах» (Цит. по: 11, с. 356).

Запретительное решение ВОЗ в отношении эвтаназии совпало с историческим моментом зарождения хосписного движения, формирования философских, теоретических и этических основ современной паллиативной медицины. Несколькими годами раньше, а именно в 1947г. Сесилия Сондерс (будучи в то время дипломированной медсестрой, а также социальным работником), пытаясь помочь оказать психосоциальную поддержку умиравшему от рака пациенту по имени Дэвид Тасма, на первом этапе терпит неудачу, т.к. не может установить с ним коммуникацию. Когда она решается сказать пациенту правду о прогнозе его заболевания, между ними налаживается диалог, и пациент был ей благодарен за оказанную в конце концов психосоциальную поддержку. В знак своей благодарности он просил оставшиеся у него деньги (500 фунтов стерлингов) использовать для организации службы помощи умирающим больным. Этот социальный, интеллектуальный и духовный опыт имел решающее значение в жизни и карьере С.Сондерс; она проводит систематические исследования в области лечения хронической боли, а в 1967г. организует в пригороде Лондона в приюте Св. Христофора первый в мире хоспис современного типа.

Вся вторая половина XX в. характеризуется возрастанием внимания к проблеме умирания и смерти — как специалистов-медиков, так и ученых, работающих в гуманитарных науках. В 1955г. американский протестантский теолог Дж. Флетчер в своей книге «Мораль и медицина», в частности, заявил: «Контроль над смертью, как и контроль над рождаемостью — основы человеческого



достоинства» (Цит. по: 11, с. 350). В 1958г. профессор права в Лондоне Г. Уильямс издает книгу «Священность человеческой жизни и уголовное законодательство» (11). В 1959г. в Нью-Йорке выходит коллективная работа под редакцией Г. Фейфеля «Смысл смерти» (40). Исключительное внимание погребальным обычаям уделяется в вышедшей в 1963г. книге Дж. Митфорда «Американский образ смерти» (42). В 1967г. в монографии психиатра Хинтона «Умирание» рассматриваются психологические аспекты проблемы умирающего больного (11). В 1967г. в Нью-Йорке организован Фонд танатологии, который ставит целью оказание помощи терминальным больным через объединение усилий различных специалистов, т.е. делая акцент на междисциплинарной природе проблем умирающего человека.

В 1969г. выходит книга Элизабет Кюблер-Росс (бывшей в начале сельским врачом, а впоследствии ставшей психиатром) «О смерти и умирании», оказавшей наибольшее влияние на всю современную паллиативную медицину, о чем более подробный разговор ниже (на русский язык книга впервые переведена в 2001г.) [37]. Великая будущая судьба этой книги в определенном смысле просматривалась в самом начале — в США и Англии она разошлась неслыханным тиражом в более чем миллион экземпляров. В 1969г. под редакцией священника А. Даунинга вышла книга «Эвтаназия и право умереть: доводы в пользу добровольной эвтаназии» (книга была переиздана в 1970 и 1971 гг.) [11].

В коллективном труде под редакцией О. Брима «Умиравший пациент» (1970г.) в библиографии указано 340 работ на английском языке, вышедших после 1955г. и посвященных проблемам умирания (46). В 1973г. в Нью-Йорке под редакцией Р. Уильямса вышла книга «Жить и умереть: когда, почему и как» (11). В 1976г. один из крупнейших представителей американской биоэтики Роберт Витч издает книгу «Смерть, умирание и биоэтическая революция», где, в частности, анализируется этическая тактика (при ведении терминальных больных) отказа от экстраординарного лечения (47). В 1978г. книга Р. Витча в США переиздана, и в этом же году под редакцией О. Залера вышла книга «Ребенок и смерть» (11). В 1978г. специалист в области медицинской психологии Ч. Гарфильд выпустил книгу «Психосоциальная поддержка умирающего больного» (41).

Поток зарубежной литературы, посвященной конкретным проблемам паллиативной медицины, в этот период постоянно нарастает, о чем можно судить по списку научных публикаций из 122 названий в Докладе экспертов ВОЗ «Обезболивание при раке и паллиативное лечение», изданном в Женеве в 1990г., а на русский

язык переведенном в 1992г. (почти вся литература относится к 80-м годам XX в.) [20].

Особого внимания заслуживает вышедшая в 1977г. во Франции книга историка и культуролога Филиппа Арьеса «Человек перед лицом смерти» (русский перевод в 1992г.). Ф. Арьес — представитель школы исторической антропологии, рассматривает изменение отношения человека к смерти на протяжении огромного исторического периода от раннего средневековья до современной эпохи (оканчивающейся в исследовании началом последней четверти XX в.). Целью его исследования является эволюция ментальности человека западноевропейской культуры. Приведем определение понятия ментальности из отечественной Новой философской энциклопедии (2001): «Ментальность (менталитет) (от лат. *mens* — ум, мышление, образ мыслей, душевный склад) — глубокий уровень коллективного и индивидуального сознания, включающий и бессознательное; относительно устойчивая совокупность установок и предрасположенностей индивида или социальной группы воспринимать мир определенным образом» (Т.2, с.525). Не останавливаясь на первых четырех из выделенных автором пяти исторических стадий (этапов) отношения человека к смерти, скажем хотя бы несколько слов о последней стадии «Смерть перевернутая». Этот этап характеризуется медиализацией социальной жизни в целом и отношения к смерти в особенности. В середине 70х годов Ф. Арьес обращает свой проницательный взгляд на факты и тенденции, которые в настоящее время находятся в центре внимания специалистов современной паллиативной медицины; все чаще умирание и смерть происходят в больницах, где методы оказания медицинской помощи нередко превращаются в средства отчуждения (затягивания умирания, а не продления жизни, казенной изоляции умирающего человека в стенах больницы в тот важнейший период его жизни, когда ему лучше быть в окружении родных и близких и т.д.); от умирающего всячески скрывают правду как медики, так и близкие, все общество (у нас, правда, здесь возникает некоторое возражение — ведь «святая ложь» в медицине появилась еще во времена Гиппократы, а не после второй мировой войны) и т.д. (1).

Как считают некоторые исследователи, влияние книги Ф. Арьеса объясняет поворот многих ученых к теме смерти в исследовании истории культуры. В 1983г. французский историк Мишель Вовен опубликовал еще более объемную монографию «Смерть и Запад с 1300 года до наших дней». (10).

Можно сказать, что какая-то традиция отечественной литературы по проблемам умирающих больных начинает складываться

только в 80-е гг., но основной массив этой литературы относится к 90-м гг. XX в. В предшествующие десятилетия эта тема очень скупо освещалась — прежде всего в онкологической литературе. Особенно показательна в целом замечательная работа одного из основоположников отечественной онкологии Н.Н. Петрова «Вопросы хирургической деонтологии» (впервые вышла в 1944г., последнее 5-е издание — в 1956г.). В работе имеется специальный раздел «Неизлечимые больные», который в ней, можно сказать, самый бедный. Во-первых, этот раздел в книге занимает едва полторы страницы. Во-вторых, автор верен своей ортодоксальной врачебной позиции «святой лжи». В-третьих, ограниченность ресурсов врачей и медсестер при работе с терминальными больными здесь просто бросается в глаза; дается совет назначать на длительный срок, например, на 3-4 месяца наряду с симптоматическими средствами (применявшимися в то время) различного рода плацебо (кажущаяся рентгенотерапия, т.е. без пропуска электрического тока через трубку и т.д.) [21].

В 80-е годы отечественная литература по проблемам умирающих больных целиком посвящена теме эвтаназии. В 1981г. профессор терапии Дагестанского медицинского института Шамов И.А. публикует в «Казанском медицинском журнале» статью «Об отношении врача к эвтаназии», в которой обосновывает традиционное, резко негативное к ней отношение (30). В этом же 1981г. отечественный юрист Малеин Н.С. в журнале «Советской государственности и право» в статье «О врачебной тайне» подробно излагает взгляд на проблему эвтаназии А.Ф. Кони, который был не просто сторонником добровольной эвтаназии по отношению к терминальным больным, испытывающим чрезмерные страдания, но и сформулировал юридические требования к такой социальной практике (сам Н.С. Малеин согласен с позицией А.Ф. Кони) [17]. В 1984г. Иванюшкин А.Я. и Дубова Е.А. в журнале «Вестник АМН СССР» анализируют проблему активной добровольной эвтаназии как этическую дилемму (имеющую как аргументы «за», так и аргументы «против» нее), сами при этом занимая позицию противников добровольной активной эвтаназии (14). В 1984г. в журнале «Вопросы философии» опубликован обзор Царегородцева Г.И. и Карамзиной Е.В. «Проблема эвтаназии в зарубежной медицинской этике» (29).

К сожалению, опубликованная на русском языке еще в 1982г. статья основоположницы хосписного дела Сесилии Сондерс «Помощь умирающим» в журнале ВОЗ «Здоровье мира» (№11, 1982), в которой автор называет современную паллиативную медицину альтернативой социально опасной идее эвтаназии [25], осталась

почти незамеченной отечественными медиками. О том, что не только специалисты, но и население отождествляли решение проблем умирающих больных с эвтаназией, свидетельствует письмо, которое мы нашли в Архиве Российской Академии медицинских наук. Его авторы — несколько престарелых профессоров ведущих технических вузов г.Москвы. Обращаясь к тогдашнему Президенту АМН СССР (и одновременно директору Всесоюзного онкологического научного центра АМН СССР академику Н.Н. Блохину), авторы письма, упомянув об известной тенденции, согласно которой многие люди их возраста умирают после тяжелой продолжительной болезни, ставят вопрос о легализации в Советском Союзе активной эвтаназии как подлинно гуманном решении проблемы умирающих больных, когда умирание сопряжено с чрезмерными страданиями, и в качестве самого сильного аргумента цитируют всенародно известную песню — «если смерти, то мгновенной».

В 90-е годы тему эвтаназии, конечно, продолжают обсуждать в научных журналах (9,32), при этом хотелось бы выделить социологическое исследование в Москве, проведенное Финским институтом гигиены и Институтом социологии РАН на тему «Профессиональные и семейные роли врачей». Среди множества вопросов, на которые ответили 316 московских врачей, был вопрос об отношении врача к эвтаназии. Более половины респондентов ответили, что никогда не думали о такой теме или вообще не ответили на этот вопрос, что свидетельствует о том, что очень многие врачи 10 лет назад не знали о существовании проблемы эвтаназии (а может быть, и самого термина). В то же время более 40% ответивших (и более 35% всех респондентов), вопреки официально провозглашаемым юридическим и этическим нормам, что эвтаназия в некоторых ситуациях допустима (4).

Хотя аналогичные исследования в последующие годы нам не известны, мы убеждены, что осведомленность отечественных врачей, всех медиков в отношении проблемы эвтаназии значительно выросла — на рубеже 80-90-х гг. наблюдается усиление интереса к этой теме отечественных СМИ. Укажем лишь на некоторые примеры из десятков (а вероятнее всего — сотен) публикаций в газетах, тематических передач на телевидении:

- в №33 за 1989г. «Литературная газета» опубликовала письмо читателя «Право на легкую смерть», на которое редакция получила более 100 откликов;
- в №6 за 1990г. газета «За рубежом» публикует материал нью-йоркской «Тайм» о самом громком с биоэтической и правовой точек зрения «деле» в США — истории находившейся к тому времени в течение 7 лет в стойком вегетатив-

ном состоянии 32-летней Нэнси Крузан (американские высшие судебные власти в конце концов приняли решение о прекращении искусственного питания пациентки, т.е. об отказе от экстраординарного лечения).

Еще большее воздействие на массовое сознание всего населения в нашей стране (и, конечно, медработников) оказали ток-шоу на телевидении, организованные такими журналистами-звездами, как В. Познер и др. Вероятно, первое из таких ток-шоу состоялось тогда, когда В. Листьев пригласил в передачу «Тема» (кажется, в 1991г.) знаменитого детского хирурга и писателя, чл.-корр. РАМН С.Я. Долецкого, который отстаивал позицию сторонников эвтаназии. Потом к этой теме обращались (опять привлекая С.Я. Долецкого) и «Комсомольская правда», и «Медицинская газета». Наконец, журнал «Вопросы философии» организовал в 1992г. «круглый стол», на котором С.Я. Долецкий говорил: что ему известны случаи, когда некоторые отечественные врачи принимали решения (разумеется, нелегально) об эвтаназии; что давно пора формировать определенное отношение общественности к эвтаназии; что в настоящее время вопрос об эвтаназии может обсуждаться как подготовка общественного мнения, а не как что-то реальное (3).

В 1990г. в Петербурге (тогда еще Ленинграде) открылся 1-й в нашей стране хоспис (Лахтинский). Это определило поворот интереса в общественном сознании от темы эвтаназии к теме хосписов, паллиативной медицинской помощи терминальным больным, что и нашло отражение в литературе. В 1990г. вышла в русском переводе книга Р. и В. Зорза «Путь к смерти. Жить до конца», во многом определившая развитие хосписного движения во всем мире (прежде всего — в США), в которой рассказывается об умирании в течение 8 дней в одном из английских хосписов (дело было в 1975г.) 25-летней дочери авторов книги, страдавшей меланомой. Воздействие и влияние книги Р. и В. Зорза определяется не только ее документальным характером, но, прежде всего, изложением здесь философии и этики современной паллиативной медицины (12). Имея в виду важность такой стороны современной паллиативной медицины, как «забота о душе» терминального больного, необходимо обратить внимание на перевод с французского в журнале «Вопросы психологии» (№5, 1990) работы психиатра А.А. Шутценбергер «Тяжелобольной пациент (15-летний опыт применения психодрамы для лечения рака)» (31).

В СМИ публикаций, посвященных паллиативной медицине, становится все больше. Укажем лишь на некоторые — «Помни о смерти» (Комсомольская правда, 12 июня 1991), «Родные лечат любовью» (Медицинский вестник, №13, 1994), «Здесь помогают

умирать» (Московский Комсомолец, 17 мая 1995), «Не торопите смерть. Не тормозите жизнь» (Новая газета, №37, 1997), «Умиравшая проклинала медсестер. А они все гладили ее холодеющие ноги...» (Комсомольская правда, 8 декабря 1998) и т.д. Обзор специальной литературы, опубликованной по проблемам паллиативной медицины в 90-е гг., следует начать с работы Р.Дж. Твайкрасса и Д.Р. Фрамптона «Введение в паллиативное лечение», подготовленной и изданной на русском языке под эгидой Центра сотрудничества ВОЗ по паллиативному лечению в 1992 г. Впервые в отечественной литературе появилось, пусть краткое, изложение наиболее важных вопросов (включая религиозные и этический) современной паллиативной медицины (38). К сожалению, это издание как учебная литература для курсов повышения квалификации при 1-м Московском хосписе, конечно же, было недоступно подавляющей массе отечественных медиков, имеющих дело с терминальными больными. Не меньшее, а может быть и большее, значение имеет перевод и публикация издательством «Медицина» в 1992г. Доклада экспертов ВОЗ «Обезболивание при раке и паллиативное лечение» [20], в котором освещаются не только клинические, этические, но и многообразные социальные аспекты современной паллиативной медицины.

Несмотря на то, что в содержательном плане две следующие переводные публикации почти не уступают двум названным выше, их влияние, во всяком случае на профессионалов, занятых в постепенно складывающихся в нашей стране службах паллиативной медицинской помощи (врачей, медсестер и т.д.), к сожалению, было минимальным. Речь идет о статье Президента «Французского общества паллиативной помощи и поддержки» д-ра М. Abiven «Умереть с достоинством» и материалах «круглого стола» в связи с этой статьей в журнале ВОЗ «Всемирный форум здравоохранения» (39). Вообще, переводимые на русский язык в обязательном порядке еще со времен СССР журналы и доклады ВОЗ на этом начальном этапе формирования в России паллиативной медицины как особого направления медицинской науки и практики давали наиболее содержательный материал, в особенности по проблемам лечения хронической боли у онкобольных (43-45).

Второй работой является официальный доклад Совета по этике и судебным делам Американской медицинской ассоциации «Право умирающего человека на прекращение жизни», опубликованный в журнале «JAMA» за октябрь 1992г. (перевод на русский язык избранных статей из этого самого авторитетного медицинского журнала США). В статье дается сжатое, предельно концентрированное изложение всех прежде всего, этических проблем,

возникающих при оказании медицинской помощи терминальным больным (содержание Доклада оказало заметное влияние на рост профессионального уровня отечественных философов, занимающихся биоэтикой) [22].

Опыт работы российских хосписов нашел отражение прежде всего в научных публикациях организатора и главного врача 1-го в России хосписа профессора А.В. Гнездилова (в статье «Проблемы хосписной службы в России» — 1994 г. (7), в книге «Путь на Голгофу: Очерки работ психотерапевта в онкологической клинике и хосписе» — 1995 г. (8) и др.). В эти же годы был опубликован перевод с английского книги С. Грофа и Дж. Галифакса «Человек перед лицом смерти», предисловие к которой в официальном издании написала Э. Кюблер-Росс, и в которой излагаются результаты программы психоделической терапии умирающих онкобольных (36). Работа вызвала в парамедицинских кругах (среди философов, психологов и т.д.) даже больший интерес, чем в профессиональной медицинской среде.

В 1996 г. начинает выходить отечественный журнал «Паллиативная медицина и реабилитация» (редактор — профессор Г.А. Новиков), что можно считать событием, равнозначным открытию в 1990 г. первого хосписа в России. Во второй половине 90-х годов периодически проводятся научные форумы, на которых обобщается опыт специалистов, работающих в области паллиативной медицины. Прежде всего, следует указать на Первую Всероссийскую конференцию с международным участием «Социальные и психологические проблемы детской онкологии» (1997), II Конгресс с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении» (1998), Международный форум «Онкология на рубеже XX в. Возможности и перспективы» (1999), в материалах которых нашли отражение различные проблемы паллиативной медицинской помощи онкобольным (26,33). Серия российско-французских семинаров по паллиативной медицине на базе Российской детской клинической больницы в 1999-2001 гг. и издание материалов этих семинаров стали заметным вкладом в развитие паллиативной медицины в нашей стране (23,24,34,35).

### *Литература:*

1. *Арбес Ф.* Человек перед лицом смерти.//Пер. с франц. — М. — «Прогресс-Академия». — 1992. — 527с.
2. *Белов Н.В.* Мать Тереза.//Совр.Литератор. — Минск. — 1998. — 237с.

3. Биоэтика: проблемы, трудности и перспективы (Материалы «круглого стола»)./Вопр.филос. — 1992. — №10. — сс.3-28.
4. Быкова С., Юдин Б., Ясная Л. Что думают об эвтаназии врачи./Врач. — 1994. — №4. — сс.48-51.
5. Бэкон Ф./Соч. в 2-х томах. — М. — Мысль. — 1972. — Т.1. — сс.268-269.
6. Гиппократ. Избранные книги./М. — «Сварог». — 1994. — 736с.
7. Гнездилов А.В. Проблемы хосписной службы в России./Обзор психиатрии и мед. психологии им В.М.Бехтерева. — 1994. — №1. — сс.175-179.
8. Гнездилов А.В. Путь на Голгофу. Очерки работы психотерапевта в онкологической клинике и хосписе./С.-Пб. — АОЗТ фирма «КЛИНТ». — 1995. — 136с.
9. Громов А.П. Эвтаназия./Судебно-медицинская экспертиза. — 1992. — №4. — сс.3-4.
10. Гуревич А.Я. Предисловие: Филипп Арьес: смерть как проблема исторической антропологии./Арьес Ф. Человек перед лицом смерти. — Пер. с франц. — М. — «Прогресс-Академия». — 1992. — сс.5-32.
11. Зильбер А.П. Трактат об эйтаназии./Изд-во Петр.ГУ. — Петрозаводск. — 1998. — 464с.
12. Зорза Р. и В. Путь к смерти. Жить до конца./Пер. с англ. — М. — Прогресс. — 1990. — 246с.
13. Иванюшкин А.Я. Профессиональная этика в медицине. Философские очерки./М. — Медицина. — 1990. — сс.191-200.
14. Иванюшкин А.Я., Дубова Е.А. Эвтаназия: проблема, суждения, поиск альтернативы./Вестник АМН СССР. — 1984. — №6. — сс.72-77.
15. Карпов В.П. Об искусстве (Предисловие). — Гиппократ. Избранные книги./М. — «Сварог». — 1994. — сс.127-128.
16. Линдерберг И. Уничтожение больных и немецкая психиатрия./Обозрение психиатрии и мед.психол. им. В.М.Бехтерева. — 1992. — №4. — сс.138-142.
17. Малеин Н.С. О врачебной тайне./Сов.государство и право. — 1981. — №8. — сс.79-86.
18. Мольт А. Врачебная этика. Обязанности врача во всех отраслях его деятельности. Для врачей и публики./С.-Пб. — 1903. — 407с.
19. Мюллер-Хилл Б. Психиатрия при нацизме. Этика психиатрии./Ред. С.Блох и П.Чодофф. — Пер. с англ. — Киев. — Изд-во «Сфера». — 1998. — сс.340-348.
20. Обезболивание при раке и паллиативное лечение. Доклад комитета экспертов ВОЗ./Серия технических докладов. — 804. — Женева. — 1992. — 76с.
21. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии./Изд. 5-е. — Л. — Медгиз. — 1956. — 63с.



22. Право умирающего больного на прекращение жизни.//JAMA. — октябрь, 1992. — сс.47-52.
23. Российско-французская конференция по паллиативной медицине. «Тяжелобольной ребенок: психология, этика, контроль боли, реабилитация».//Москва. — 17-18 мая 2001. — 109с.
24. Российско-французский семинар по психологическим аспектам помощи детям с заболеваниями с возможным летальным исходом.//Российская детская клиническая больница. — Москва. — 28-29 апреля 1999. — 54с.
25. Сондерс С. Помощь умирающим.//Здоровье мира. — 1982. — №11. — сс.16-19.
26. Социальные и психологические проблемы детской онкологии.//Матер. первой Всероссийской конференции с международным участием. — Москва. — 4-6 июня 1997. — 188с.
27. Тищенко П.Д. Эвтаназия: Российская ситуация в свете американского и голландского опыта.//Медицинское право и этика. — №2. — 200. — сс.30-38.
28. Туттке Д. Деонтологические представления в период от Возрождения до Просвещения. История врачебной деонтологии.//Тезисы докладов V симпозиума по истории медицины. — СССР. — ГДР. — Лейпциг. — 1-3 июня 1983г. — М. — 1983.
29. Царегородцев Г.И., Кармазина Е.В. Проблема эвтаназии в зарубежной медицинской этике.//Вопр.филос. — 1984. — №12 — сс.111-120.
30. Шамов И.А. Об отношении врача к эвтаназии.//Казан.мед.ж. — 1981. — №2. — сс.75-77.
31. Шутценбегер А.А. Тяжелобольной пациент (15-тилетний опыт применения психодрамы для лечения рака).//Вопр.психологии. — №5. — 1990. — сс.94-106.
32. Юдин Б.Г. Жить или не жить?//Человек. — 1990. — №2. — сс.36-44.
33. II конгресс с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении.//Москва. — 17-20 июня 1998. — Паллиативная медицина и реабилитация. — 1998. — № 2-3.
34. II Российско-французский семинар по паллиативной медицине. «Боль у детей».//Москва. — 20-21 января 2000. — 72с.
35. 3-й Российско-французский семинар по паллиативной медицине. «Медицинская этика»//Москва. — 25-26 мая 2000. — 56с.
36. Гроф С., Галифакс Дж. Человек перед лицом смерти.//Пер. с англ. — М. — РАН ИНИОН. — 1995.
37. Кюблер-Росс Э. О смерти и умирании.//Пер. с англ. — Киев. — «София». — 2001. — 320с.
38. Твайкросс Р. Дж., Фрамpton Д. Р. Введение в паллиативное лечение.//Центр сотрудничества ВОЗ по паллиативному лечению. — Собелл Пабликейшн. — 1992. — 35с.

39. *Abiven Maurice*. Умереть с достоинством.//Всемирный форум здравоохранения. — 1991. — Т.12. — №4. — сс.3-7.
40. *Feifel H*. The Meaing of Death.//N.-Y. — 1959.
41. *Garfield Ch. A., ed*. Psychosocial care of the dying patient.//N.-Y. — e.a. — McGraw. — Hill. — 1978.
42. *Mitford J*. The American Way of Death.//N.-Y. — 1963.
43. *Poletti R*. Специальный уход за умирающими.//Всемирный форум здравоохранения. — 1984. — Т.8. — №1. — сс.28-32.
44. *Stjrnsward J., Osorio P*. Облегчить страдания больных раком.//Здоровье мира. — 1985. — №6. — сс.23-25.
45. *Swerdlow M., Stjrnsward J*. Облегчить страдания больных раком — неотложная задача.//Всемирный форум здравоохранения. — 1983. — Т.3. — №3. — сс.80-85.
46. *The Dying Patient*.//N.-Y. — 1970.
47. *Veatch R.M*. Death, dying and the biological revolution.//New Haven and London. — 1978.

## **I.2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ФОРМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ. ПРАВОВЫЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ**

### **I.2.1. МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ И УХОДА НА ПРИМЕРЕ УЛЬЯНОВСКОГО РЕГИОНА РОССИИ**

Существует много проблем в организации служб паллиативной медицины и ухода. Хосписное движение в Европе развивается благодаря активному участию общественных сил и организаций неправительственного направления. По определению ВОЗ: паллиативная (симптоматическая) медицина — это «активный целостный уход за пациентами, чьи болезни не поддаются излечению. Первостепенную важность имеют контроль за болью и другими симптомами, а также помощь при психологических, социальных и духовных проблемах» (Плавунов Н.Ф., Милионщикова В.В., 1997). В разряд болезней, которые сегодня не поддаются лечению попадает большое количество заболеваний (СПИД, онкологические заболевания, туберкулез, заболевания сердечно — сосудистой системы и др.). В России в рамках паллиативной помощи первостепенное внимание уделяется онкологическим больным, вероятно, происходит это потому, что их поддержка происходит в основном дома, клиники обеспечивают лишь помощь в радикальных методах лечения (операции, химиотерапия). О проблемах хосписов в России достаточно объективно говорится в книге «Путь на Голгофу» А.В. Гнездилова (1995):

1. особенность Российских хосписов — две трети больных умирают в стационаре;

2. нехватка лекарств;
3. проблема персонала паллиативной службы и др.

Становление в России служб паллиативной медицины и ухода привело к появлению различных форм и методов помощи неизлечимым больным. Это всевозможные кабинеты противоболевой терапии (КПБТ), Центры паллиативной помощи, хосписы, выездные службы и т.д. В каждом конкретном случае проблема организации службы паллиативной медицины и ухода решается в зависимости от возможностей каждого отдельно взятого региона.

Существуют различные мнения по оказанию этого рода помощи; вариант оказания паллиативной помощи в рамках хосписа требует значительных капиталовложений, привлечения к работе значительного числа добровольцев, родственников больных, священнослужителей. Предлагаются и другие формы оказания паллиативной помощи, например разработки Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А.Герцена (Новиков Г.А., 1996), представленные на рисунке.

**Модель структуры организации помощи  
инкурабельным онкологическим больным в регионах РФ**



Паллиативное лечение сегодня — это одно из новых направлений клинической медицины, которое получает в последнее десятилетие все более активное развитие. Вместе с тем ситуация сложилась так, что, когда мы говорим о паллиативном лечении, многие понимают под этим понятием хоспис и все, что с ним связано. В настоящее время это не совсем так, хотя хоспис, как форма организации и реализации программ паллиативного лечения и ухода, несомненно занимает значительное место в системе как таковой. Хосписы с их особым гуманистическим подходом к жизни и смерти зачастую определяют философию обслуживания лучше, чем специальные службы и организации, т.к. современный хоспис означает не место, здание или заведение. Это концепция, имеющая идеологические основы и специфические подходы. Эта система реализует целый ряд услуг, основанных на холистической философии жизни и смерти, это сочетание усилий сугубо медицинских с усилиями духовными и социальными. Это концепция всемерной помощи, облегчения не только больному, но и его родственникам. Последний фактор играет видную роль в идеологии хосписного движения, где заболевание рассматривается под углом зрения тех страданий, которые оно приносит больному и его ближайшему окружению. Вместе с тем семья и близкое окружение больного рассматриваются как мощный фактор достижения успеха. Близкие должны знать все о состоянии больного, должны сознательно принимать активное участие в уходе за ним (Гамли В., Бик М., 1996).

Хосписы, являясь специфическими заведениями паллиативной медицины и ухода, берут на себя очень большие обязанности. Для их осуществления необходима сконцентрированная работа во всех направлениях деятельности (медицинском, социально-психологическом и др.). Координировать работу внутри хосписа и налаживать контакты с сотрудничающими организациями, волонтерами; организовывать благотворительную поддержку, связь с представителями религиозных конфессий, научно-методологическую работу хосписа — все это является огромным полем деятельности, заниматься которым необходимо, на наш взгляд, специалисту по социальной работе.

Хосписное движение послужило толчком к развитию такого направления как паллиативная медицина. Что мы имеем в виду, когда говорим о паллиативном лечении онкологических больных? В первую очередь, это система мероприятий, направленная на оказание медицинской помощи онкологическому больному в запущенной стадии заболевания. Радикальные методы воздействия на опухоль уже невозможны, и в такой ситуации на первый план

выходит ряд мероприятий, включающих в себя уход за больным, психологическое и психотерапевтическое воздействие, борьбу с хроническим болевым синдромом при условии минимального использования наркотических веществ. Именно такой комплекс мероприятий в большинстве случаев позволяет достичь успеха.

Современный этап развития паллиативной медицины, паллиативного ухода, лечения характеризуется взаимным проникновением философской науки, медицинских исследований, формированием новых социокультурных направлений ухода за больными.

Во многих регионах мира ученые и практики паллиативной медицины, социальные работники, представители религиозных конфессий вырабатывают единую стратегию паллиативного ухода. Появляются неправительственные организации, получившие название национальных ассоциаций паллиативного лечения.

Паллиативная медицина (Palliative medicine) — это соответствующее медицинское обслуживание пациентов с активной, прогрессирующей или неизлечимой формой болезни. Целью паллиативной медицины является достижение наилучшего качества жизни для больных и их семей.

Паллиативный уход (Palliative Care) — это активный уход за пациентами и их семьями, оказываемый высокопрофессиональными специалистами в том случае, когда болезнь пациента не поддается больше лечению. Паллиативный уход утверждает жизнь и рассматривает умирание как нормальный естественный процесс. Паллиативный уход не ускоряет и не оттягивает смерть, он обеспечивает систему поддержки семье во время болезни их близких и в период скорби.

National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services (1995) предлагает определенную оценку качества жизни больного, в которую включены следующие параметры:

- физическое состояние (включая кажущиеся симптомы, боли);
- функциональное состояние (активность, возможность самообслуживания);
- эмоциональное благополучие;
- психологическое равновесие;
- социальная востребованность;
- интерес к занятиям;
- духовность;
- интерес к поддержанию приятной внешности (сексуальность);
- удовлетворение от лечения;

- финансовый интерес;
- планы на будущее (надежды);
- семейное благополучие (эмоциональное).

Мы начали свои исследования по организации паллиативного лечения, разработке медико-психологических и психо-социальных основ этого нового направления клинической медицины в 1991 году. Работа начиналась в очень трудные для нашей страны времена, когда сами идеи паллиативного лечения встречали достаточно активное сопротивление, и нередко можно было услышать мнение о том, что радикальное лечение — просто медицинская помощь тем, кто в ней нуждается, и кому она может помочь, становится все большей проблемой, а тут умирающие. Вместе с тем, мы все же начали разработку этой программы, и в основе ее было создание идеологического фундамента.

### **Исторические аспекты развития хосписа и паллиативного лечения в Ульяновском регионе России**

*1991 — 1994*

- Создание в Ульяновске инициативной группы;
- Работа по внедрению в сознание медицинской общественности, руководства региона понятия о необходимости создания в регионе хосписа и системы паллиативного лечения больных раком;
- Контакты с коллегами в Европе: хосписом Св. Христофора, Европейской ассоциацией паллиативного лечения (членство в этой ассоциации), консультации с Всемирной организацией здравоохранения, разработка партнерской программы «Хелспром (Лондон) — Ульяновск»;
- Разработка идеологии развития хосписа и паллиативного лечения в Ульяновском регионе;
- Разработка образовательных программ по принципу «от волонтера до врача», проведение англо-российских обучающих семинаров в Ульяновске.

*1994 — 1996*

- Реализация планов развития хосписа и паллиативного лечения в регионе в рамках рекомендаций ВОЗ, создание первых хосписов в Ульяновске и Димитровграде;
- Создание областной программы паллиативной помощи онкологическим больным и реализация основных ее положений;

- Создание в Ульяновске неправительственной организации «Фонда ассоциации паллиативного лечения Ульяновской области»;
- Разработка и реализация четырех моделей развития паллиативного лечения в Ульяновском регионе;
- Развитие обучающих технологий, обучение специалистов в российских и зарубежных центрах.

*1997 — 2002*

- Развитие движения в соответствии с планом до 2002 года. Активное сотрудничество с российским и международным движением за развитие паллиативного лечения и хосписа;
- Развитие материально-технической базы паллиативного лечения, внедрение современных обучающих технологий, создание системы психологической и социальной реабилитации больных и персонала.

Развитие и совершенствование паллиативного лечения в регионе потребовало разработки долгосрочных программ и генерального направления в этой работе.

#### **Основные направления развития хосписа и паллиативного лечения в Ульяновском регионе России**

- Создание благоприятного политического климата, привлечение к работе верхних эшелонов власти;
- Мобилизация общественности, поиск инвесторов, волонтеров, привлечение к работе средств массовой информации;
- Развитие и активизация деятельности Ульяновского регионального фонда ассоциации паллиативного лечения;
- Создание материально-технической базы хосписов, системы их оснащения и финансирования;
- Разработка программ обучения уходу и паллиативному лечению по многоуровневому принципу — от волонтера до врача;
- Научные исследования в области паллиативного лечения онкологических больных.

Таким образом, истоки хосписного движения и паллиативной медицины в Ульяновской области имеют свою небольшую, но тем не менее вполне конкретную историю.

План первых двух этапов был выполнен. В Ульяновской области были практически созданы два хосписа: в городах Ульянов-



ске и Димитровграде; для них найдены помещения, кадры и определенное оборудование.

Хоспис Святого Христофора в Англии сделал безвозмездный дар для развития хосписного движения в Ульяновской области. Полученный в 1995 году гуманитарный груз содержит специальные кровати, некоторое количество больничного оборудования, разовый медицинский инвентарий, белье, перевязочные средства, медикаменты и растворы для внутривенных перфузий. Кроме того, груз содержит большую библиотеку по вопросам паллиативного лечения. Ценность последней трудно преувеличить, если учесть, что в нашей стране подобной литературы нет.

Усилиями сотрудников кафедры онкологии медицинского факультета Ульяновского государственного университета были созданы авторские программы «Хоспис и паллиативная медицина» для преподавания студентам четвертого, пятого и шестого курсов лечебного факультета, аналогичные программы созданы для медицинских колледжей.

Контакты с коллегами в Европе показали, что Хосписное движение развивается благодаря активному участию общественных сил и организаций неправительственного направления. В своих контактах они предпочитают иметь дело с партнерами, представляющими неправительственные организации. Учитывая тенденции экономического развития нашей страны и современное состояние дел с финансированием бюджетных организаций, в том числе больниц, а также мировой опыт развития хосписного движения, мы поставили перед собой цель создания в Ульяновской области неправительственной организации, которая занималась бы вопросами хосписного движения и паллиативного движения. С инициативой о создании «Фонда ассоциации паллиативного лечения Ульяновской области» выступили Ульяновский Государственный университет, А/О «Ульяновский автомобильный завод», и Ульяновский филиал «Инкомбанка», именно они явились учредителями «Фонда», который начал активную работу в различных направлениях, основными из которых были проблемы финансирования, обучения, развития сети, научные исследования. Все о чем было сказано выше — лишь начальный этап развития хосписного движения у нас в области. Как мы видим концепцию развития этого движения и его перспективы?

Ответ на этот вопрос предусматривает реализацию ряда мероприятий по нескольким направлениям.

Во-первых, это создание сети Хосписов в области, для чего можно использовать пустующие помещения в лечебных учреждениях. Это — участковые больницы, здания инфекционных отделе-

ний и т.д. В настоящее время мы подошли к этому вопросу с нетрадиционных позиций. Учитывая положительный опыт работы одного из вариантов развития паллиативного лечения (отделение на базе гериатрического центра), разработана идеология создания межрайонных гериатрических центров, в задачи которых будет входить и программа паллиативного лечения и ухода, аналогичная той, которая осуществляется в хосписе. Кроме того, необходимо организовать помощь на дому, т.е. развитие идеологии выездных бригад. Опыт в этом отношении уже имеется, особенно в городе Димитровграде.

Во-вторых, привлечение широких слоев общественности, развитие движения волонтеров, для решения задач ухода и ряда других проблем хосписного движения.

В третьих, широкое привлечение к этой работе представителей религиозных конфессий.

В четвертых, создание стройной системы обучения, которая включала бы в себя обучение волонтеров, студентов медицинских колледжей и ВУЗов, врачей и медицинских сестер.

В пятых, проведение научной работы в области паллиативного лечения с целью его совершенствования и разработки принципиально новых подходов.

Таковы, коротко, основы идеологии хосписного движения и проблемы развития паллиативного лечения в Ульяновской области.

В Ульяновском регионе России за период с 1991 по 1998 годы накоплен определенный опыт развития системы паллиативного лечения. Развитие паллиативного лечения в регионе осуществляется в рамках определенных приоритетов.

Развитие материально-технической базы паллиативного лечения, создание сети хосписов и отделений паллиативного лечения в Ульяновском регионе России. В перспективе — создание 3-5 таких учреждений в период до 2002 года.

Создание информационной системы и базы данных на онкологических больных в Ульяновском регионе России. На англо-русском семинаре в Ульяновске в сентябре 1996 года было решено начать работу в этом направлении и реализовать проект в течение 2-3 лет. Фонд «Ассоциация паллиативного лечения Ульяновской области» начал работу в этом направлении и обеспечил ее выполнение. В 1997 году на базе Ульяновского областного онкологического диспансера создан «Информационный центр», который осуществит реализацию Государственной программы России «Регистр рака». Это направление требует дальнейшего развития и финансовой помощи.

Научные исследования в области паллиативного лечения онкологических больных. Работа в рамках этого направления активно ведется. Ее результаты докладывались на российских конгрессах и конференциях, а также на европейских конгрессах в Барселоне и Лондоне.

Создание в Ульяновском регионе России системы обучения студентов-медиков, врачей и медицинских сестер паллиативному лечению. Реализация второго направления предусматривает несколько этапов. На первом этапе — это специальные курсы обучения студентов медицинского факультета университета и медицинских колледжей, а также ежегодные семинары для врачей и медицинских сестер продолжительностью от 5 до 10 дней в России и Англии с привлечением преподавателей с обеих сторон. В последующем планируется создание стабильной обучающей системы по принципу «от волонтера до врача».

Особая статья — преподавание паллиативной медицины на медицинском факультете Ульяновского университета. Такой опыт уже имеется, и его необходимо развивать.

Начиная работу по созданию современной системы паллиативного лечения и ухода, разработке медико-психологических, психо-социальных основ этого раздела клинической медицины, психологии и социальной работы, мы представляли себе, что само по себе паллиативное лечение в том или ином виде уже осуществлялось. Это — паллиативное лечение относительно небольшого контингента больных в специализированных онкологических учреждениях, лечебно-профилактических учреждениях общего профиля и как основа, то, что касалось подавляющего большинства онкологических больных, печально знаменитое «симптоматическое лечение по месту жительства». Термин сам по себе невероятно убогий, как и то содержание, которое в нем сокрыто. Создавая концепцию и ее идеологическую основу (о чем мы говорили выше), мы сформировали четыре модели развития. Это — хоспис как самостоятельное учреждение для ухода (в том числе по социальным показаниям) и паллиативного лечения онкологических больных. Такое учреждение было открыто в г.Ульяновске в 1994 году.

Вторая модель, которая весьма активно развивается в г.Димитровграде Ульяновской области, это — хоспис как составная часть онкологического учреждения, в нашем варианте — Димитровградского межрайонного онкологического диспансера. Этот хоспис также был создан в 1994 году.

Третья модель — паллиативное лечение онкологических больных в условиях специализированного онкологического учреждения. В данном случае — в Ульяновском областном онкологи-

ческом диспансере. Этот раздел существовал со времени организации диспансера, о чем мы уже указывали выше. Развивая это направление, мы внесли в систему паллиативного лечения в этом учреждении определенные коррективы, отработали показания и определили контингенты больных для паллиативного лечения в онкологическом диспансере. Сразу необходимо отметить, что паллиативный уход в этом варианте не практиковался, так как в диспансере нет для этого ни условий, ни кадровых возможностей.

Четвертая модель — отделение длительного пребывания больных в условиях госпиталя инвалидов войн, где паллиативное лечение получают не только онкологические больные, но и пациенты других категорий. Эта модель является абсолютно новой, так как предполагает обслуживание специфического контингента больных. В настоящее время проходит реорганизация госпиталя, и он превращен в областной центр гериатрии. В рамках этого направления нами заложены перспективы развития хосписов в Ульяновской области. В настоящее время руководство области приняло решение об организации трех межрайонных гериатрических центров, в перечень задач которых будет входить паллиативное лечение и уход. Фактически создается симбиоз гериатрии и паллиативного ухода. Ниже мы остановимся на эффективности такой модели.

Мы не представили еще одну систему здравоохранения, осуществляющую паллиативное лечение — это онкологи поликлиник и участковые терапевты. Но дело в том, что ни та, ни другая категория не имеют реальных возможностей для реализации проблем паллиативного лечения в полной мере. В первую очередь, это касается участковых терапевтов, так как их «загруженность» не позволяет даже ставить перед ними такую задачу. Мы останавливаемся на этом потому, что ранее в существовавшей системе здравоохранения именно они и должны были реализовывать программы паллиативного лечения и ухода, то, что мы называли «симптоматическое лечение по месту жительства». Мы не стали работать в этом направлении, так как его бесперспективность видна невооруженным взглядом.

Итак, Ульяновский областной хоспис начал свою работу в 1994 году. С 13 декабря 1994 года организована выездная поликлиническая служба. С 1996 года отремонтированы и функционируют 4 здания, которые имеют самостоятельные входы, выходы и подъезды. Отремонтированы и введены в эксплуатацию круглосуточный стационар на 25 коек, дневной стационар. Хоспис имеет автопарк, который состоит из 7 машин; они обслуживают выездную службу, дневной и круглосуточный стационары.

С 17 апреля 1996 года по 30 апреля 1997 года был открыт круглосуточный стационар на 15 коек, а с 1 мая 1997 года открыты еще 10 коек. Основные пациенты хосписа — жители города Ульяновска. В Ульяновской области проживает около 1,5 млн. жителей. По данным сравнительного анализа работы Ульяновского областного хосписа в 1996 году из 123 больных, поступивших на обслуживание в круглосуточный стационар, только 1 пациент являлся сельским жителем, а в 1997 году из 155 госпитализированных — 15. Это и понятно, так как учреждение типа хоспис должно иметь достаточно ограниченный радиус обслуживания и определенное количество населения.

По литературным данным (Гнездилов А.В., 1995; Михновская Н.Д., Барчук А.С., 1997; Плавунов Н.Ф., Миллионщикова В.В., 1997) один хоспис рассчитан на обслуживание 300-400 тысяч населения. Приводя этот стандарт, авторы опираются на опыт наших зарубежных коллег.

В 1995 году было взято на учет 250 больных, в 1996 — 240, в 1997 — 384, соответственно. Основная часть пациентов обслуживается выездными бригадами (7 бригад работают с 8.00 до 16.00).

По данным А.В. Гнездилова (1995) «около 70-80% больных хосписа имеют те или иные психические нарушения, связанные либо с метастазами в головной мозг, либо с раковой интоксикацией». Кроме того, удельный вес больных старше 60 лет выше в несколько раз по сравнению с другими возрастными группами.

Учитывая эти показатели, необходимо акцентировать работу хосписа на проблемы лиц пожилого и старческого возраста, т.к. по данным исследований (Гехт И.А., 1995; Галкин Р.А., 1995) именно эта категория больных является наиболее социально незащищенной, что и требует разработки особых форм социальной защиты, помощи, реабилитации в рамках учреждений паллиативного ухода. По данным исследований Ю.С. Пименова и О.Г. Яковлева (1995) «96% медицинских работников недостаточно знакомы с особенностями стареющего организма; 92% — с медикаментозным лечением пациентов старческого возраста (Гехт И.А., 1994)».

В хосписе существует такая форма работы как дневной стационар, мощностью 5 койко-мест. Среднее пребывание на койке увеличивается с каждым годом. Соответственно уменьшилось число больных, пользующихся этой формой обслуживания. В связи с увеличением среднего пребывания больного на койке необходимо либо увеличивать нагрузку работы выездной службы (за счет увеличения мощности службы), либо открывать новые модели паллиативного обслуживания больных, которые способны удовлетворить самые необходимые потребности паллиативного ухода.

Все это накладывает огромный психологический груз на плечи персонала, членам которого необходима квалифицированная психологическая помощь и поддержка. На сегодняшний день в хосписах нет такой возможности. Этим объясняется «текучесть» младшего и среднего персонала.

Отличительными особенностями хосписа, как одной из моделей паллиативного обслуживания, является наличие структуры социально-психологической службы, которая решает важные вопросы, чем значительно облегчает работу медицинского персонала.

### Гериатрическое отделение долговременного лечения

Модель организации паллиативной помощи в виде отделения долговременного лечения (ОДЛ) областного госпиталя для ветеранов войн является одной из важных структур в сфере оказания услуг больным с неизлечимыми формами заболеваний. В настоящее время госпиталь реорганизуется в областной центр гериатрии, что значительно расширяет его функции и, в первую очередь, касательно проблем паллиативного лечения и ухода. ОДЛ развернуто на 30 коек и функционирует с мая 1996 года; состоит из 2-х и 4-х местных палат улучшенной планировки, оснащенных системой вызова медицинского персонала в палату. Для удобства больных в палатах имеются умывальник, санитарный узел, душ; каждая палата оснащена телевизором, холодильником, проведено индивидуальное освещение, радио. Для тяжелых больных имеются 16 функциональных кроватей в комплекте с индивидуальными столиками для приема пищи. Отделение оснащено каталками, электроподъемником, стационарной сидячей ванной для мытья тяжелобольных, туалетом-клизменной для подготовки больных к исследованиям. ОДЛ — единственное отделение паллиативного ухода в Ульяновском регионе, которое уделяет внимание не только больным с онкологическими заболеваниями. Из положения о гериатрическом отделении долговременного лечения следует, что госпитализации в ОДЛ подлежат больные с:

- суб- и декомпенсацией со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- последствиями перенесенного ОНМК в сочетании с грубыми расстройствами движения и потерей способности к самообслуживанию;
- онкологические больные 3-4 стадии заболевания для проведения паллиативного лечения;
- патологией опорно-двигательного аппарата, требующие постороннего ухода.

Существенным фактом является то, что ОДЛ — гериатрическое отделение, его открытие позволило выделить поток декомпенсированных и инкурабельных больных, требующих длительного или паллиативного лечения, что с медицинской, деонтологической и психологической точки зрения оказалось своевременным и целесообразным.

Гериатрические отделения длительного пребывания, предназначенные для медицинской, психологической и социальной реабилитации наиболее тяжелой группы больных преклонного возраста, необходимы в структуре гериатрической службы наряду с обычными гериатрическими отделениями, домами сестринского ухода, отделениями по социальному уходу (Егоров В.В., Селев В.Н., 1997).

Врачи отделения прошли усовершенствование по циклу «Возрастные особенности сердечно-сосудистой и дыхательной систем у пожилых. Фармакотерапия в гериатрии», принимали участие в семинаре «Хоспис и паллиативное лечение» на международной гериатрической конференции в городе Ульяновске.

Преимуществами данной модели являются: широкий спектр консультационных услуг медицинского характера, охват больных с разными формами заболеваний, акцент на геронтологические особенности пациентов.

На наш взгляд, необходимым условием работы ОДЛ является организация социально-психологической службы для работы с больными и их ближайшим окружением.

Новой моделью оказания паллиативной помощи в Ульяновском регионе является хоспис на базе онкологического диспансера в г. Дмитровграде. Он начал свою работу с ноября 1994 года и обслуживает все городское население, оказывая консультативную помощь сельским жителям. Особенностью хосписа является то, что паллиативная помощь оказывается в сети онкологического диспансера. Хоспис имеет 10 стационарных коек и выездную бригаду. Там работают врачи, медицинский психолог, медицинские сестры и санитарки. К работе хосписа привлечены сотрудники социальных служб и религиозных конфессий. Практика показывает, что это — рационально. Онкологический диспансер получил условия для более эффективного радикального лечения. Хоспис же имеет возможность осуществлять необходимую помощь своим пациентам при помощи специалистов-онкологов. Это касается дополнительного обследования и проведения паллиативного лечения в полном объеме. То есть, это — и борьба с болевым синдромом, и специальное противоопухолевое лечение. Работа строится по принципу оказания максимально возможной помощи непо-

средственно на дому. Проводится индивидуальная психокоррекционная работа с больными и психопрофилактическая работа с близкими, направленная на преодоление депрессивных состояний, на установление доверия к врачам, на мобилизацию душевных сил к борьбе с болезнью.

Дмитровградский хоспис имеет следующий штат сотрудников:

Для выездной бригады:

- врач-онколог (2,0);
- медицинская сестра патронажная (4,0);
- санитарка (1,0).

С открытием 1 февраля 1998 года стационара на 10 коек добавлены следующие штатные единицы:

- врач-терапевт (0,5);
- врач-хирург (0,25);
- средний медицинский персонал (5,25);
- младший медицинский персонал (3,0).

Паллиативное лечение в условиях областного онкологического диспансера. Анализ работы этого учреждения показывает, что 20-25% от общего числа больных, поступивших в течение года на лечение, не смогли пройти его по радикальной программе в связи с запущенностью процесса. Если учесть, что в течение года через областной онкологический диспансер проходит 3500-4000 больных, то число пациентов, получивших паллиативное лечение, составит от 750 до 1000. Это — очень значительный контингент, и в него попадают не только больные с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования, но и пациенты, прошедшие ранее курс радикального лечения. К сожалению, у них развивались рецидивы или генерализация процесса, и они поступали на паллиативное лечение. Говоря о роли областного онкологического учреждения в паллиативном лечении онкологических больных, следует определиться и сразу расставить точки над «и». Есть больные в терминальной стадии, и помощь им в специализированном онкологическом учреждении оказать сложно, так как само учреждение нацелено на реализацию планов радикального лечения и применение специальных противоопухолевых методов. В их числе — использование лучевой и химиотерапии, комбинированного и комплексного лечения с включением гормоно- и иммунотерапии. В терминальной стадии использование этих методов может принести только вред, в этом случае необходим уход, борьба с болью и создание для больного «человеческих» условий. Но есть категория больных, у которых наступила генерализация процесса, но сохранилась возможность для применения методов



противоопухолевой терапии. При этом данные методы могут обеспечить не только противоболевой эффект (хотя это очень важно), но могут реально продлить жизнь больного, вернуть его в семью, в общество. Именно этой категории больных и показано паллиативное лечение в условиях традиционного онкологического учреждения, имеющего возможность реализации программ специальной противоопухолевой терапии в полном объеме.

Завершая настоящую лекцию необходимо отметить следующее. Мы имеем дело с неуклонным ростом онкологической заболеваемости, при этом результаты радикального лечения рака не позволяют ограничить рост смертности при этом тяжелом заболевании. Другими словами, до сих пор удельный вес неизлечимых больных не только высок, но из года в год растет. Данное положение выводит в число актуальных задач проблемы, связанные с паллиативным лечением и уходом, решение которых на базе существующих подходов попросту невозможно. Из этой ситуации вытекают несколько следствий.

Следствие первое. Необходимо создать систему паллиативного лечения и ухода, базирующуюся на совершенно новых принципах и подходах. Нельзя терпеть принцип «симптоматическое лечение по месту жительства». Это антигуманно.

Следствие второе. Специфика онкологических заболеваний, их течения, манифестации и клинических проявлений предполагает одномоментное существование нескольких моделей развития паллиативного лечения и ухода. Необходимо активно создавать эти модели, испытывать их и лучшее внедрять в повседневную практику.

Следствие третье. Паллиативное лечение и уход невозможны без тщательно отработанной системы психологической поддержки, адаптации и психологической реабилитации как больных, так и их ближайшего окружения.

Следствие четвертое. Система здравоохранения сама по себе не может в полной мере решить проблем паллиативного лечения и ухода, ибо эта система нуждается в решении целого ряда психо-социальных вопросов с тщательной проработкой социокультуральных и антропологических аспектов проблемы.

Следствие пятое. На персонал, осуществляющий программы паллиативного лечения и ухода, падает большая психологическая нагрузка, которая не может пройти бесследно. Но психологические и социальные проблемы персонала остаются без надлежащего внимания. Эту проблему необходимо радикально решать, и от того, как будет реализована эта сторона паллиативного лечения и ухода, будет зависеть его успех.

В течение ряда лет наиболее активно с 1994 года, мы проводили испытание четырех моделей паллиативного лечения и ухода в Ульяновском регионе России. Накопленный опыт показывает, что все они имеют право на жизнь, каждая из моделей имеет свою «нишу» и своего пациента. Вместе с тем решение проблем паллиативного лечения и ухода в рамках хосписа, расположенного на базе онкологического учреждения или гериатрического центра — модель наиболее выигрышная, ибо позволяет реализовать в паллиативном лечении идеологию активного подхода.

### **1.2.2. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ОКАЗАНИЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В УСЛОВИЯХ МАЛЫХ ТЕРРИТОРИЙ РОССИИ**

Тенденции развития современного общества диктуют ему свои приоритеты, обуславливают наиболее перспективные направления развития. Среди приоритетов в области охраны здоровья одной из основных является проблема злокачественных новообразований. Это обусловлено рядом причин, среди которых значительный рост заболеваемости и смертности, с одной стороны, сопровождается вполне определенными успехами в лечении этих грозных заболеваний, с другой (77, 79, 81).

Всемирная Организация Здравоохранения, формулируя стратегию борьбы против рака, среди четырех приоритетных, важнейших направлений, наряду с первичной профилактикой, ранним выявлением, полноценным лечением назвала облегчение страданий больных (48, 187, 202, 206). Документы этой организации отмечают, что, вероятно, еще долгое время и у многих больных злокачественные новообразования будут выявлять на стадиях, когда выздоровление недостижимо и, несмотря на прогресс в лечении рака, ВОЗ отмечает стойкое излечение не более чем у 50% заболевших (203, 219).

Эксперты ВОЗ считают, что тенденция к росту заболеваемости раком будет сохраняться, причем в среднем до 90% пациентов, из числа состоящих на учете с определенными локализациями опухолевого процесса, будут инкурабельными — нуждающимися в оказании паллиативной помощи (49, 124, 126, 132).

Смертность, связанная с онкологическими заболеваниями, составляет 8-10% от всех случаев смерти в мире (218); в развитых

странах, однако, доля умерших от рака еще выше. В Европе, например, эта цифра превышает 22% (123). Смертность от злокачественных новообразований населения стран Европейского Союза в 1990 году составила 279,8 тысяч (137).

В России, как и в других промышленных странах, продолжается рост заболеваемости и смертности населения от злокачественных новообразований. С 1980 по 1996 гг. число больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования в нашей стране достигло 422 тысяч, что соответствует регистрации четырех заболеваний в среднем каждые 5 минут, а число умерших от рака увеличилось на 30% и составило 291 тысячу, а к 2000 г. онкологическое заболевание будет регистрироваться в среднем каждые 66, смерть — каждую 91 секунду. На каждые 82 жителя России приходится 1 онкологический больной (80, 83).

Сводные данные МНИОИ им. П.А. Герцена показывают, что по состоянию на 1 января 1995 года на учете в онкологических учреждениях Российской Федерации состояло 1822739 больных, при этом только 918873 человека (50,4%) находились под наблюдением 5 и более лет. Из впервые выявленных пациентов 37% живут не более года, а для новообразований отдельных распространенных локализаций, протекающих в терминальной фазе заболевания с наиболее тяжелой симптоматикой (опухоли желудка, пищевода, кроветворной ткани, трахеи, бронхов и легкого) величина этого показателя достигает 60%; почти у 2/3 больных злокачественные опухоли распознаются на стадиях, когда единственной возможностью помочь им остается облегчение страданий (84).

В течение последнего десятилетия в онкологической службе Российской Федерации наряду с разработкой приоритетных и совершенствованием эффективных и безопасных методов радикального лечения онкологических больных активно развивается новое направление — паллиативная помощь, призванная улучшить качество жизни безнадежных онкологических больных, численность которых ежегодно составляет более 300 тысяч (47).

В современных сложных экономических условиях России развитие идей хосписного движения и оказания паллиативной помощи тяжелой категории больных более успешно практически осуществляется в столичных городах и областных центрах, где больше финансовых и организационных возможностей. Однако необходимо отыскать возможности оказания качественной паллиативной помощи жителям малых территорий России, где социальная напряженность вокруг проблем умирающих больных и их близких выражена гораздо острее, используя приемлемые для местных условий формы и методы. Поэтому сейчас как никогда ак-

туальна проблема оказания паллиативной помощи тяжелой категории пациентов в условиях малых территорий страны (в небольших городах, районах, селах), где проживает большая часть населения России. Организация паллиативной помощи в условиях малых территорий, а также оценка качества жизни пациентов с распространенными злокачественными новообразованиями, как основной критерий ее эффективности, продолжают оставаться практически неизученными, и желание внести посильный вклад в решение этих проблем было иницилирующим моментом для проведения настоящего исследования.

В Ульяновской области, как и во всей России, отмечается неуклонный рост как заболеваемости, так и смертности от злокачественных новообразований (рис. 1.2.2.1).

В Ульяновском регионе на конец 1998 г. лишь 49,5% больных находились под наблюдением 5 и более лет, причем наименьший удельный вес таких больных был при раке пищевода — 15,8%, трахеи, бронхов, легкого — 25,9%, предстательной железы — 25,9%,

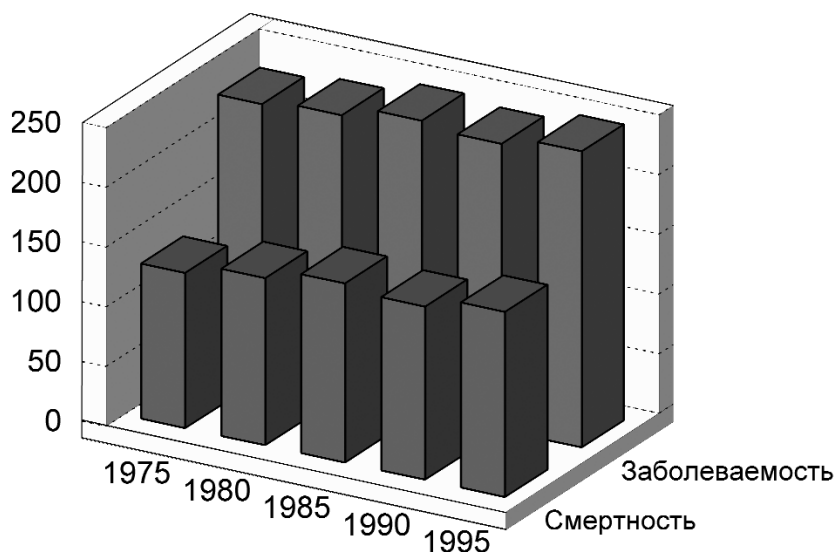


Рис. 1.2.2.1. Показатели онкологической заболеваемости и смертности в Ульяновской области за 20 лет.

прямой кишки — 38,1%, мочевого пузыря — 39,6%. Удельный вес IV клинической группы больных составляет в целом по области 22,8%, в нашем городе и районах — 31,5%. Высокие показатели удельного веса запущенных форм злокачественных новообразований наблюдаются при раке желудка — 35,6 %, яичников — 35,0%, трахеи, бронхов, легкого — 27,0%, прямой и ободочной кишки — 26,0%.

Летальность больных на первом году с момента установления диагноза злокачественного образования составляет в среднем 34,9%. Высокие показатели одногодичной летальности при раке легкого — 60,9 %, желудка — 57,4 %, пищевода — 54,4 %, яичника — 37,0 %, прямой и ободочной кишки — 36,0 %. При этом, если за последние 20 лет в области показатели удельного веса IV клинической группы варьируют, то одногодичная летальность неуклонно возрастает, а темпы ее роста соответствуют темпам роста заболеваемости и смертности (рис. 1.2.2.2).

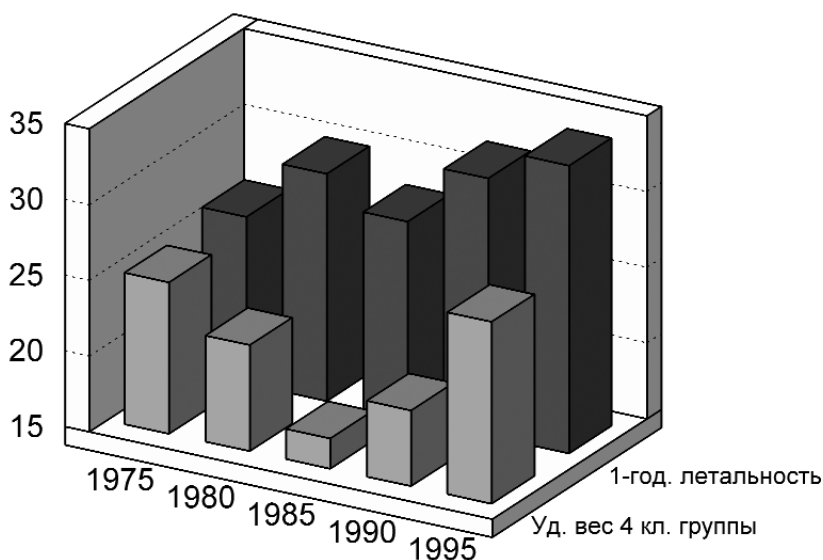


Рис. 1.2.2.2. Показатели удельного веса IV клинической группы больных и одногодичной летальности в Ульяновской области за 20 лет.

Таким образом, актуальность проблемы оказания паллиативной помощи и в нашем регионе, как и во всей стране, бесспорна, ведь для большинства больных она остается единственной реальной медицинской помощью. Существовавшая десятилетиями практика передачи онкологами пациентов, страдающих опухолевым процессом в терминальной стадии развития, участковому терапевту демонстрировала не всегда эффективную медицинскую помощь, которая, как правило, сводилась к рутинному назначению адъювантных лекарственных средств и, по показаниям, наркотических анальгетиков. Причем, финансовые затраты на медицинскую помощь данной категории больных, включая выезды бригад «Скорой помощи» для инъекций болеутоляющих средств, посещения специалистов поликлинической службы и госпитализации инкурабельных пациентов на непрофильные койки при недостаточном эффекте амбулаторных мероприятий, оставались высокими, несмотря на низкое качество этой помощи.

Период с 1992 по 1999 гг. отмечен активным развитием в Ульяновской области методов паллиативного лечения и апробацией различных форм организации этого направления современной медицины.

В настоящее время в Ульяновском регионе России наметились различные подходы к вопросам организации паллиативной помощи населению. Мы имеем возможность использовать следующие организационные варианты паллиативной медицины области:

- паллиативное лечение как составная форма деятельности областного онкологического центра с широким использованием специальных методов противоопухолевой терапии;
- хоспис как самостоятельное учреждение;
- отделение долговременного пребывания больных в условиях областного госпиталя ветеранов войн, где паллиативное лечение получают не только онкологические больные, но и пациенты других категорий;
- хоспис в виде отделения паллиативной помощи в составе межрайонного онкологического диспансера.

Главным генератором идей паллиативной медицины в области выступает Ульяновский государственный университет. Во многом благодаря его поддержке принципы паллиативной медицины внедрены в работу Димитровградского межрайонного онкологического диспансера. Димитровград — второй по величине город области с населением около 140.000 жителей, кроме того, диспансер обслуживает два района области с населением около 62.000 жителей. Наш регион является типичным примером малой территории средней полосы России.

Идеи паллиативной медицины легли на «благодатную почву» понимания проблемы врачами-онкологами в результате осознания необходимости оказания квалифицированной медицинской помощи умирающим больным в практике многолетней работы онкологического диспансера. Нельзя сказать, что раньше онкологи со спокойной совестью отстранялись от лишних забот о тяжелобольных. Эти больные получали помощь, в том числе и специалистами, во все времена у врачей было желание оказать посильную помощь безнадежно больному, максимально продлить жизнь с сохранением ее качества. Но только отлаженная система паллиативного лечения помогает нам решать труднейшие лечебные и этические проблемы помощи безнадежно больным людям.

Решение об оказании помощи в сети существующего специализированного лечебного учреждения мы считаем тактически верным и экономически рациональным.

Онкологический диспансер, благодаря организации отделения паллиативной помощи получил более благоприятные условия для эффективного радикального лечения больных. Так за год существования отделения паллиативной помощи в 2 раза увеличилась оперативная активность — 450 операций в 1998 году против 202 в 1997. В диспансере больше стали уделять внимания профилактической работе с населением.

Мы же имеем возможность осуществлять необходимую помощь тяжелобольным руками специалистов-онкологов. Это касается и необходимого обследования больных (для чего используется диагностическая база диспансера), и их лечения, в том числе и противоопухолевого. Наблюдение и лечение пациента в специализированном учреждении наиболее удобны в организационном плане, так как дают возможность быстрого реагирования на изменяющийся статус больного, а также позволяют сделать более доступной квалифицированную медицинскую помощь, особенно для социально незащищенных слоев населения.

Создание в онкологическом диспансере в ноябре 1994г. выездной врачебной бригады для оказания помощи на дому онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований было первым шагом на пути к созданию хосписа в нашем городе. С открытием стационара на 10 коек в феврале 1998г. хоспис представляет собой отделение паллиативной помощи межрайонного онкологического диспансера.

Основные направления деятельности отделения:

- разработка новых и усовершенствование традиционных методов паллиативной помощи;
- стационарное лечение больных;

- наблюдение и оказание лечебно-консультативной помощи на дому;
- наблюдение, лечение сельских жителей и консультация больных, находящихся под наблюдением участковых больниц районов;
- проведение паллиативных хирургических вмешательств;
- проведение паллиативной химиогормонотерапии;
- оказание психологической поддержки и моральной помощи больным и их родственникам;
- проведение комплекса мероприятий по социальной реабилитации пациентов;
- привлечение добровольцев;
- духовная поддержка пациентов;
- благотворительная деятельность;
- методологическая работа по обучению навыкам паллиативной помощи врачей и медицинских сестер города и районов;
- научная деятельность.

Структурно отделение состоит из выездной службы и стационара. К сожалению, организация дневного стационара затруднена, с одной стороны, отсутствием необходимых помещений и оснащения, с другой стороны, — сложностью решения транспортных проблем.

В среднем на учете в отделении всегда состоят более 130 больных, умирают в среднем 18 пациентов в месяц. С самого начала мы взяли под свою опеку всех больных IV клинической группы диспансерного наблюдения, без учета предполагаемого срока жизни. У нас есть возможность длительного наблюдения за некоторыми пациентами. Максимальное время наблюдения в хосписе составило 4 года (3 пациента). В среднем больные наблюдаются в отделении 139 дней.

Паллиативная помощь в отделении оказывается и больным, отнесенным к IV клинической группе субъективно — больным с тяжелыми интеркуррентными заболеваниями, старческого возраста, отказавшимся от радикального лечения. Такие пациенты составили 1/6 часть от общего числа больных.

Вся работа выполняется небольшим штатом сотрудников отделения:

врач-онколог — 2,75

врач-терапевт — 0,5

психолог — 1,0

медсестра выездной бригады — 4,0

медсестра палатная — 5,0



санитарка — 3,5

Основой работы является выездная служба, деятельность которой строится на принципе оказания максимально возможной помощи непосредственно на дому. При этом решается ряд задач, а именно: адекватное, максимально полное обезболивание; купирование тягостных симптомов; инфузионная терапия с элементами парентерального питания; проведение различных манипуляций и процедур (перевязки, плевральные пункции, лапароцентез, наложение эпицистостом, катетеризация и др.); обучение родственников правилам ухода за больными и многие другие. Кроме того, проводится психологическая поддержка больного и его семьи, решение духовных и, по возможности, социальных вопросов. Выездная бригада обслуживает все районы города, без учета территориального принципа, оказывает консультативную помощь сельским жителям, работая в тесном контакте с врачами 7 участковых больниц нашего района и с центральной больницей соседнего района.

В год совершается более 3800 выездов, причем особенностью работы выездной службы является то, что около 80% выездов — врачебные. В этом мы видим залог: более успешной терапии, более качественного контроля за симптомами, моральной поддержки больного.

С открытием своего стационара при онкологическом диспансере мы получили возможность для проведения более качественной паллиативной терапии. В стационаре мы имеем возможность применения всего арсенала средств и воздействий, включая и специальные методы лечения, и быстрого реагирования на изменяющийся статус пациентов.

Основными показаниями к госпитализации являются:

- проведение более интенсивной, чем в домашних условиях, терапии;
- наличие некупируемого в домашних условиях болевого (или иного) синдрома;
- необходимость паллиативной операции;
- проведение паллиативной химиогормонотерапии;
- госпитализация больных по медико-социальным показаниям (одиноких, оставшихся без ухода и помощи со стороны родственников), которая становится все более актуальной для нас; такие пациенты составляют треть из числа всех госпитализированных, причем намечается тенденция к росту их количества.

Всего за 1,5 года помощь в стационаре получило 402 пациента. Из них 113 пациентов (28%) — сельские жители. 90 больных

(22,4%) были госпитализированы в отделение 2, 3 и более раз. Среднее пребывание больного в стационаре — 16 дней. Больничная летальность составляет 3%.

В отделении проводится комплексная терапия, воздействие которой направлено на облегчение всех тягостных симптомов, причиняющих страдания больному. Приоритетное направление принадлежит противоболевой терапии, ведь до 65% наших пациентов страдают от боли. При этом мы используем принципы, применяемые во всем мире — раннее начало болеутоления; адекватность препарата по эффекту, по ведущей причине боли, подбору первоначальной дозы; оптимальный путь введения и режим применения соответственно степени болевого синдрома; использование 3-ступенчатой методики обезболивания, рекомендованной ВОЗ, с учетом фармакодинамики обезболивающих препаратов, адъювантов и коанальгетиков. При правильно подобранной медикаментозной схеме с обязательным одновременным решением психологических, социальных и духовных проблем пациентов (учет многокомпонентного характера боли) мы имеем опыт использования инъекционных форм наркотических препаратов лишь у 34,5% больных с хроническим болевым синдромом.

Определение цели и характера лечения пациентов (радикальное, паллиативное, симптоматическое) в силу сложности и высокого уровня ответственности осуществляется в диспансере коллегиально. С клинических позиций характер лечения должен определяться не методами и видом последнего (нередко они совпадают или сочетаются), а его целью. Целью паллиативного лечения является улучшение качества жизни больного, в том числе и путем максимально возможного торможения злокачественного процесса и разрушения отдельных очагов опухоли с использованием специфических антибластомных воздействий как местно-регионарного, так и общего типов (хирургическое вмешательство, лучевая и химиогормонотерапия).

Концентрация больных, нуждающихся в паллиативной помощи, в отделении дает возможность целенаправленного применения всего арсенала лечебных средств и воздействий. Одним из них является химиогормонотерапия.

Трудно возлагать большие надежды на применение химиотерапии из-за низкой эффективности лекарственного лечения рака IV стадии, обусловленной отсутствием избирательности цитостатиков и рядом изменений в гомеостазе, вызываемых растущей опухолью: угнетение ферментных систем, нарушение биохимических механизмов регулирования обмена веществ, поражение систем неспецифического иммунитета. Но мы считаем, что все же по-

пытки использовать цитостатики и гормональные препараты для получения субъективного эффекта за счет порой незначительной регрессии опухоли нельзя не учитывать, если общее состояние этому существенно не препятствует (отсутствие выраженной кахексии, недостаточности печени и почек, угрозы кровотечения из опухоли при снижении числа тромбоцитов и др.).

Проведение рационального паллиативного лечения увеличивает продолжительность жизни больных в среднем на 10-14 месяцев, а при некоторых локализациях и формах злокачественных опухолей (неоперабельные карциномы молочных и предстательной желез, одиночные метастазы в кости, внеполостные лимфатические узлы и т.п.) этот срок увеличивается до 24-48 месяцев.

Исходя из анализа литературных данных отечественных и зарубежных авторов (10, 11, 32, 63, 141, 148, 154, 178, 193), считающих химиогормонотерапию важным звеном при оказании помощи больным с распространенными злокачественными новообразованиями, мы выделили следующие категории пациентов, которым целесообразна химиотерапия именно с паллиативной целью:

- при выпотах в серозные полости;
- при синдроме внутричерепной компрессии;
- при медиастинальном компрессионном синдроме;
- при спинальном компрессионном синдроме;
- при метастазах в кости рака легкого;
- при распространенном раке почки;
- при метастазах рака предстательной железы;
- при метастазах рака молочной железы.

Химио- и гормонотерапия являются основными методами лечения распространенных форм рака молочной и предстательной желез и иногда настолько успешны, что относить их безоговорочно к категории сугубо паллиативных воздействий было бы не совсем верно.

При проведении химиогормонотерапии мы руководствовались градациями эффектов лечения при солидных опухолях, рекомендованными комитетом экспертов ВОЗ, а именно:

- полная регрессия;
- частичная регрессия;
- прогрессирование;
- стабилизация процесса;
- субъективный эффект, который характеризуется:
  - изменением статуса (5-степенная система ВОЗ);
  - улучшением/появлением аппетита;
  - снижением болевого синдрома;
  - изменением массы тела;

— улучшением общего самочувствия.

Для оценки эффективности химиогормонотерапии именно с паллиативной целью мы посчитали рациональным выбрать такие градации как прогрессирование и стабилизация процесса, а также субъективный эффект, а именно снижение болевого синдрома и улучшение общего самочувствия пациента.

С начала 1998г. мы провели химиогормонотерапию с паллиативной целью 131 пациенту. У 53 пациентов (40,5%) необходимость проведения паллиативной терапии была вызвана генерализацией процесса после ранее проведенного лечения, расцененного как радикальное. В 78 случаях (59,5%) лечение было определено как паллиативное в момент установления диагноза.

По локализации процесса больные распределились следующим образом: опухолевые плевриты — 33 пациента (16 — рак легкого; 9 — рак молочной железы; 4 — рак яичников; 4 — лимфогранулематоз); опухолевые асциты — 16 (10 — рак яичников; 6 — рак желудка); медиастинальный компрессионный синдром — 15 (8 — рак легкого; 4 — лимфогранулематоз; 3 — злокачественные неходжкинские лимфомы); метастазы в кости рака легкого — 3; метастазы рака предстательной железы — 9; метастазы рака молочной железы; 24 — метастазы в кости; 12 — метастазы в легкие; 12 — местный рецидив; 5 — метастазы в печень; 2 — метастазы в яичник.

Эффект химиогормонотерапии распределился следующим образом (табл. I.2.2.1).

Таким образом, с помощью паллиативной химиогормонотерапии даже при распространенных формах злокачественных новообразований возможна попытка добиться улучшения качества жизни пациентов за счет выраженного субъективного эффекта.

Мы попытались сравнить токсичность лечения пациентов, получающих такой вид лечения как химиогормонотерапия с паллиативной целью, и токсичность адъювантной химиотерапии, проводившейся в диспансере.

Для сравнения были взяты по 100 пациентов из двух групп. Результаты приведены в таблице I.2.2.2.

У пациентов, получающих химиотерапию с паллиативной целью, меньше выражены побочные эффекты, а значит меньше страдает качество жизни. С чем это связать? Конечно, необходимо учитывать и возможность более интенсивной и высокодозной химиотерапии с лечебной и адъювантной целями, но нельзя не учитывать и целенаправленную комплексную поддержку пациентов, получающих химиотерапию с паллиативной целью. Ведь кроме данного вида лекарственной терапии мы стараемся оказать им по-

Таблица 1.2.2.1

**Эффект паллиативной химиогормонотерапии**

№ п/п	Локализация процесса	Прогресси- рование	Стабилизация	Субъективный эффект
1	Опухолевые плевриты	12	4	17
2	Опухолевые асциты	11	—	5
3	Медиастинальный компрессионный синдром	5	2	8
4	Метастазы в кости рака легкого	2	—	1
5	Метастазы рака предстательной железы	2	3	4
6	Метастазы в кости рака молочной железы	8	5	11
7	Метастазы в легкие рака молочной железы	4	3	5
8	Метастазы в печень рака молочной железы	4	—	1
9	Метастазы в яичник рака молочной железы	1	—	1
10	Местный рецидив рака молочной железы	5	2	5
	ИТОГО:	54 (41,2%)	19 (14,5%)	58 (44,3%)

люценную паллиативную помощь, основная цель которой — улучшение качества жизни.

Этой же цели отвечают и паллиативные хирургические вмешательства. За год в хирургическом отделении нашим пациентам выполняется до 30 паллиативных операций.

Основные локализации: рак молочной железы, рак ободочной и прямой кишки, рак мочевого пузыря, рак желудка и пищевода, злокачественные опухоли мягких тканей.

Таблица 1.2.2.2

**Побочные эффекты противоопухолевой химиотерапии**

Побочные эффекты*	Число больных	I степень токсичности	II степень	III степень	IV степень
Лейкопения	39 (48)	22 (13)	13 (21)	3 (4)	1 (—)
Тромбоцитопения	28 (31)	10 (11)	9 (14)	7 (5)	2 (1)
Анемия	12 (26)	5 (8)	6 (15)	— (3)	1 (—)
Тошнота и рвота	60 (81)	31 (44)	18 (27)	9 (4)	2 (6)
Стоматит	6 (10)	4 (5)	— (4)	2 (1)	— (—)
Диарея	4 (5)	2 (3)	1 (2)	1 (—)	— (—)
Нефротоксичность	2 (5)	2 (2)	— (2)	— (1)	— (—)
Гепатотоксичность	4 (2)	1 (—)	2 (2)	1 (—)	— (—)
Ототоксичность	— (1)	— (—)	— (1)	— (—)	— (—)
Нейротоксичность	1 (—)	— (—)	1 (—)	— (—)	— (—)
Алоpecia	41 (60)	10 (24)	29 (31)	2 (3)	— (2)
Аллергические реакции	3 (6)	1 (2)	2 (3)	— (1)	— (—)
ИТОГО:		86 (112)	81 (122)	25 (22)	6 (9)

Примечание: \*У ряда больных было 2...3 вида побочных эффектов;  
В скобках — пациенты, получившие химиотерапию с адъювантной целью.

Средняя продолжительность жизни после паллиативных операций составляет  $6,2 \pm 1,3$  месяцев. Улучшение отмечается у 84% больных — уменьшается опухолевая интоксикация, устраняются кровотечения, отмечается реально положительный психо-эмоциональный эффект.

С открытием стационара мы получили возможность реализовать очень важную программу — оказание паллиативной помощи не только онкологическим, но и тяжелым, умирающим больным другими нозологическими формами хронических заболеваний. За 1,5 года оказана помощь 19 пациентам: 6 больных с декомпенси-

рованным циррозом печени, 6 пациентов с дистрофической стадией сердечной недостаточности, 3 больных с терминальной стадией хронической почечной недостаточности, 4 пациента с декомпенсированной формой сахарного диабета.

Вокруг тяжелобольных людей часто создается своеобразный очаг социальной дестабилизации, напряженности, поэтому решение насущных бытовых проблем оказывает положительное влияние и на лечебный процесс, и на самочувствие больных.

В плане оказания социальной поддержки пациентов мы пытаемся решать следующие задачи:

- сотрудничество с Комитетом социальной защиты населения, где выделены социальные работники, которые посещают наиболее нуждающихся в посторонней помощи пациентов;
- госпитализация в стационар по медико-социальным показаниям;
- помещение пациентов в дома-интернаты;
- ходатайство о получении пенсий/пособий;
- помощь в ритуальных услугах;
- помощь в приобретении лекарств и одежды.

Богатый зарубежный опыт показывает, что для успешной работы хоспису не обойтись без волонтеров. Многообразная и интенсивная поддержка хосписам обеспечивается благодаря добровольным помощникам, которые вовлечены во многие аспекты службы защиты и поддержки пациентов. Это — большая проблема, и, к сожалению, в России она практически не решена. Мы пытаемся привлечь к работе с нашими пациентами верующих людей. Кроме того, планируется создание на базе отделения своеобразного учебного центра для производственной практики учеников старших классов с подготовкой в медицинские ВУЗы.

Психологическая работа отделения строится в трех направлениях:

- забота о больных;
- помощь их родственникам и близким;
- работа с сотрудниками хосписа.

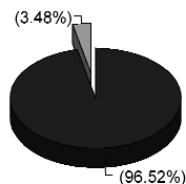
С больными, их родственниками и близкими проводится психокоррекционная работа по разработанной программе, направленная на преодоление депрессивного состояния, на установление доверия к врачам, на мобилизацию душевных сил к борьбе с болезнью, на установление адекватных внутрисемейных взаимоотношений, на нахождение ответов на вопросы о смысле жизни, о ценности жизни и смерти, на гармонизацию системы жизненных ценностей и снижение невротизации.

Все наши сотрудники не могут оставаться в стороне от вопросов психологии, этики жизни и смерти. Наши профессиональные проблемы вплотную смыкаются с нравственными общечеловеческими ценностями. Мы стараемся помогать друг другу в морально-нравственном развитии, приобретении специальных знаний, которые оказываются полезными в процессе профессиональной деятельности, заботимся о сохранении, развитии, улучшении жизнедеятельности нашего коллектива. Это осуществляется на систематических групповых семинарских и тренинговых занятиях.

Важной для больных и сотрудников отделения является духовная поддержка со стороны православной церкви и соборной мечети города — религиозных конфессий, наиболее широко представленных в области. Ведь для многих людей религия — это составная часть жизни, то — из чего они черпают вдохновение и душевный комфорт.

Крайне необходимой в наше нестабильное время является программа поддержки и развития паллиативного лечения. Посильную помощь в этом оказывает широкая общественность нашего города и области. Отделение паллиативной помощи ищет возможности использовать милосердие и благотворительность граждан, предприятий и организаций. С этой целью создан Попечительский совет хосписа, работающий в виде общественной благотворительной организации. Собранные благотворительные средства расходуются на финансирование лекарственного обеспечения пациентов отделения паллиативной помощи. За 1998 год доля внебюджетного финансирования составила 3,4%, за 1999 год — 45,3 % (рис. I.2.2.3.).

**Финансирование лекарственного обеспечения в 1998 г.**



**Финансирование лекарственного обеспечения в 1999 году**



Рис. I.2.2.3. Финансирование лекарственного обеспечения в 1998-99 гг.



Таким образом, круг задач, решаемых отделением паллиативной помощи весьма широк и разнообразен. Но именно такой комплексный подход позволяет нам решать основную задачу — повышение качества жизни пациентов. Качественная паллиативная помощь является единственной реальной медицинской, социальной, психологической и духовной поддержкой тяжелобольных людей и их близких.

### **1.2.3. БАЗОВАЯ МОДЕЛЬ ХОСПИСА ДЛЯ ДЕТЕЙ, НЕИЗЛЕЧИМО БОЛЬНЫХ ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Анализируя возможности повышения качества жизни детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями, Jenney М.Е. с соавторами (1998) отмечают, что в современных условиях имеется принципиальная возможность:

1. обеспечить условия, чтобы ребенок умерал без лишней боли, страха и беспокойства;
2. организовать адресную поддержку — медицинскую, социальную, психологическую и духовную;
3. обеспечить уход и заботу о ребенке именно там, где ребенок и его семья захотят находиться в последний период его жизни (дома, в больнице, в специализированном стационаре);
4. для обеспечения ухода скоординировать усилия врачей, медицинских сестер, психологов, социальных работников, а при необходимости и других специалистов.

Принимая во внимание опыт разных патронажных служб за рубежом, можно заключить, что в условиях крупного российского города также имеется принципиальная возможность организовать помощь детям на терминальной стадии онкологического заболевания. Для этого необходимо провести методологическую работу, включающую организационную разработку такой помощи, специальную деятельность по подготовке профессионалов и волонтеров, организацию различных форм поддержки умирающего ребенка и семьи, работу с общественным мнением по поддержке таких новых для нашей страны задач, как целенаправленная помощь умирающим детям, их семьям и людям, переживающим тяжелую утрату.

Исходя из этого, большое внимание мы уделили актуальной проблеме онкопедиатрии — разработке базовой модели организации паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям.

Эта проблема имеет несколько аспектов. В первую очередь — это вопросы эффективных форм организации такой помощи, этические вопросы взаимоотношений специалистов и семьи, вопросы обеспечения работы ресурсами, отношения к такой работе общественности и многое другое.

Помощь семье, в которой умирает ребенок, включает работу в нескольких направлениях:

- облегчение боли и медицинский контроль других симптомов;
- психологическая поддержка умирающего ребенка;
- психологическая и социальная поддержка родителей, братьев, сестер, близких друзей умирающего;
- помощь и поддержка семьи после смерти больного.

В современных социокультурных условиях именно семья осуществляет основную заботу о ребенке. Родители несут первичную ответственность за жизнь, благополучие и удовлетворение основных потребностей детей (в соответствии со статьей 18 Конвенции о правах ребенка и Семейным Кодексом Российской Федерации, принятым 29.12.95г.). При этом семья, естественно, испытывает большое влияние общественных институтов, которые она не может контролировать. Именно поэтому ответственность родителей нуждается в поддержке общества, следовательно и общество, и государство тоже несут свою долю ответственности за благополучие всех детей.

Даже тяжело больному, даже находящемуся на терминальной стадии онкологического заболевания ребенку возможно улучшить качество жизни. Решить эту задачу можно только при условии организации помощи больному ребенку и всем его близким, всем, кто с ним так или иначе соприкасается и, в конечном счете, всему обществу. Для этого необходимо скоординировать деятельность различных социальных институтов так, чтобы они могли помогать более эффективно. К ним относятся — политика, государственные программы и мероприятия, учреждения, средства массовой информации, общественные объединения, фонды и т.д., призванные помогать индивидам с особыми нуждами.

Для того, чтобы различные государственные и общественные институты включались в помощь детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, необходимо спроектировать и создать организационную структуру для реализации такой помощи.

Это — управленческая задача, а управление некоммерческими организациями во многом сходно с управлением коммерческими организациями; оно требует такого же профессионального уровня.

Анализ практически реализованных в разных регионах России проектов в области медицины и социальной работы показал, что для того, чтобы структурировать работу, решающую столь многообразные задачи и требующую участия множества специалистов и организаций, чрезвычайно полезной является методология социального проектирования работы с использованием стратегического планирования. Проектирование используется в качестве технологии, позволяющей:

- осуществить диагностику актуальных проблем;
- прогнозировать «плюсы» и «минусы» деятельности;
- выработать различные варианты решения проблем;
- скоординировать мероприятия по реализации;
- учитывать интересы различных социальных групп;
- поддерживать жизнь людей в приемлемом для них состоянии;
- четко различать зоны государственного регулирования социальных процессов и частной жизни;
- определить приоритеты социальной защиты;
- помогать людям самостоятельно находить пути решения своих личных проблем.

Стратегическое планирование в современных условиях является одним из ключевых факторов успешного развития любой деятельности. Оно включает формулировку миссии, анализ целей, оценку текущей ситуации, постановку отдельных задач, выбор стратегии, планирование, реализацию плана.

Проектирование является непрерывным процессом анализа и прогнозирования деятельности организации.

Главные элементы создания проекта:

1. Определение целей. При этом полезны следующие рекомендации:
  - цели и задачи должны быть максимальны, но достижимы;
  - все задачи должны быть расписаны по рубежам и иметь конкретное выражение;
  - характер задач должен отвечать смыслу деятельности организации;
  - цели должны быть реальными;
2. Оценка текущей ситуации.
3. Выбор стратегии.
4. Планирование, подготовка и реализация программ.

При этом, самый важный из этих этапов — этап анализа и выбора целей, поскольку на основании его результатов формулируется стратегия развития организации (в нашем случае — системы паллиативной помощи неизлечимо больным детям).

Большое значение в планировании и реализации проекта имеет участие различных социальных институтов — экономических, родственных, культурных, религиозных, оздоровительных, образовательных, политических и других, значимых для людей.

В представленной работе при создании базовой модели системы организации паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям социальное проектирование использовано как технология, позволяющая организовать процесс решения социальных, психологических и других проблем выше означенных людей (табл. I.2.3.1).

Таблица I.2.3.1

**Проектирование при решении задачи создания  
системы помощи больным детям**

Что необходимо определить	Компоненты программы
1. Что должно быть достигнуто в конечном счете?	<p style="text-align: center;">ЦЕЛЬ ПРОГРАММЫ</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Основные цели и задачи, перечень мероприятий</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Ресурсы — материальные, трудовые, финансовые, информационные</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Время</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Организационная структура, включая руководителя программы и необходимые подразделения, звенья взаимодействия между ними</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Учет и контроль</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">Коррективы</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p style="text-align: center;">ПОДВЕДЕНИЕ ИТОГОВ</p>
2. Что требуется сделать для достижения конечной цели?	
3. Во что обойдется реализация программы?	
4. К какому времени должна быть выполнена программа?	
5. Каков механизм организации работы по реализации программы?	
6. Как оценить выполнение программы?	
7. Какие изменения необходимо внести в содержание и реализацию программы?	
8. Как выполнена программа?	

Первым этапом проектирования является формулировка миссии, определение целевых групп, целей и задач проекта (рис. I.2.3.1).

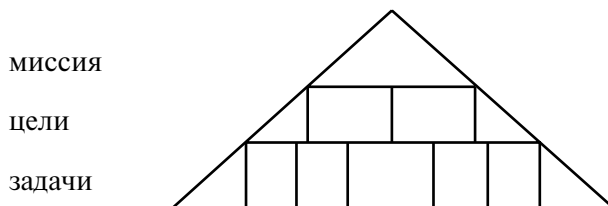


Рис I.2.3.1. Пирамида стратегического планирования.

Миссия — это конечная цель, предназначение и основополагающие ценности организации. Миссия организации выполняет две функции:

Внешняя:

служит «визитной карточкой» организации для:

- широкой общественности
- грантодателей / спонсоров / коммерческих структур
- клиентов
- средств массовой информации
- государственных структур
- является основой при выработке стратегии и конкретных задач.

Внутренняя:

- объединяет сотрудников и волонтеров вокруг общего видения работы
- способствует самопознанию людей, работающих в организации (в особенности в процессе коллективной работы над формулировкой миссии)
- помогает за рутинной работой не забывать о высшем предназначении организации.

Формулировка миссии должна быть короткой — не более сорока слов (трех предложений), написана ясным и понятным языком (как минимум для целевой группы), сформулирована позитивно, написана в настоящем времени с предпочтением глагольных форм.

**Миссия** системы паллиативной помощи для умирающих детей была сформулирована следующим образом: *способствовать повышению качества жизни детей, неизлечимо больных онкологическими*

заболеваниями, и их близких через организацию системы патронажа, которая включает симптоматическое лечение, эмоциональную, психологическую, социальную, духовную и другие формы поддержки.

**Целью** первого этапа реализации выработанной нами миссии было: сделать выбор модели организации детской патронажной помощи в Москве и создать систему паллиативной помощи для неизлечимо больных детей.

Следующим шагом работы было определение того, какие группы населения нуждаются в поддержке в связи с организацией паллиативной помощи детям на терминальной стадии онкологического заболевания (целевые группы): К клиентам организации кроме тех, кто нуждается в помощи и поддержке, относятся также и дарители, и волонтеры (люди, выполняющие разнообразные работы на безвозмездной основе), с ней сотрудничающие.

При определении **целевых групп** полезно стремиться узнавать, какие люди считают сформулированную миссию — имеющей смысл; в какой области ресурсы и возможности создаваемой структуры соответствуют интересам одной или нескольких групп населения. Организуемая система должна удовлетворить подопечных, должна удовлетворить добровольных помощников-волонтеров. Удовлетворение подопечных возможно только при точном понимании их основных проблем и путей решения этих проблем. Удовлетворение волонтерам приносят конкретные достижения организации. Чтобы были удовлетворены жертвователи необходимо регулярно предоставлять информацию о том, как используются пожертвования, и какой они приносят результат.

Для определения целевых групп создаваемой системы паллиативной помощи важно ответить на следующие вопросы:

- 1. Кто наши основные клиенты?** Что ценного мы предлагаем каждому из этих клиентов? Соответствуют ли наши сильные стороны, возможности и ресурсы потребностям этих клиентов?
- 2. Кто наши второстепенные клиенты?** Что ценного мы предлагаем каждому из этих клиентов? Соответствуют ли наши сильные стороны, возможности и ресурсы потребностям этих клиентов?
- 3. Изменяются ли наши клиенты?** С точки зрения демографии, основных потребностей (место учебы, потребность в специальном уходе и т.д., числа, физического и психического благосостояния, других факторов)? Каким образом эти изменения будут влиять на нашу организацию?
- 4. Следует ли расширить круг клиентов или сузить его?** Каким другим группам нуждающихся организация должна предло-

жить свои услуги? Почему и какие конкретные возможности имеет организация для того, чтобы удовлетворить их специфические интересы?

Были выделены следующие **целевые группы**:

Первая группа — «дети с неизлечимыми онкологическими заболеваниями».

Вторая группа — «семьи этих детей».

Третья группа — «персонал и волонтеры, осуществляющие все виды поддержки этим детям и их семьям».

Четвертая группа — «общество в целом». Эта группа выделена нами особо, т.к. онкологические заболевания занимают определенное место в общественном сознании. Современное цивилизованное общество в состоянии обеспечить больным онкологическими заболеваниями и их семьям защищенность, поддерживая лечение и реабилитацию не только финансово, но и психологически (Табл. I.2.3.2 на стр. 112).

На следующем этапе уже следует заниматься разработкой стратегии создания системы организации паллиативной помощи (Схема I.2.3.1), основываясь на данных зарубежного и накопленного нами собственного опыта. Изучение мирового опыта показало, что существует несколько вариантов стратегии организации такой помощи, проверенных практикой в различных странах.

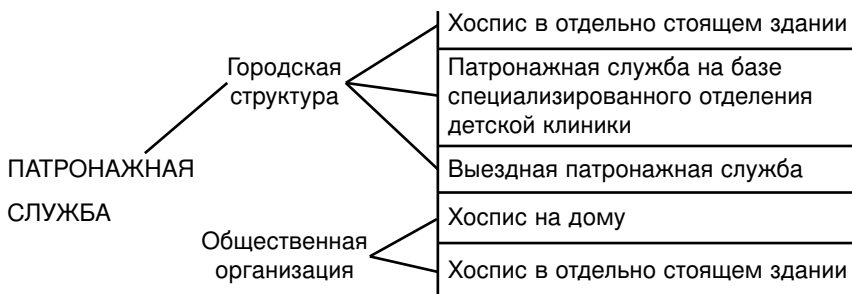


Схема I.2.3.1. Возможные варианты стратегии развития хосписа для детей с онкологическими заболеваниями.

Мы рассматривали следующие возможности:

1. Создание государственной организации, т.е структуры городского здравоохранения, которая может начать работать только после утверждения документации, выделения финансовых средств, необходимых помещений и т.д.;

2. Создание общественной организации, что позволяет начинать посильную работу сразу. Именно деятельность такой организации может уже помогать больным и наглядно и быстро этим доказать, что существует не только потребность в такого рода помо-

*Таблица 1.2.3.2*

**Целевые группы и задачи, которые надо решать  
при организации системы паллиативной помощи**

Целевая группа	Задачи
Дети с неизлечимыми онкологическими заболеваниями	1) обеспечение контроля (предупреждение и своевременное купирование) симптомов распространенного опухолевого заболевания, в первую очередь боли; 2) обучение приемам саморегуляции и релаксации; 3) помощь в разрешении конфликтных ситуаций в семье и с друзьями; 4) исполнение желаний; 5) разрешение эмоциональных проблем, в частности через организацию развлечений в доступной форме; 6) духовная поддержка.
Семьи, имеющие детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями	1) обучение правилам ухода за больным ребенком в домашних условиях; 2) обучение приемам релаксации и саморегуляции; 3) обучение навыкам партнерского общения; 4) помощь в разрешении конфликтных ситуаций в семье, особенно с детьми; 5) психологическая, эмоциональная и духовная поддержка в период ухода и после смерти ребенка; 6) финансовая поддержка семьи, включая деньги, лекарства, предметы ухода, продукты питания и одежду; 7) обучение тактике обеспечения эмоционального благополучия больного ребенка и всей семьи; 8) предоставление различных форм реабилитационных программ, включая организацию обучения, профориентацию и трудоустройство.



*Продолжение таблицы 1.2.3.2*

Целевая группа	Задачи
Персонал и волонтеры хосписа	1) обучение навыкам саморегуляции и релаксации; 2) обучение навыкам партнерского общения; 3) обучение в областях, связанных с паллиативной помощью, смежных с основной профессией; 4) создание специальных реабилитационных программ
Общество в целом	1) преодоление существующих ошибочных представлений в отношении к онкологическим заболеваниям и к людям, страдающим ими; 2) преодоление табу на обсуждение вопросов, связанных со смертью; 3) привлечение людей к участию в работе на различных условиях; 4) предоставление информации через СМИ, а также через специализированные и популярные издания.

щи, но и реальная возможность ее оказания. После этого можно добиваться признания необходимости обеспечения такой помощи на уровне городского здравоохранения, не останавливая реальную непосредственную помощь общественной организации.

Мировой опыт свидетельствует в пользу последнего варианта. Так, первые хосписы в Северной Америке начали создаваться как отдельные независимые общественные организации. Только через 5-7 лет работы представители хосписов собрались вместе для выработки общих концепций, нормативов, стандартов и правил, которые в последующем были приняты в федеральном масштабе. Именно тогда была создана Национальная Ассоциация Хосписов. По похожему пути пошли в Москве и мы. Нашим первым стратегическим решением было создание общественной организации.

Следующим шагом выработки стратегии стал выбор между стационарными койками в своем помещении и патронажной службой на дому.

Как нами отмечалось ранее, многолетний опыт работы детской онкологической клиники свидетельствует о том, что, если

родителям неизлечимо больного ребенка, находящегося в терминальной стадии опухолевого процесса, предоставляется право выбора — оставить его до конца в клинике либо забрать ребенка домой, — большинство из них выбирают второй путь. Организаторы Московского Детского Хосписа на дому для онкологических больных убеждены в том, что умирание и смерть неизлечимо больного ребенка должны проходить дома, в том единственном месте, где в каждое мгновение последних и самых трагичных дней его жизни он сможет быть окружен домашним теплом, близкими ему и понимающими его, любящими его людьми, в мире его детской мечты и фантазии.

Таким образом, принимая во внимание мировой опыт, базовой моделью организации паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, мы выбрали «Хоспис на дому» как наиболее отвечающий интересам детей и их семей, а также условиям большого промышленного города. Правильность данного стратегического решения в настоящее время доказывает неудачный опыт некоторых благотворительных организаций, которым по неволе пришлось отказаться от создания в Москве детского хосписа в отдельно стоящем доме, поскольку не удалось получить для него финансовые средства, помещения.

Для правильного выбора и определения очередности решения задач необходима предварительная работа по анализу основных направлений внешней деятельности организации.

К таким направлениям относятся программы, задача которых обеспечить восприятие целевой группой (группами) миссии, целей и задач, ради которых вся работа организуется. Такие программы должны быть самыми разными, т.к. зависят от адресата. Например, работа с профессиональным сообществом, направленная на формирование позитивного отношения к организации помощи неизлечимо больным детям в домашних условиях, включает выступление на научных конференциях, создание специальных обучающих курсов для системы повышения квалификации и студентов, встречи со специалистами «один на один» или небольшими группами.

Работа с обществом в целом предполагает издание и распространение популярной литературы, постоянные выступления в средствах массовой информации с рассказами о проблемах детей и их семей, о людях, им помогающих, и в целом о проблемах смерти и бессмертия. Такая работа важна в двух основных плоскостях — принятие людьми самой идеи необходимости организации специальной поддержки для таких семей, в том числе необходимость поддерживать ее ресурсами и информирование всех членов обще-

ства о том, где и как можно найти помощь при необходимости обеспечения ухода за неизлечимо больным ребенком в своей семье или в ближайшем окружении. Это важно, чтобы люди знали о возможности такого рода помощи, знали, где ее можно найти, и поэтому чувствовали себя более защищенными.

Другим направлением внешней деятельности является специальная деятельность по поиску необходимых для работы ресурсов (фаундрайзинг). Это деятельность некоммерческой организации, базирующаяся на ее уникальной миссии и стратегии, использующей эффективные и продуктивные способы получения ресурсов, необходимых для реализации программ и достижения целей. Обилие и разнообразие ресурсов — первое из оснований «устойчивости» работы организации.

Следующей задачей, которую надо решать при формировании стратегии развития работы, является определение основных организационно-методических подходов. Оно основывается на анализе проблем семьи, ухаживающей за умирающим от онкологического заболевания ребенком, и всех, кто оказывает такой семье помощь и поддержку.

Для решения комплекса проблем детей с угрожающим жизни заболеванием и/или в терминальной стадии болезни, а также и членов их семей требуются совместные усилия и сотрудничество профессионалов разных специальностей, работающих вместе, как правило, по принципу взаимодополняемости, как междисциплинарная команда квалифицированных профессионалов и их помощников. Такой анализ позволил сформулировать один из важнейших методологических подходов к организации паллиативной помощи детям с онкопатологией. Решение задачи улучшения качества жизни детей в период умирания может быть достигнуто только при объединении усилий специалистов разного профиля: педиатров, социальных работников, психологов, их добровольных помощников, волонтеров. Волонтеры — это люди, которые выполняют как свою профессиональную работу так и работу, отличную от их основной профессии, на безвозмездной основе. Все причастные к работе вместе составляют междисциплинарную команду. Таким образом, одним из важнейших методологических подходов к решению медицинских, социальных и психологических проблем, к организации эффективной паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям является формирование именно такой междисциплинарной команды, и, что принципиально важно, тесное сотрудничество между семьей и этой командой. Такая форма организации работы предполагает сотрудничество членов команды или на по-

стоянной основе или привлечение различных специалистов к помощи конкретной семье по мере необходимости. Мы считаем деятельность волонтеров в этой структуре важнейшим стратегическим принципом и непременным условием успешной работы Хосписа.

Решение задачи создания работоспособной междисциплинарной команды стало возможным благодаря привлечению волонтеров: во-первых, специалистов и, во вторых, лиц, выполняющих работу, отличающуюся от их профессии, во время проводимых научных конференций и через средства массовой информации.

Огромным вкладом волонтеров является профессиональная консультативная работа: консультации врача, психологов, юриста.

Работа по привлечению к системе паллиативной помощи онкологическим больным волонтеров и включение их в работу Хосписа требует больших и настойчивых усилий. В работе Хосписа волонтерами поддерживаются два направления работы, а именно, работа по сбору средств и непосредственная помощь на дому детям в терминальной стадии онкологического заболевания и их семьям. Волонтеры попутно решают и свои проблемы — например, тренинг, преодоление информационного вакуума. Они, оказывая помощь больным и их семьям в решении социальных проблем, обретают чувство своей собственной защищенности. Когда волонтерами становятся родители, потерявшие детей, такая работа помогает им в переживании чувства потери. Привлечение к работе волонтеров и система их подготовки для разносторонней помощи больным и их семьям создают возможность более эффективно использовать ресурсы общества. Во многих странах такая практика широко распространена. И в нашей стране, в условиях резкой недостаточности ресурсов, работа волонтеров может и должна помочь в решении целого ряда проблем.

Исходя из комплексности проблем больного и его семьи, другим важнейшим методологическим подходом при организации работы Детского хосписа также является комплексный подход к анализу ситуации. Его можно рассмотреть на примере контроля боли. Хроническая боль является результатом не только патологических физиологических процессов, связанных с основным заболеванием, но зависит также и от психологических, и социальных составляющих, в частности таких как тревога, страхи, депрессия, социальная изоляция и др. Следовательно, к лечению хронической боли необходимо подходить комплексно, в том числе и через решение социальных и психологических проблем умирающего ребенка и его семьи.

Следующим важнейшим принципом является системный подход к анализу ситуации, складывающейся вокруг конкретного ребенка. Отсутствие системы помощи семье, ухаживающей в домашних условиях за неизлечимо больным ребенком, а также нарастающий у ребенка болевой синдром, как правило, сопутствующий прогрессированию болезни, отсутствие навыков саморегуляции и релаксации, так необходимых в подобных ситуациях, приводят всю семью, включая родителей, братьев и сестер, к выраженной дезадаптации. Это означает, что необходимо анализировать проблемы больного ребенка не изолированно, а рассматривать их в контексте конкретной социальной ситуации, принимая во внимание все его окружение, включая семью, значимых близких, вовлеченных профессионалов, т.е. всех как единую систему. Важно, что сходные социальные ситуации в семьях могут развиваться очень различно. Системный подход связывает решение проблем больного ребенка с решением проблем его семьи, а также и членов междисциплинарной команды. Следующие два примера иллюстрируют важность такого подхода.

Многодетная семья — 7 детей. Девочка 10 лет, Галия С., погибла от остеогенной саркомы. Силы всей семьи направлены на ее поддержку. Старшая девочка Алсу, 17 лет, уже несколько лет была вынуждена практически прекратить учебу, т.к. на ней держался весь дом, пока мама с больной сестрой была в больнице. Материальное положение семьи — тяжелое. У умирающей девочки — боли. Для помощи этой семье необходимо было: организовать консультации врача, инвалидную коляску, чтобы девочку можно было вывозить — гулять на улицу, финансовую поддержку, эмоциональную поддержку для братьев и сестер, обеспечение дальнейшего обучения и профессиональной подготовки для старшей девочки. Для помощи этой семье были организованы телефонные консультации с врачом, переданы деньги и молочные продукты, предоставлена инвалидная коляска. Все это поддержало семью и эмоционально. Во время визитов в семью было очевидным, что все дети были вокруг больной девочки, старались сделать ее жизнь интересной, рисовали и играли, вывозили гулять. Таким образом, эмоционально поддерживать больную девочку было эффективно через игры и занятия со всеми детьми.

Еще одной проблемой этой семьи было сопротивление вскрытию после смерти ребенка. Семья получила юридическую консультацию по этому поводу.

Другой формой помощи описанной семье после смерти девочки была организация учебы для старшей сестры Алсу. Она не смогла получить достаточно хорошей подготовки в школе из-за за-

бот по дому. Семья не могла также оплатить коммерческое образование из-за крайне тяжелого финансового положения. Девочка хотела получить специальность парикмахера и косметолога. От имени Хосписа, в рамках программы помощи семье после утраты, была достигнута договоренность с Французским парикмахерским салоном о бесплатном обучении девочки профессии, которую она выбрала.

Следующий пример семьи сходной по основным социальным характеристикам, но, по существу, диаметрально противоположной. Многодетная семья — 7 детей. Мальчик Дима Ф., 12 лет, умирающий от мягкотканной саркомы. Старшая девочка Светлана, 18 лет, как и в предыдущем примере, должна была из-за болезни брата заниматься домом, младшими детьми. Это ее озлобило так, что она все время попрекала больного: «Твое место в могиле» и т.д., грязно его ругала, доводила до слез. Мальчик, мучимый сильными болями, был фактически изолирован в одной из комнат. Он, разумеется, понимал серьезность своего положения, напоминание о могиле и морге очень больно его травмировали. Работа с этой семьей включала контакты с врачом и медицинскими сестрами из первого Московского Хосписа (для взрослых). Было важно не только уменьшить боль и выраженность других симптомов, но и преодолеть изоляцию, в которой находится умирающий. Помощь сотрудников взрослого хосписа сняла часть забот по уходу за ним со старшей сестры и уменьшило таким образом проявления ее чувств в столь резкой негативной форме. Из обсуждений ситуации с девочкой стало очевидно, что такое поведение было для нее естественным. Она не понимала, почему это может быть так болезненно для брата. Имея в виду короткий период жизни, отпущенный больному, лучшей тактикой было сделать все необходимое, чтобы по возможности исключить ее участие в уходе за братом, защитить его от общения с ней. В этом огромную помощь оказали сотрудники Первого Московского Хосписа (для взрослых онкологических больных). Семье была также оказана финансовая помощь — деньгами и молочными продуктами от фирмы Данон. В рамках программы «Желания» мальчику по его просьбе был подарен маленький котенок. После смерти Димы были организованы консультации у педиатров для его младших братьев.

Для обеспечения комплексного и системного подходов использовался еще один методологический прием — организация адресной помощи по индивидуальным программам, основанным на модульном принципе. Это предполагает, что сотрудники хосписа располагают набором подходов и решений по разным направлениям работы и комбинируют необходимые действия в каждой

конкретной ситуации. Фактически, как бы собираются разные индивидуальные комбинации из модульного конструктора.

Для этого задачи, которые необходимо было решать в хосписе, разделены на отдельные шаги и объединены эти шаги в соответствующие два блока:

1. Организация работы:

- создание работоспособной межпрофессиональной группы волонтеров;
- определение основных организационных проблем семей и патронажной службы;
- поиск средств на поддержание работы;
- создание банка данных по источникам помощи;
- работа по предоставлению информации обществу о деятельности Детского хосписа и о семьях, имеющих неизлечимо больного ребенка и ухаживающих за ним дома;
- популяризация идеи Хосписа на дому;
- создание образовательных программ для профессионалов и волонтеров, выполняющих работу, отличающуюся от их основной профессии, для родителей и других близких неизлечимо больного ребенка;
- создание системы поддержки для всех, кто помогает семье.

2. Непосредственная помощь семье:

- налаживание контактов с семьей и больным ребенком, установление отношений доверия, когда родители точно понимают, что им готовы бескорыстно оказать всю возможную помощь;
- определение специфических организационных и психологических проблем каждой семьи;
- поиск путей решения социальных проблем семьи;
- психокоррекционная работа с больным ребенком;
- психокоррекционная работа с другими членами семьи;
- поддержка семьи в целом и отдельных ее членов после смерти ребенка.

На схеме I.2.3.2 суммирована структура оказания индивидуальной адресной помощи семьям, ухаживающим за ребенком, неизлечимо больным онкологическим заболеванием под опекой Детского хосписа.

Организация адресной помощи семье начинается со знакомства социального работника с пациентом и его близкими. При первом «диагностическом» визите он тщательно анализирует конкретную ситуацию в семье, беседуя с больным ребенком, его родителями и другими близкими. В результате формулируется заклю-

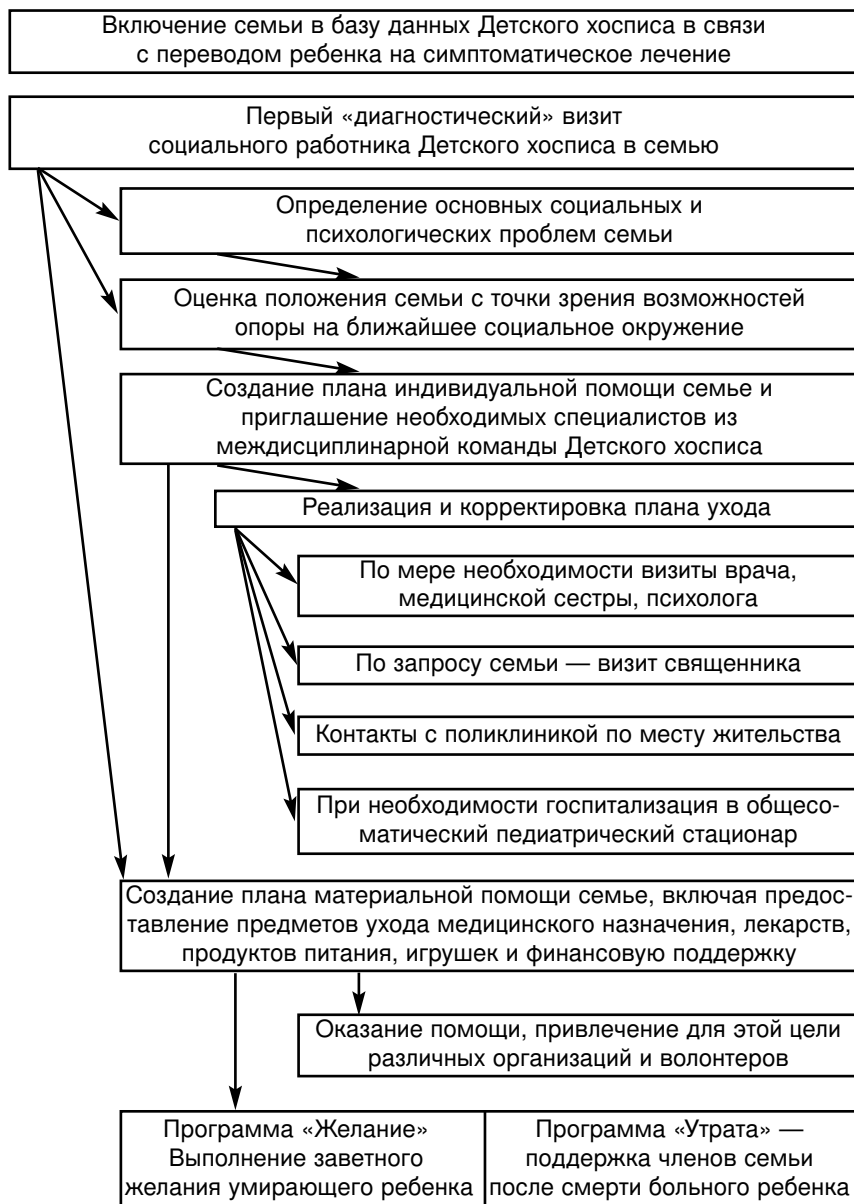


Схема 1.2.3.2. Порядок организации и оказания адресной помощи на дому семье, находящейся под опекой Детского хосписа.



чение о характере и объеме проблем в семье, определяются их очередность и пути их решения. При этом решается задача организации такого подхода к каждой семье, который учитывает ее индивидуальные особенности. Сотрудникам и волонтерам Хосписа необходимо сознавать индивидуальность разных групп с учетом особенностей, зависящих от пола, возраста, социальной принадлежности. Так, индивидуальный опыт болезни в большой степени предопределяется социально-культурными взаимосвязями семьи и ребенка (Табл. I.2.3.3).

Современные процессы национального и религиозного самоопределения требуют учета различий между группами различного этнического происхождения. Примером кросс-культурных различий, которые необходимо учитывать социальному работнику Хосписа, может быть отношение к вскрытию, похоронам в разных религиозных системах. Так, православная традиция предполагает похороны на третий день после смерти, а иудейская и мусульманская — в течение суток до захода солнца. Это обстоятельство важно знать, организуя помощь умирающим онкологическим больным.

Narras М.Е. (1999) подтверждает, как важно сознавать различия опыта представителей различных социальных групп. Например, опыт и переживания мамы, которая может посвятить себя полностью лечению и поддержке своего ребенка, отличается от опыта мамы, вынужденной продолжать работу. Также отец, проживающий в городе, не имеет того же опыта, как отец из сельской местности; мама, которая является вдовой или одинокой, не имеет опыта замужней женщины, которая может разделить с мужем всю свою боль и заботу о больном ребенке. Из изложенного видно, что социальный работник, а также другие сотрудники и волонтеры должны быть подготовлены к пониманию основных проблем семей, представляющих различные социальные, экономические и культурные группы.

Так для помощи в решении социальных проблем неизлечимо больного ребенка и его семьи в рамках организации паллиативной помощи проводилась работа по различным направлениям.

Источниками оказания материальной помощи в денежном и неденежном выражении в нашем опыте были пожертвования частных лиц, коммерческих и благотворительных организаций, гранты отечественных и зарубежных фондов, помощь государственных организаций.

Интеллектуальная поддержка обеспечивалась разовой помощью профессионалов или долговременным с ними сотрудничеством. Она организовывалась либо на безвозмездной основе, либо на основе оплачиваемых контрактов.

Таблица 1.2.3.3

**Виды помощи, организованной Детским хосписом,  
источники ее получения и использование**

Вид помощи	Источник получения	Использование помощи
Материальная помощь в денежном выражении	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пожертвования частных лиц, коммерческих и благотворительных организаций</li> <li>• Гранты отечественных и зарубежных фондов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Адресная финансовая помощь семьям</li> <li>• Приобретение продуктов питания, игрушек</li> <li>• Организационные нужды Детского хосписа</li> </ul>
Материальная помощь в неденежном выражении (инвалидные коляски, медицинское оборудование, лекарства, игрушки и т.д)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отечественные и зарубежные организации (коммерческие и государственные)</li> <li>• Благотворительные фонды</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Адресная помощь семьям — предоставление предметов ухода, продуктов питания, игрушек и др.</li> <li>• Создание резерва Детского хосписа</li> </ul>
Интеллектуальная (профессиональная) помощь	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Долговременное сотрудничество профессионалов на безвозмездной основе</li> <li>• Разовая помощь профессионалов на безвозмездной основе</li> <li>• Оплачиваемая помощь профессионалов</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Профессиональное сопровождение семьи в период ухода и после смерти ребенка</li> <li>• Создание специальных образовательных программ для персонала и волонтеров</li> <li>• Решение организационных задач Детского хосписа</li> </ul>
Помощь соучастием	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Персонал Детского хосписа</li> <li>• Волонтеры, выполняющие свою профессиональную работу</li> <li>• Волонтеры, выполняющие работу, отличную от их профессии</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Помощь в решении бытовых проблем</li> <li>• Эмоциональная поддержка</li> <li>• Поддержка других детей в семье</li> <li>• Решение частных вопросов ухода</li> </ul>
Информационная	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Собственные разработки</li> <li>• Переводы материалов, изданных иностранными организациями</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Предоставление семьям</li> <li>• Обучение персонала и волонтеров</li> </ul>

Помощь соучастием обеспечивали безвозмездно работающие волонтеры, выполнявшие либо свою профессиональную работу, либо работу, отличную от их профессии.

Информационная помощь опиралась на создание и издание собственных разработок Детского хосписа и на перевод материалов иностранных организаций.

Таким образом, еще одним методологическим подходом является организация работы в форме отдельных программ. (Схема I.2.3.3).

Организация образовательных программ — обязательный компонент в работе Детского хосписа. Образовательные программы нужны как родителям так и персоналу, помогающему семье. 98% родителей отмечают, что во время обсуждения проблем, связанных с уходом на дому за неизлечимо больным ребенком, врачи оказываются недостаточно подготовлены к обсуждению тактики поведения семьи с больным ребенком в период его умирания, а именно это, в первую очередь, необходимо родителям.

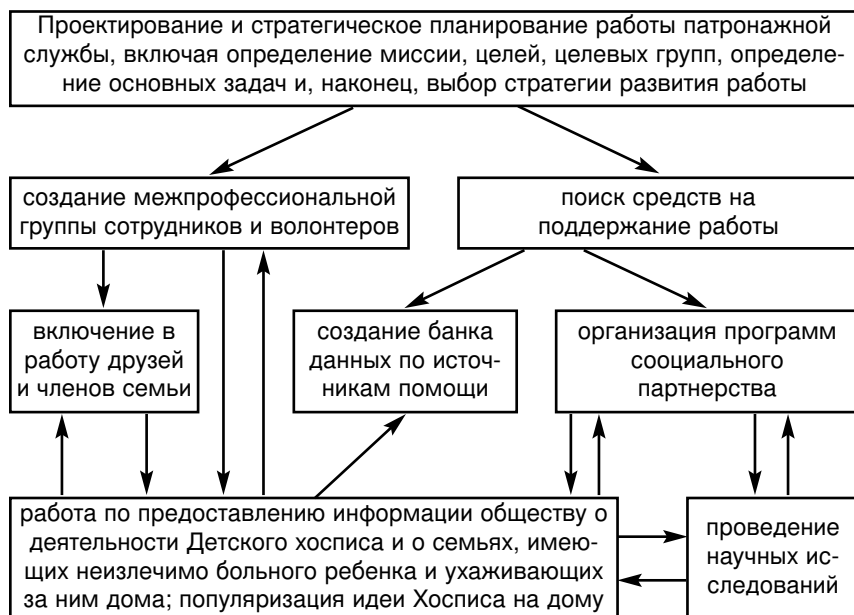


Схема I.2.3.3. Организационные вопросы деятельности Детского хосписа.

Взрослые, включая родителей, врачей, педагогов, не умеют говорить о смерти, об этой одной из важнейших проблем в жизни каждого человека, как между собой, так и с детьми. Таким образом, они усугубляют страхи и свои, и детей; в результате — препятствуют детям обращаться к ним с вопросами о жизни и смерти. При создании программ подготовки специалистов, помогающих неизлечимо больным, например, врачей, медицинских сестер, социальных работников необходимо предусмотреть специальные курсы в области помощи умирающим и людям, переживающим утрату.

Необходимы специальные образовательные программы для профессионалов. Например, в современных российских образовательных программах для социальных работников и в самом учебном процессе отсутствует такой компонент, как подготовка к работе в междисциплинарных командах. Не предполагается проведение междисциплинарных конференций и семинаров. Это отражает межведомственную разобщенность в существующей практике социальной работы и затрудняет реализацию принципов системно-целостного подхода. Требуются специальные образовательные программы для врачей и медицинских сестер в отечественных учебных заведениях и больницах, чтобы изменить патерналистскую установку в отношении больного ребенка и его родителей.

Организация паллиативной помощи предполагает решение возникающих проблем совместными усилиями. Медработники и родственники больных должны действовать сообща, как одна команда. Самые лучшие рекомендации имеют смысл только тогда, когда кто-то может их выполнять. Невозможно ожидать, что семья сможет действовать профессионально, если она недостаточно информирована и подготовлена к этому. Отсюда следует важный вывод о необходимости разработки обучающих программ и для всех членов семьи, переживающей неизлечимое онкологическое заболевание ребенка.

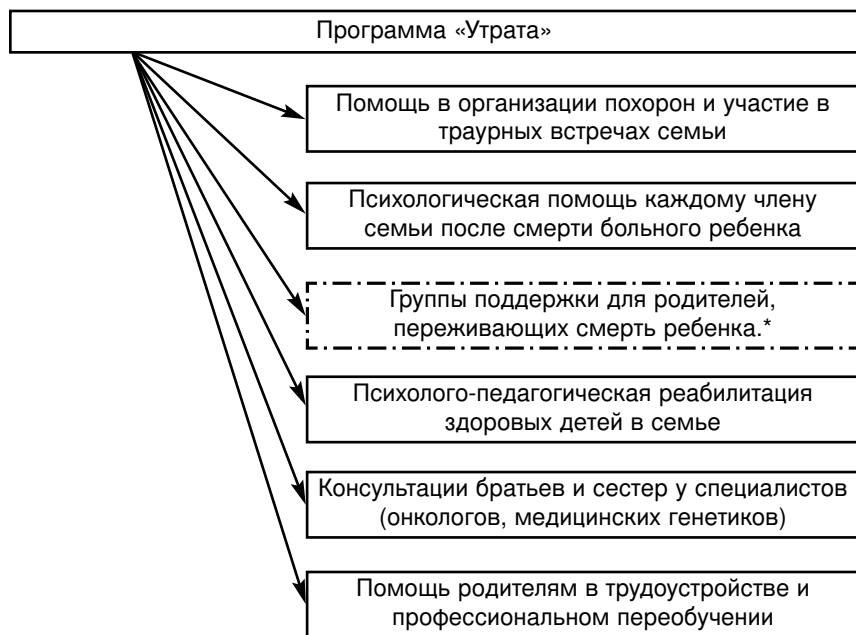
Из сказанного следует, что серьезное место в ряду условий, от успешного решения которых зависит эффективность паллиативной помощи семьям с детьми, неизлечимо больными онкологическими заболеваниями, занимает образовательная деятельность хосписа. Ее обеспечение является еще одним методологическим подходом к работе Детского хосписа.

Характерной иллюстрацией может быть список семинаров, которые проводит для волонтеров один из детских хосписов Англии ACORNS children's hospice (материалы хосписа): «Практические навыки при оказании помощи детям, переживающим утрату»,

«Забота об умирающих детях», «Родительская потеря», «Учет этнических особенностей в традициях, связанных со смертью и переживанием утраты», «Самосознание в работе со смертью и утратой», «Смерть, горе и утрата в отношении подростков: помощь им в преодолении», «Навыки общения и слушания».

Следовательно, создание специальных образовательных программ для специалистов и волонтеров является важнейшим методологическим подходом в обеспечении работы Детского хосписа. Эти образовательные программы должны включать направления оказания непосредственной комплексной паллиативной помощи и подготовку социальных работников, сотрудничающих: в службах, оказывающих паллиативную помощь; в области менеджмента некоммерческих, негосударственных организаций.

Другим примером специализированной программы является программа «Утрата». Особое место при разработке базовой модели Хосписа мы уделили одной из драматичных проблем — поддержке семей после смерти ребенка. (Схема I.2.3.4).



Примечание: \* — планируются

Схема I.2.3.4. Основная работа по программе «Утрата»

Важнейшим ее направлением является индивидуальная эмоциональная поддержка, которую по запросу семьи проводит социальный работник в различных формах: по телефону; во время визитов домой; во время участия во встречах, посвященных памятным датам и т.д. В особенно тяжелых случаях работу с семьей проводит психотерапевт.

Основными направлениями помощи переживающим горе и утрату родным мы считаем деятельность, направленную на решение финансовых проблем семьи; помощь в трудоустройстве матери, решение социальных, психолого-педагогических проблем других детей в этих семьях; организацию медико-генетического консультирования, проведение групп поддержки.

Работа программы «Утрата» начинается с систематизации социальных и психологических проблем семей, переживающих умирание и смерть детей с онкологическими заболеваниями. Стратегическое планирование полезно не только при выстраивании всей работы организации, но и в каждом отдельном направлении.

Особую актуальность представляют собой долго сохраняющиеся психологические проблемы семей, переживающих горе и утрату.

При этом последние отличаются не только глубиной выраженности переживаний, но и абсолютной частотой, встречаясь, практически, во всех семьях.

Отмеченные психологические проблемы связаны с:

1. Отсутствием у членов семьи навыков саморегуляции;
2. Отсутствием профессиональной эмоциональной поддержки семьи;
3. Дисгармонией в отношениях со здоровыми детьми в семье;
4. Длительно сохраняющейся депрессией у членов семьи;
5. Патерналистской моделью взаимоотношений врач-пациент.

Для создания эффективной системы помощи семьям, переживающим горе и утрату, в программе «Утрата» важное место должно быть отведено выявлению социальных и психологических проблем у персонала (как профессионалов так и непрофессионалов), осуществляющего помощь семьям, а также общества в целом.

Важнейшими из них являются:

- отсутствие навыков партнерского общения с клиентами;
- отсутствие необходимых навыков саморегуляции;
- отсутствие разработанных обучающих программ, улучшающих профессиональные навыки социальной и психологической поддержки клиентов;

- табу на обсуждение вопросов, связанных с умиранием и смертью детей с онкологическими заболеваниями, и проблемой общества, порождаемых этими процессами.

При создании системы поддержки людей, переживающих утрату, очень важен опыт других стран и организаций. В США система поддержки потерявших близких обеспечивается различно. Кроме групп, которые организуют хосписы, существуют группы, опирающиеся на различную философию. Объединение в одну группу поддержки людей, потерявших близких от онкологического заболевания и из-за совершенно других причин, например, в дорожно-транспортных происшествиях или в результате самоубийств, дает возможность людям поддержать друг друга, увидеть свое горе в более широком контексте человеческих страданий и большую возможность взаимной поддержки. Существует множество общественных организаций, специально этим занимающихся.

Столь подробно мы остановились на анализе существующих в мире форм организации поддержки лиц, переживающих горе и утрату, поскольку подобного рода примеры легли в основу формирования стратегии представленного нами проекта «Утрата».

Работа с семьями, имеющими детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями, выявила не только широчайший диапазон социальных и психологических проблем, сопутствующих переживанию горя и утраты в связи со смертью ребенка, но и отчетливо показала, что решение этих проблем возможно.

Мы при создании проекта «Утрата» ставим перед собой две важнейшие организационные задачи: первая — обеспечение сотрудничества программы паллиативной помощи с профессиональными психотерапевтами, готовыми проконсультировать семью или сотрудника/волонтера Хосписа, оказывающего помощь семье, и вторая — подготовка сотрудников и волонтеров Хосписа к тому, чтобы они могли различать нормальные и патологические формы протекания горя и фазы той внутренней работы, которая необходима горящему, для возвращения к жизни.

Еще одной программой, сформировавшейся в процессе работы Детского хосписа, явилась программа «Желание», цель которой — помощь в исполнении самых разных последних желаний умирающего ребенка, например, получить котенка, сделать фотографии и др.

Таким образом, выбрав при создании базовой модели Детского хосписа методологию хосписа на дому и методологию организации работы негосударственной некоммерческой структуры, мы получили возможность сразу приступить к оказанию помощи

клиентам и к программам поиска, мобилизации и созданию новых ресурсов.

На основе представленной базовой модели в Москве организована первая и пока единственная в России структура, обеспечивающая паллиативную помощь детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям: «Детский хоспис на дому». На основании опыта данной работы сформулированы основные методологические принципы его функционирования, цель которого — способствовать повышению качества жизни пациентов и их близких.

Структура, созданная в 1993 году в Москве, продолжает активно работать по настоящее время и может служить основой для организации паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями, и их семьям в других регионах страны, также как и семьям, имеющим детей с другими летальными и сублетальными заболеваниями.

Для организации работы новых хосписов для детей важнейшее значение имеет то, какой специалист является инициатором развития программы. Лучше, если это будет не один человек, а инициативная группа. Первое, что предполагает социальное проектирование, это формулировка членами инициативной группы миссии, целей, задач, определение целевых групп, оценка внешних и внутренних возможностей и угроз развития работы. Важнейшим этапом развития проекта является его представление в различных профессиональных сообществах и общественных организациях для поиска партнеров в формировании междисциплинарной команды.

Выбор организационной формы зависит от возможностей инициативной группы. Если инициаторы создания детского хосписа являются сотрудниками органов здравоохранения, они могут попытаться создать государственную организацию. Если такой возможности нет, то эффективным может быть создание общественной организации. Наиболее продуктивным является создание одновременно государственной и общественной организаций. Государственная организация может гарантировать пусть небольшое, но стабильное бюджетное финансирование, стандартизацию требований и строгость отчетности, признание работы на уровне структур организации здравоохранения. Общественная организация в большей степени позволяет привлекать средства из различных источников, участвовать в партнерских проектах с другими общественными, государственными и коммерческими организациями. Особенно важным может быть организация системы помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболеваниями.



ями, и их семьям с опорой на структуру паллиативной помощи взрослым онкологическим больным.

«Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов» предписывают государственным, неправительственным и другим заинтересованным организациям сотрудничать друг с другом в целях оказания поддержки проектам и мерам, связанным с инвалидами. Во многих странах и медицинских центрах родительские и волонтерские ассоциации организуют помощь друг другу и профессионалам в работе. Рассматривая методологические подходы к социальной работе в здравоохранении в новой социально-политической реальности, необходимо ориентироваться на ресурсы не только государственных, но и общественных организаций, как это разрешает современное российское законодательство.

#### *Литература:*

1. *Алексеева Е.* Маркетинг для некоммерческих организаций. // Материалы к семинару «Некоммерческое партнерство». — «Фокус». — М. — 1996. — 7с.
2. *Алексеева Л.С., Хухлина В.В.* Программа развития центра социально-психологической помощи семье и детям. // Проектирование развития учреждений социального обслуживания. — М. — 1996. — сс.43-92.
3. *Бобкова П.В., Ляпидевская Г.В., Фролова А.Д.* Программа развития социально-реабилитационных центров детей-инвалидов. // Проектирование развития учреждений социального обслуживания. — М. — 1996. — сс.75-79.
4. *Вербицкий А.* Фаундрайзинг для развития (пособие для тренеров). // М. — 1998. — 108с.
5. *Гнездилов А.В., Репина М.Т.* Психологические аспекты хосписной службы у детей с онкологическими заболеваниями. // «Социальные и психологические проблемы детской онкологии.» Материалы Всероссийской конференции с международным участием. — Москва. — 4-6 июня 1997г. — М. — 1997. — сс.160-162.
6. *Демидова Н.Ф., Лотова И.П., Попов В.Г.* Программа развития стационарных опорно-экспериментальных учреждений социального обслуживания. // Проектирование развития учреждений социального обслуживания. — М. — 1996. — сс.53-60.
7. *Демидова Т.Е., Стрельникова Н.Н.* Программа развития центра социального обслуживания населения. // Проектирование развития учреждений социального обслуживания. — М. — 1996. — сс.68-74.
8. *Казинс Н.* Анатомия болезни с точки зрения пациента. // М. — 1991. — 95с.

9. Конвенция о правах ребенка.//Докл. Генер. Секретаря ООН на Генер. Ассамблее 20 ноября 1989г. — С.-Пб. — 1992.
10. *Корняк В.Б., Холостова Е.И.* Концептуальные подходы к социальному проектированию программ развития учреждений социального обслуживания населения.//Проектирование развития учреждений социального обслуживания. — М. — 1996. — сс.7-24.
11. *Манукян Э.А., Янкова З.А.* Программа развития центра социальной помощи.//Проектирование развития учреждений социального обслуживания. — М. — 1996. — сс.61-67.
12. *Мескон.* Основы менеджмента.//Пер.с.анг. — М. — Дело. — Акад. нар. хоз-ва при правительстве РФ. — 1998. — 701с.
13. *Моисеенко Е.И.* К вопросу организации паллиативной терапии детей с онкологическими заболеваниями.//«Социальные и психологические проблемы детской онкологии» Материалы Всероссийской конференции с международным участием. — Москва. — 4-6 июня 1997г. — М. — 1997. — сс.158-160.
14. *Моисеенко Е.И., Бялик М.А.* Московский детский Хоспис — первая в России попытка организовать помощь детям, умирающим от онкологических заболеваний и их семьям.//«Социальные и психологические проблемы детской онкологии» Материалы Всероссийской конференции с международным участием. — М. — 1997. — сс.166-169.
15. Путь к успеху. Пособие для неправительственных некоммерческих организаций.//Центр социального просвещения «Голубка». — М. — 1995. — 247с.
16. *Ребрик С.* Основы стратегического планирования.//Методическое руководство по проведению семинара для тренеров, работающих с общественными организациями. — Программа «Поддержка общественных инициатив». — М. — 1997. — 22с.
17. *Розин В.М.* Проблемы и стратегии нетрадиционного проектирования (На материале социального проектирования).//Методологические проблемы проектной деятельности в эргономике. — М. — 1989. — сс.60-66.
18. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов.//Организация Объединенных Наций. — New York. — 1994. — 84с.
19. *Томпсон А.А., Стрикленд А.Дж.* Стратегический менеджмент — искусство разработки и реализации стратегии.//М. — «Банки и биржи». — Издательское объединение «Юнита». — 1998. — 176с.
20. *Хазиахметова В.С. и др.* Детская онкология как направление во взаимодействии органов здравоохранения и регионального отделения фонда социального страхования.//«Социальные и психологические проблемы детской онкологии» Материалы Всероссийской конференции с международным участием. — Москва. — 4-6 июня 1997г. — М. — 1997. — сс.30-32.

21. *Чунятова В. С.* Паллиативное лечение как наука.// «Социальные и психологические проблемы детской онкологии.» Материалы Всероссийской конференции с международным участием. — Москва. — 4-6 июня 1997г. — М. — 1997. — сс.157-158.
22. *Шаниро Б.Ю.* Особенности социальной работы в России.// «Социальные работники за безопасность в семье». — М. — 1999. — сс.7-16.
23. *Beck T.W.* Foundations of funeral service: A Therapeutic Tool To Help People.//The Loewen Group. — 1993. — 60p.
24. *Evans M.J.* Non-Profit Metamorphosis: Application of Best Practices from the Business.//2nd World Conference for Cancer Organizations. — Program & Abstracts. — Atlanta. — 1999. — p.54.
25. *Harras M.E.* The socio-cultural context of childhood cancer.//ICC-CPO. — Newsletter. — 1999. — Vol.6. — №2.
26. *Jenney M.E.* Quality of life in terminal care — towards the best global approach.//Improving the quality of life for children with cancer. — European School of Oncology. — 1998. — p.50.
27. *Masera G. et all.* Guidelines for Therapeutic Alliance Between Families and Staff: A Report of the SIOP Working Committee on Psychosocial Issues in Pediatric Oncology.//Medical and Pediatric Oncology. — 1998. — Vol.30. — pp.183-186.
28. *Milch R.A., Freeman A., Clark E.* Palliative Pain and Symptom Management for Children and Adolescents.//Children Hospice International and Division of Maternal and Child Health. — U.S. Department of Health and Human Services. — USA. — 1998. — 29p.

#### **I.2.4. РЕСУРСЫ В РАБОТЕ ХОСПИСА ДЛЯ ДЕТЕЙ С ОНКОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Мировой опыт показывает, что ресурсов на реализацию социальных программ не хватает всегда, даже в самых экономически процветающих странах.

Начиная с 1990г. в России проходит реформа законодательства в области охраны здоровья. В результате, для обеспечения медицинской помощи населению разрешено создавать негосударственные организации и привлекать ресурсы из различных источников. Эти новые положения законодательства явились необходимым условием для разрабатываемых в представленной работе подходов к обеспечению ресурсами системы оказания паллиативной помощи детям, неизлечимо больным онкологическими заболева-

ниями. Эта деятельность является продолжением разработки стратегии и тактики, организации работы по планированию и управлению Первого хосписа для детей с онкологическими заболеваниями.

Как уже было сказано при обсуждении базовой модели Детского хосписа — разнообразие источников и форм ресурсов является залогом устойчивой деятельности организации.

В работе детского хосписа были использованы следующие группы ресурсов:



Ресурсы, использованные в работе Детского хосписа, можно разделить на две группы:

1. существующие в обществе независимо от работы Хосписа и мобилизованные по мере разворачивания его деятельности;
2. созданные в результате работы Хосписа.

К мобилизованным ресурсам относятся, например, материальные. Материальные ресурсы могут быть денежными и неденежными. Денежные, т.е. непосредственно вложенные денежные суммы, которые могут использоваться либо для решения целевых, оговоренных дарителем, задач (например, гранты), либо по усмотрению организации для материальной помощи семьям, оплаты профессиональной работы, административных расходов и т.д. Неденежные вложения включают лекарства, подарки (продукты, вещи и т.д.), медицинское оборудование и т.п.

Источники материальных ресурсов:

А. Бюджет:

- через систему здравоохранения;
- через систему социальной защиты;
- через социальный заказ.

Б. Внебюджетные источники:

- гранты благотворительных организаций и фондов;
- частные пожертвования;
- пожертвования коммерческих организаций.

При организации работы Первого хосписа для детей в качестве материальных денежных ресурсов большое значение имели гранты благотворительных организаций, частные вклады российских и иностранных граждан. Принципиальной позицией нашей работы являлся непосредственный поиск средств для конкретного ребенка с таким расчетом, чтобы даритель знал, кому конкретно помогает; точно знал, что дар в полном объеме переходит непосредственно нуждающимся. В ряде случаев даритель лично навещал семью и передавал свою помощь. Это позволяет всем участникам полностью доверять друг другу. Доверие — важнейший ресурс, который возникает по мере развития работы и гарантирует ее жизнеспособность.

Направления использования материальных ресурсов:

- непосредственная помощь семьям;
- конкретные программы организации;
- общие нужды организации.

Вклады частных лиц направлены в нашей практике на конкретную помощь семьям, реже — это помощь организации. Чаще дарами являются разовые пожертвования. Они, как правило, вызва-

ны публикациями в прессе, реакцией на непосредственное обращение с просьбой о помощи или являются собственной инициативой, связанной с личными переживаниями. Целенаправленная деятельность по сбору средств для обеспечения работы некоммерческой неправительственной организации называется фандрайзинг.

Фандрайзинг — деятельность некоммерческой организации, базирующаяся на ее уникальной миссии и стратегии, использующая эффективные и продуктивные способы получения ресурсов, необходимых для реализации ее программ и достижения стоящих перед ней целей, обеспечивающая желаемую удовлетворенность дарителю (источнику ресурсов) и имеющая конечным результатом укрепление благополучия общества в целом.

Кроме того, важно, что фандрайзинг не должен вступать в противоречие с миссией организации и с ее базовыми стратегиями. Работа с общественным мнением и со средствами массовой информации безусловно содействует более эффективному сбору пожертвований. Работа по привлечению ресурсов включает не только поиск спонсоров, но и поиск неденежных ресурсов. Например, организация приобретения на льготных условиях предметов ухода, получение для семей бесплатных лекарств, продуктов питания, игрушек и т.д. Неденежные пожертвования могут быть не только на нужды семей, но и на нужды развития самой организации. В таком случае это может быть бумага, бесплатный выход в Интернет, бесплатные копировальные работы и т.д.

Рассматривая труд в качестве следующей группы ресурсов необходимо разделять труд сотрудников, выполняемый за оплату, и труд волонтеров, выполняемый на безвозмездной основе. Как в первом, так и во втором случае — это как профессиональный, так и непрофессиональный труд. Жертвование денег и жертвование своего труда — если не одно и то же, то очень близкие явления. В условиях ограниченности материальных средств, одним из основных ресурсов является привлечение волонтеров или безвозмездный труд сотрудников организации.

Привлечение волонтеров — это специальное направление работы организации. Оно должно включать информационную работу с профессиональными сообществами и информационную работу с обществом в целом для разъяснения целей и задач работы организации, возможных целей и задач, которые могут решать люди, включившиеся в ее работу в качестве волонтеров. Такая работа возможна как результат всей деятельности по стратегическому планированию.

Например, регулярные публикации в журнале «Услуги и цены» маленького рекламного объявления позволили привлечь во-

лонтеров для работы в Детском хосписе. На это же объявление откликнулись люди, согласные работать только за плату. Но на данном этапе развития программы, когда денег на зарплату в Детском хосписе практически не было, это было невозможно, и им приходилось отказывать. С точки зрения привлечения ресурсов через публикации в журналах и газетах очень важно представлять себе круг читателей конкретного издания. Более адресное обращение делает публикацию более эффективной.

Так, большой удачей явилась бесплатная публикация статьи в журнале «Мари Клэр». Поскольку это дорогой журнал, то на публикацию откликнулись и читатели, готовые лично участвовать в работе с детьми, и читатели с предложениями материальной помощи.

На этапе знакомства будущих волонтеров с организацией необходимо проводить тщательный анализ персональных целей, возможностей и ограничений тех людей, которые предлагают свою помощь. Не всякий человек, выражающий готовность помогать в работе Детского хосписа, действительно пригоден к такой работе. Опыт многих благотворительных организаций свидетельствует о том, что часть людей неадекватно оценивают свои эмоциональные силы или профессиональные возможности и другие навыки.

Кроме того, в такой сложной сфере деятельности, как помощь тяжело больным и умирающим, чрезвычайно важно оценить личные мотивы потенциальных сотрудников и волонтеров. Хоспис, как организация, несет ответственность за то, чтобы семье не был причинен вред деятельностью людей, привлеченных к работе. Члены семей, находящиеся в тяжелой жизненной ситуации, особенно уязвимы и могут являться легкой жертвой для некоторых специфических групп населения. К таким группам можно отнести просто мошенников, которые могут воспользоваться возможностью проникнуть в частную жизнь семьи, чтобы в перспективе использовать полученную информацию в корыстных целях, или это могут быть проповедники различных духовных и псевдодуховных школ, для которых проповедь своих идей является центральной задачей, решаемой за счет реальной помощи семьям. Опасность представляют также психически больные люди, поведение которых непредсказуемо.

Особого внимания заслуживают люди, желающие помогать после собственной утраты, в острый период переживания собственного горя. Необходима профессиональная оценка их психологического статуса и их возможности работать с семьями непосредственно. Возможно, что хорошим выходом из положения для таких ситуаций, когда собственное горе человека еще так сильно,

что он не может непосредственно помогать больному и его близким, является включение такого волонтера в организационную работу, в решение проблем, не связанных непосредственно с общением с умирающим ребенком. Со временем такой волонтер может найти себя в любом направлении работы Хосписа.

Оценить потенциального волонтера с точки зрения его возможностей участвовать в каком-то из направлений работы можно на разных этапах, предшествующих началу его непосредственной работы. Во-первых, это личная беседа по телефону и при встрече. Во-вторых, очень полезно может быть просить представить по крайней мере две рекомендации. Хорошая возможность оценить потенциального волонтера представляется во время проведения специального тренинга.

Тренинг — важнейший этап подготовки волонтеров. Даже специалисты, выполняющие свою профессиональную работу, нуждаются в специальной подготовке, как это уже было отмечено при обсуждении образовательных программ Детского хосписа. Специальная подготовка, естественно, необходима людям, готовым выполнять работу, отличную от их основной профессии. Конкретные программы могут очень разниться в зависимости от выбранного волонтером направления работы. Специальные образовательные и тренинговые программы, как и новые навыки и опыт являются, как правило, одним из важнейших оснований для многих волонтеров принять участие в работе организации.

Очень важно при обсуждении контракта с волонтером отметить, что его труд, хотя и не оплачивается, является таким же важным и ответственным вкладом в работу как и труд штатных сотрудников. Из опыта разных организаций следует рекомендация заключать с волонтером договор о взаимных обязательствах Хосписа-волонтера и о взаимной ответственности в первый период работы (1 год). В последующем этот договор возобновляется. Такая постановка вопроса позволяет волонтеру точнее понимать свое место в общей работе и свои задачи, фиксирует период, по результатам которого должны быть подведены итоги и, при необходимости, пересмотрены условия сотрудничества. Такой договор позволяет и волонтеру и сотрудникам более четко понимать — каков его персональный вклад в работу организации. И еще тоже очень важный вопрос — благодарность волонтерам.

В условиях безвозмездного труда удовлетворенность проделанной работой, полученная в явном виде благодарность могут реально поддержать волонтера, быть для него важнейшим личностным результатом работы. Формы этой благодарности могут быть самыми разными. Это, во-первых, письменная благодарность, ко-



торая при необходимости может быть использована волонтером в будущем для подтверждения своих возможностей, как рекомендация. И это могут быть маленькие подарки-сувениры. Может быть организован общий праздник или специальный праздник благодарности волонтерам. Если позволяют ресурсы, то волонтеров можно поддержать и угощениями, полученными в качестве неденежной помощи на нужды семей, находящихся под опекой Хосписа, и организации в целом.

Поскольку работа с семьями, ухаживающими за неизлечимо больным ребенком, в эмоциональном плане очень тяжела, то ответственностью Хосписа, обязательной частью работы с волонтерами и любыми сотрудниками является работа по их эмоциональной поддержке и реабилитации.

Часто к работе Хосписа хотят присоединиться люди, которые по разным причинам не готовы заниматься непосредственной помощью семьям. Таких волонтеров важно привлекать для решения организационных задач. Одним из самых трудоемких направлений является описанный выше фандрайзинг. Эта деятельность может быть чрезвычайно разнообразной. От обзванивания коммерческих организаций с рассказом о деятельности Хосписа и рассылки писем с просьбами о пожертвованиях до проведения праздников, театрализованных представлений и других мероприятий, позволяющих собирать частные пожертвования.

Любой труд и вклад волонтера является чрезвычайно ценным еще и потому, что формирует позитивное отношение к работе Хосписа в местном сообществе. Таким образом, реализуется один из самых действенных путей представления информации о работе Хосписа, предоставляемой с целью привлечения новых ресурсов и, с другой стороны, необходимой представителям целевых групп. Наряду с работой со СМИ это является важнейшим каналом использования информации как еще одного из ресурсов Хосписа.

Большие публикации в газетах и журналах приводили не только к предложениям частных денежных пожертвований для помощи семьям больных детей, но и отчасти способствовали распространению информации о деятельности Хосписа для детей с онкологическими заболеваниями на дому, а также уменьшали информационный вакуум в освещении вопросов детской онкологии и паллиативной помощи в онкопедиатрии.

Следует подчеркнуть, что работа со СМИ не только является способом найти ресурсы (привлечение волонтеров и специалистов, выработка у людей мотивации к участию в проекте, специальная реклама, влияние на общественное мнение, поиск партнерских организаций), но и сами СМИ являются ресурсом. Пред-

ставленная ими информация несет функцию изменения представлений людей о детских онкологических заболеваниях, возможностях современного лечения и потребностях больных и излеченных детей, их близких. Изменение бытующих в общественном сознании устаревших или просто неверных стереотипов позволяет окружающим относиться к больным онкологическими заболеваниями с пониманием и сопереживанием и в то же время с оптимизмом.

К созданным в результате работы Детского хосписа ресурсам относится также опыт, позволяющий со временем все более полно решать задачи организации и обеспечения паллиативной помощи неизлечимо больному ребенку и его близким.

По мере изучения потребностей семей, а также возможностей, использующихся в мировой практике, и исследования возможностей, существующих в нашей стране, стало ясно, что основным механизмом привлечения ресурсов должны стать программы социального партнерства. Это в нашей работе было особенно важно, т.к. работа Детского хосписа ни государственным, ни городским бюджетом не финансировалась.

Социальное партнерство, как стратегия обеспечения ресурсами, позволяет не только привлекать имеющиеся ресурсы, но и создавать новые. При этом основным методологическим принципом работы являлся поиск организаций, заинтересованных совместно реализовывать намеченные проекты. Включение в работу разных специалистов, определение точек пересечения интересов и областей совместного приложения сил — еще один механизм создания новых ресурсов.

Этот подход можно проиллюстрировать на примере организации социально-правового консультирования семей, находящихся под опекой Хосписа. Основную работу по организации юридической помощи в вопросах обеспечения социальной защиты инвалидов в г.Москве организует Центр социально-правового консультирования благотворительной организации «Десница мира». Привлечение специалиста из этого центра к консультированию семей в Детском хосписе позволило обеспечить их необходимой информацией в самые короткие сроки и без дополнительных затрат. Для Центра социально-правового консультирования это тоже было очень важно, т.к., во-первых, эта организация решала задачу, соответствующую своей миссии, а во-вторых, занимаясь работой по привлечению ресурсов для обеспечения собственной деятельности, она могла сослаться на сотрудничество с Детским хосписом, опереться на то, что помогает семьям, тяжелое положение которых очевидно всем и неоспоримо.

Другой организацией, сотрудничество с которой необходимо Хоспису, является учебный институт Психотерапии и психоанализа, который обеспечивает профессиональное консультирование тех подопечных организации, которые нуждаются в такой профессиональной помощи. Для самого института такая работа — возможность обучения студентов работе с людьми, находящимися в критической жизненной ситуации.

Огромную профессиональную поддержку получила наша работа со стороны сотрудников Первого московского хосписа для онкологических больных и онкологического отделения паллиативной помощи ГKB №11 г.Москвы.

Сотрудничество с Московским обществом помощи онкологическим больным и лицам группы риска позволило более эффективно решать вопросы распространения информации. Примером может служить Интернет-консультация по детской онкологии. Ее адрес: [www.doktor.ru/onkos/together/consult](http://www.doktor.ru/onkos/together/consult).

Другим направлением программ социального партнерства является сотрудничество профессионалов (медиков, психологов, педагогов, социальных работников и т.д.) с родителями, объединяющихся на основе общих интересов в ассоциации. Решению многих проблем, возникающих в семьях больных детей, может способствовать поддержка родителей в том, чтобы они совместно решали возникающие проблемы. Привлечение самих родителей к работе в общественных организациях также является путем мобилизации дополнительных ресурсов для помощи семьям больных детей.

Сотрудничество общественных, государственных и коммерческих организаций позволяет вводить в сферу здравоохранения ресурсы разного происхождения, как это предусматривает современное законодательство РФ в области здравоохранения. Так, общественные организации, в отличие от государственных, имеют право получать помощь из различных источников, в том числе гранты на общественную работу. Кроме того, общественные организации более свободны, чем государственные, в определении своих задач, круга клиентов, в выборе партнеров и т.д. С другой стороны, совместная работа общественных организаций с государственными увеличивает шансы на получение поддержки, поскольку в решение задач, поставленных от имени общественных организаций, включаются профессионалы, работающие в крупнейших специализированных клиниках страны. Это подчеркивает авторитетность исполнителей любого предложенного от имени общественной организации проекта, способствует получению ими поддержки.

К важнейшим ресурсам, созданным по мере разворачивания работы Детского хосписа, относятся результаты научно-исследовательской работы. Именно на основании проведенных исследований были определены основные социальные и психологические проблемы семей, ухаживающих за неизлечимо больным ребенком, в том регионе, где разворачивалась работа Детского хосписа, сформулированы подходы к совершенствованию организационно-методической работы и созданию образовательных программ.

Результаты научных исследований использованы также в постановке задач при разработке стратегии развития Детского хосписа. Например, чрезвычайно важным с организационной точки зрения является вывод психологов о том, что даже безнадежно больной ребенок продолжает нуждаться в интеллектуальном развитии и не только может какое-то время посещать школу, заниматься на дому по специальным программам, но и по-настоящему в этом нуждается. Это не только способствует стабилизации его эмоционального состояния, поддерживает в нем силы, но и помогает родным и друзьям, т.к. позволяет сделать для ребенка что-то действительно значимое, найти форму реализации своей заботы о нем, дает возможность показать ему свою любовь. Такие результаты определили образовательное направление работы Хосписа. Следовательно, научные исследования, в первую очередь в области психоонкологии, занимают важное место в качестве ресурса. Для того, чтобы более эффективно помогать больному и его близким, необходимо проводить специальные исследования, позволяющие понять психические процессы, сопровождающие диагностику тяжелого, угрожающего жизни заболевания, травматичное лечение, отторжение социального окружения, процесс умирания, как и процессы, сопровождающие переживание горя и утраты.

Таким образом, поиск ресурсов, в том числе привлечение материальных средств из внебюджетных источников и привлечение к работе профессионалов на условиях безвозмездного труда, также относится к методологическим задачам организации паллиативной помощи детям на терминальной стадии онкологического заболевания.

Из изложенного видно, что для успешной работы Детского хосписа необходима мобилизация различных ресурсов как для адресной помощи семье, так и для обеспечения деятельности организации.

*Литература:*

1. *Вербицкий А.* Фандрайзинг для развития (пособие для тренеров).//М. — 1998. — 108с.
2. *Коротких Р.В.* Медицина и права человека. Введение в биоэтику.//Учебное пособие. — М. — 1998. — сс.76-94.

### **1.2.5. ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ РАЗВИТИЯ И СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

Злокачественные новообразования являются важнейшей социально-гигиенической проблемой в большинстве стран мира. Решение этой проблемы немыслимо без глубокого анализа особенностей распространения этих заболеваний в человеческом обществе, без изучения роли отдельных факторов и их комплексов в возникновении злокачественных опухолей, разработки мер их рациональной профилактики. Все это является предметом изучения эпидемиологии злокачественных опухолей — относительно нового направления, возникшего на стыке онкологии и социальной гигиены.

Эпидемиологические исследования рака являются сложившимся научным направлением со своей историей, предметом и специфическими задачами. Эпидемиология рака, как наука, накопила богатейший материал об особенностях распространения тех или иных новообразований на различных территориях земного шара и в отдельных группах населения, установила роль ряда факторов (прежде всего питания, курения, употребления алкоголя, профессиональных вредностей, почв и микроэлементов, УФ-радиации, этнических факторов, наследственности, групп крови, перенесенных заболеваний, социально-экономических условий и пр.) в их возникновении, выработала методы исследования, сформулировала рабочие гипотезы о причинах опухолевого роста, позволила выявить ряд закономерностей и тенденций в происхождении злокачественных новообразований, а также сделать соответствующие теоретические обобщения.

## Содержание эпидемиологии злокачественных опухолей

### *История становления и развития*

В 1952 году североамериканские эпидемиологи пришли к выводу, что эпидемиология должна изучать не только инфекционные заболевания, но и все массовые болезни. С тех пор в литературе стали появляться сообщения об эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний, злокачественных опухолей, психических заболеваний, болезней обмена веществ и другие.

Появление нового направления в изучении причин хронических неинфекционных заболеваний — эпидемиологии неинфекционных заболеваний — вызвало противоречивые отклики и, в частности, отрицательное отношение к нему эпидемиологов-инфекционистов. Некоторые из них расценивали работы по эпидемиологии неинфекционных болезней как попытку ревизовать самостоятельность эпидемиологии как научной дисциплины и переклечь внимание эпидемиологов на болезни и явления неинфекционной природы (Рогозин И.И., Токаревич К.Н., Елкин И.И., 1971).

В 1960 году в Праге состоялся Международный симпозиум по вопросам общей эпидемиологии, где после длительного обсуждения все его участники пришли к единодушному выводу, что эпидемиологический метод может быть использован с целью изучения не только инфекционных, но и других заболеваний. В конце 1968 года в Москве состоялся симпозиум по эпидемиологии неинфекционных болезней. В его решении было записано, что эпидемиология неинфекционных болезней должна включать изучение условий жизни и их влияние на здоровье населения, географию отдельных заболеваний, связь с социальной медициной, использование статистических методов, демографическую статистику, изучение восприимчивости населения к заболеваниям, раннее выявление и лечение больных, исследование причин возникновения заболеваний, накопление материалов по отдельным заболеваниям, медицинские осмотры населения, международное сотрудничество при изучении неинфекционных болезней.

В нашей стране одной из первых работ по эпидемиологии злокачественных опухолей явились исследования профессора А.М.Меркова, который в 1936 году опубликовал статистические данные о злокачественных опухолях на Украине в связи с их географической распространенностью. Позднее А.И.Серебров и А.В.Чаклин начали систематические экспедиционные исследования распространенности рака в различных частях Советского

Союза. Первоначально эта проблема называлась «Изучение крайних особенностей распространения рака», затем — «Эпидемиология злокачественных опухолей».

Развитие эпидемиологии злокачественных опухолей сопровождалось интенсивным развитием статистических методов исследования, использованием ЭВМ и методов многофакторного анализа (Гурарий К.Н., Двойрин В.В., 1968; Долгинцев В.И., 1971), которые позволяют получить ответ на вопросы, принципиально неразрешимые методами экспериментальных или клинических наблюдений.

Процесс развития и совершенствования эпидемиологических исследований рака в нашей стране есть результат усилий представителей различных медицинских специальностей, математиков, географов, биологов и других. В рамках проблемной комиссии «Эпидемиология злокачественных опухолей» при Президиуме АМН СССР, возглавляемой в 70-е годы двадцатого века профессором А.В.Чаклиным, активно проводят исследования онкологи (В.В. Двойрин, В.Б. Смулевич, М.К. Стуконис, М.К. Пурде, А.И. Саенко, Л.И. Чарквиани, С.Н. Нугманов, К.Л. Базилян, А.А. Шайн, Г.Е. Поздняков), врачи смежных с онкологией специальностей (В.А. Балашов, М.Б. Пряничникова, П.И. Филатов, В.И. Кустов), морфологи (Н.И. Колычева), социал-гигиенисты и организаторы здравоохранения (С.И. Стегунин, В.И. Долгинцев, Г.Н. Кривобоков, Л.А. Зенина, А.Г. Сапрыкина, О.А. Вебер, Г.А. Адыширин-Заде), географы (З.И. Мартынова, М.А. Раху), математики (К.Н. Гурарий, Т.Г. Глазкова) и другие.

Ушли в прошлое споры о возможности эпидемиологического подхода к проблеме неинфекционных заболеваний. В этой связи важно подчеркнуть, что решение проблемы онкологических заболеваний требует привлечения идей и методов различных научных направлений, и вряд ли это под силу какому-либо одному из них. Пути решения проблемы лежат в области социальных преобразований, связанных с условиями жизни, питания, состояния окружающей среды, глубоким изучением проблемы не только развития опухоли, но и взаимоотношений между опухолью и организмом.

Активный процесс дифференциации медицинских знаний и специализации медицинской помощи населению способствует новому закономерному явлению в развитии онкологии — интеграции. Интегрирующую функцию в онкологических исследованиях призвана выполнять эпидемиология злокачественных опухолей.

Эпидемиология злокачественных опухолей — наука синтетическая. Для достижения своих целей она использует не только

многовековой эпидемиологический опыт, но и данные таких смежных дисциплин, как биология, иммунология, математика, социология, демография и многих других. Эпидемиологические исследования дают возможность изучить особенности распространения опухолей, выявить вредные факторы внутренней и внешней среды, тенденции изменения частоты заболевания, позволяющие правильно прогнозировать заболеваемость и планировать профилактические мероприятия и исследования в наиболее важных областях онкологии.

Следует отметить, что эпидемиология злокачественных опухолей и социальная гигиена имеют много общего в теории (проблема изучения состояния здоровья населения, определение социальной значимости болезней, разработка многомерных индексов, исследование причин успехов и неудач в области общественного здоровья, изучение причин, влияющих на различные хронические заболевания) и ставят своими задачами разработку практических мероприятий по профилактике и борьбе с различными болезнями. Эпидемиологическое изучение онкологических заболеваний являются в определенной мере базой углубленных клинико-социальных исследований.

В последние десятилетия появились исследования (Айриян А.П., 1979), посвященные социально-гигиеническим аспектам эпидемиологии злокачественных опухолей, где объектом изучения является не только больной, но и его семья, условия быта и труда, традиции и другие факторы, имеющие прямое или косвенное отношение к изучаемой проблеме. Это имеет принципиальное значение, так как недооценка значения социальных факторов может привести к серьезным ошибкам.

Современная эпидемиология злокачественных опухолей интересуется всеми аспектами, связанными с болезнью, ее распространением во времени и пространстве, со всем, что делает болезнь социальным явлением. Как любая наука, она имеет предмет изучения, методы исследования, фактические данные, накопленные в процессе своего исторического развития, результаты теоретического обобщения фактического материала — гипотезы, теории, вскрытые закономерности, методологические принципы, определенные познавательные возможности.

### *Особенности распространения злокачественных опухолей и факторы, их определяющие.*

В процессе своего исторического развития эпидемиология злокачественных опухолей накопила богатейший материал, ха-



ктеризующий особенности распространения заболеваний в человеческом обществе.

### *Учет информации*

Изучение распространения злокачественных новообразований требует регистрации всех случаев заболеваний и смерти от злокачественных опухолей, формирования научной статистики рака.

Вопрос о методах получения информации о распространении злокачественных новообразований неоднократно обсуждался на заседаниях экспертов ВОЗ. На рабочем совещании экспертов ВОЗ по информационным системам статистики рака, состоявшемся в Минске в 1975 году, было рекомендовано создание канцер-регистров с охватом от 2 до 7 миллионов населения. Принято предложение советских представителей о создании единой программы-минимум для всех стран независимо от существующих у них систем здравоохранения.

Надежность и полнота статистической информации является основой для научно обоснованных выводов и делает возможным объективное прогнозирование, особенно долгосрочное. Решение информационной проблемы — одна из главнейших задач современной эпидемиологии злокачественных опухолей.

Различные страны имеют свою историю развития статистики злокачественных новообразований. В России официальная статистика заболеваемости возникла в 1842 году. Сведения эти были неполными вследствие недоступности медицинской помощи и слабой диагностики, а заболеваемость злокачественными опухолями представлялась одной строкой «злокачественные новообразования». Однако Россия была единственной страной, где существовала официальная статистика заболеваемости раком.

В 1925 году П.И.Куркиным и П.А.Кувшинниковым была предложена система регистрации больных злокачественными опухолями, которая явилась основой для организации государственной регистрации онкологических больных, введенной в СССР в 1938 году, а на Украине — с 1932 года. Эта регистрация была прервана Великой Отечественной войной и вновь восстановлена в 1945 году. С 1953 года вводится повсеместная и обязательная регистрация онкологических больных среди городского и сельского населения.

В большинстве стран мира сведения о заболеваемости раком содержатся в онкологических регистрах, отличающихся по методам сбора случаев заболевания, по списку включенных диагнозов и т.д., и является выборочным исследованием в отличие от уни-

версальной системы данных о смертности, которые охватывают все население.

### *Географическое распространение*

Изучение особенностей распространения злокачественных опухолей на различных территориях играет особую роль в эпидемиологических исследованиях, так как они являются возможным источником гипотез, о чем еще более 100 лет назад было отмечено Hirsch. Известно, что эпидемиологические данные, собранные различными исследователями в разных условиях и при разной системе медицинского обеспечения, имеют ориентировочный характер. По этому вопросу в литературе имеется большое число публикаций (Мерков А.М., Чаклин А.В., 1962; Двойрин В.В., 1975; Doll R., 1971, 1978; Day N., 1975 и др.).

В настоящей лекции мы не ставим перед собой цель — анализировать методологические аспекты этого вопроса, а лишь приводим в качестве примера конкретные фактические материалы, характеризующие эпидемиологию рака как научное направление (Табл. I.2.5.1).

Из приведенных данных видно, что злокачественные опухоли различных локализаций имеют неодинаковое распространение на территории континентов и стран. Эти материалы являются исходными для формулирования научных гипотез о причинах возникновения тех или иных форм рака, для поиска и анализа факторов онкологического риска.

### *Факторы, имеющие отношение к возникновению злокачественных опухолей*

Анализ накопленных материалов свидетельствует о роли различных факторов в возникновении злокачественных опухолей. Согласно данным Комитета по профилактике рака ВОЗ до 90% случаев опухолей связаны с внешними воздействиями. В таблице I.2.5.2 выделены основные факторы и формы злокачественных новообразований, связь между которыми установлена.

### *Некоторые итоги теоретического обобщения*

Опыт изучения эпидемиологии злокачественных опухолей показал, что результаты исследований являются материалами к изучению этиологии опухолей человека. На основе богатейшего фактического материала об особенностях распространения новообразований формулируются гипотезы, теории, вскрытые закономерности.

Таблица 1.2.5.1

**Зоны высокой и низкой заболеваемости злокачественными  
опухолями по избранным локализациям**

Локализация опухоли	Зоны	
	высокой заболеваемости	низкой заболеваемости
Желудок	Россия, Германия, Польша, Италия, Япония, Австрия, Чили, Исландия, Финляндия	США, Австралия, Новая Зеландия, Канада, Израиль, Узбекистан, Грузия, Армения
Легкие	Шотландия, Англия, США, Южная Африка, Финляндия	Китай, Бангладеш, Казахстан, Узбекистан
Кожа	Австралия, Новая Зеландия, южные штаты США (белые), Украина, государства Средней Азии (некоренные жители)	Исландия, Швеция, Северные районы России
Пищевод	Казахстан, Иран, Северный Китай, ЮАР, Япония, Индия	Нидерланды, Молдавия, Прибалтийские страны, Украина, Грузия, Армения
Молочная железа	Канада, Скандинавские страны, Прибалтийские страны	Япония, Бангладеш, страны Средней Азии
Толстый кишечник	США, Германия	Китай, Восточная Европа
Печень	Сенегал, Нигерия, Кения, Мозамбик, Уганда, Тайланд, Япония, Китай, Тюменская область	Европа, Америка

Так, обнаружение зон необычайно высокой заболеваемости отдельными формами рака, доказательства различий в частоте заболеваний раком в различных группах населения позволили найти путь к раскрытию причины заболевания. Например, установление факта высокой заболеваемости населения Ханты-Мансийского автономного округа Тюменской области первичным раком печени дало основание выдвинуть гипотезу о взаимосвязи этого заболевания с широко распространенной в этой местности опистор-

Таблица 1.2.5.2

**Факторы, имеющие отношение к возникновению  
злокачественных опухолей**

Факторы	Локализация злокачественных опухолей
Питание	Желудок, пищевод, толстый кишечник, печень, поджелудочная железа, молочная железа, яичники, легкие
Курение	Легкие, полость рта, губа, глотка, гортань, пищевод, желудок, мочевого пузырь, 12-типерстная кишка, почки, поджелудочная железа, толстая и прямая кишка, молочная железа, шейка матки
Употребление алкоголя	Желудок, пищевод, полость рта, глотка, легкие, поджелудочная железа, печень, молочная железа
Почвы, микроэлементы	Желудок, пищевод, толстый кишечник, прямая кишка
Этнические факторы	Желудок, пищевод, носоглотка, толстый кишечник, прямая кишка, легкие, мочевого пузырь, кожа, поджелудочная железа, нижняя губа, молочная железа, лейкемия, простата, печень, меланома кожи, яичник
Ультрафиолетовая радиация	Кожа
Профессиональные вредности	Легкие, желудок, пищевод, печень, яичники, кожа, мочевого пузырь, гортань, глотка, лейкемия
Наследственность	Желудок, пищевод, толстый кишечник, молочная железа, яичко, ретинобластома, лейкемия
Группа крови	Желудок, пищевод
Перенесенные заболевания	Желудок, легкие, пищевод, печень, поджелудочная железа, толстый кишечник, молочная железа, шейка матки, мочевого пузырь, предстательная железа, полость рта

хозной инвазией, а затем выявить корреляцию между ними (Шайн А.А., 1973).

Следует отметить, что поиск этиологических факторов в онкоэпидемиологических исследованиях ведется не только в зонах с высокими уровнями заболеваемости населения. В последние десятилетия особое внимание обращается на территории крайне низких показателей заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей. Наличие территорий с низкой частотой рака позволило исследователям сформулировать гипотезу о наличии антиканцерогенов в окружающей среде, которую удалось подтвердить многим исследователям. Установлено, что в районах с относительно высокой концентрацией солей магния, кальция и брома в почве и питьевой воде население реже болеет злокачественными опухолями (Шиловцев С.П., Шиловцева А.С., 1958; Базилян К.Л., 1963). Имеются сообщения об антиканцерогенном действии селена, витаминов А и Е, которые препятствуют развитию рака, нарушая переход преканцерогенов в истинные канцерогены (Jansson B., 1976; Shamberger R. et al., 1976).

Эпидемиологическими исследованиями удалось показать факты нарушения взаимодействия организма с внешней средой у онкологических больных. Так, у больных злокачественными опухолями и шизофренией были проанализированы два фермента сыворотки крови: глиоксалаза и катехоламинциклаза (Galzigna L. et al., 1974). Эти ферменты имеют статистическую корреляцию у здоровых людей, которая теряется у больных раком и шизофренией. Потеря корреляции предполагает изменения биохимической адаптивности организма к влиянию окружающей среды.

Исследованиями по эпидемиологии рака выявлены различные закономерности и тенденции, объясняющие в различной степени причины возникновения злокачественных новообразований. Почти повсеместно отмечается уменьшение заболеваемости и смертности от рака желудка, которое объясняется улучшением питания населения. Выявлены тенденции к существенному снижению заболеваемости женщин злокачественными опухолями шейки матки. В то же время почти во всех странах имеется рост частоты рака легких, молочной железы, толстого кишечника, предстательной железы, яичника и других, которые в значительной степени связаны с увеличением загрязнения внешней среды, распространением курения, профессиональными вредностями и обычаями.

Многочисленные гипотезы, как предположения о причинах возникновения конкретных форм злокачественных опухолей и закономерностях их распространения, проходя определенные этапы

своего развития, становятся научными теориями онкогенеза. В значительной степени теоретическая база эпидемиологии рака обогащается теоретическими обобщениями экспериментальной и клинической онкологии (химическая, вирусогенетическая теория рака). Происходит накопление и развитие научных теорий, получивших свое обоснование на материалах эпидемиологических исследований. Так, успешное внедрение математических методов в эпидемиологии рака показало, что развитие злокачественных опухолей происходит в условиях определенной ситуации, возникающей под влиянием взаимодействия комплекса факторов, участвующих в ее формировании со своим весом и знаком, причем различные сочетания факторов дают огромное число состояний, способствующих или препятствующих развитию злокачественных опухолей (Долгинцев В.И., 1971).

Таким образом, эпидемиология злокачественных опухолей располагает большим количеством фактов, изученных связей, выявленных закономерностей, сформулированных рабочих гипотез и вносит определенный вклад в обоснование и развитие научных теорий происхождения новообразований.

### **Основные этапы развития эпидемиологии злокачественных опухолей**

Эпидемиология злокачественных опухолей прошла в своем развитии три основных этапа: описательный, аналитический и интегративный. Каждому этапу свойственны определенные приемы сбора и обработки информации, конкретные методы познания, формы выражения научных знаний и возможности исследований (Табл. I.2.5.3).

#### *Описательная эпидемиология*

Отправным в эпидемиологических исследованиях злокачественных опухолей является статистический учет заболеваемости и смертности населения. Отнесение полученных данных к определенным территориям позволяет изучить уровни заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей в различных странах и выявить таким образом особенности их географического распространения.

Этот этап эпидемиологических исследований известен в отечественной и зарубежной литературе как описательная эпидемиология. На этом уровне познания зависимости здоровья людей от различных факторов широко применяются такие методы, как наблюдение, описание, измерение, сравнение. Наблюдение уровней

заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей как систематическое целенаправленное восприятие объективной реальности является одной из задач эпидемиологических исследований. Оно дает нам в форме совокупности эмпирических статистических показателей первоначальную информацию о распространении раковых заболеваний на изучаемых территориях и в группах населения.

История развития эпидемиологических исследований свидетельствует, что ее достижения в значительной степени были обусловлены успехами различных отраслей онкологии, прежде всего учением о химическом канцерогенезе, данными вирусологии, иммунологии и генетики рака. В то же время истоками теории химического канцерогенеза, генетических, иммунологических исследований и вирусологии рака в определенной степени явились эпидемиологические исследования злокачественных опухолей. Наблюдаемые уровни показателей заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей сами по себе, без соответствующих обобщений, вытекающих из них, не так уж ценны. Конечная цель наблюдений — это получение определенных обобщений, выделение тенденций и закономерностей изменения структуры и уровней онкологической заболеваемости, обоснование научных гипотез.

Описательные эпидемиологические исследования изучают распространение злокачественных опухолей в различных популяциях человека, концентрацию случаев заболеваний раком во времени и пространстве. Следует отметить, что заболевания злокачественными новообразованиями рассматриваются не только как процесс, происходящий во времени, который является важным параметром, но и как результат изменений в жизни в целом под влиянием многих факторов.

На описательном этапе эпидемиологических исследований рака в качестве формы выражения знаний широко используются абсолютные и относительные величины, стандартизованные показатели, средние величины, графические изображения, в которых фиксируется состояние изучаемого явления. На этом этапе исследований познаются внешние стороны изучаемых свойств, связей, отношений, выделяются отдельные факторы, которые могут иметь определенное отношение к возникновению злокачественных опухолей. Здесь характерны первичная количественная обработка эмпирического материала, выделение чисто феноменологических зависимостей.

Возможности такого рода исследований исчерпываются классификацией эмпирической информации (научных фактов, статистических данных и так далее) о распространении злокаче-

### Основные этапы и характеристики

Этапы эпидемиологических исследований	Применяемые методы познания	Форма выражения знания
1	2	3
Описательный	Наблюдение, измерение, описание, сравнение	Абсолютные, относительные и средние величины, стандартизованные показатели, схемы, графические изображения, в которых фиксируется состояние изучаемого явления
Аналитический: • ретроспективные исследования • проспективные исследования	Научный анализ, сравнение, измерение, абстрагирование, эксперимент	Показатели соответствия ( $\chi^2$ ), коэффициенты корреляции, регрессии, дисперсионный анализ и др., указывающие на статистические зависимости одних конкретных характеристик от других
Интегративный	Системный метод, моделирование, кибернетический метод, идеализация, формализация, синтез	Модель абстрактно-логическая, математическая, кибернетическая как отражение реальных вскрытых причинно-следственных отношений

венных опухолей в конкретных группах населения на различных территориях, на основе которой формируются гипотезы, устанавливаются эмпирические закономерности.

Однако знание величины показателей заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей, их тенденций во времени и особенностей географического распространения не дает нам



Таблица I.2.5.3

**эпидемиологических исследований**

---

Возможности исследования

---

4

---

- 1) Познание внешней стороны изучаемых свойств, связей, отношений, выделение факторов, имеющих отношение к возникновению злокачественных опухолей
  - 2) Первичная количественная обработка эмпирического материала, выделение чисто феноменологических зависимостей
  - 3) Классификация эмпирической информации (научных фактов, статистических данных и т.д.), на основе которой формируются эмпирические закономерности
- 
- 1) Расчленение и дифференциация изучаемого явления на «исходные элементы»
  - 2) Выделение наиболее информативных факторов, их группировка и систематизация
  - 3) Выделение комплекса специфических факторов, указывающих на наличие причинно-следственных связей между изучаемыми комплексами и возникновением рака
- 
- 1) Установление значимости каждого из изучаемых факторов и их комплексов в возникновении заболевания при их взаимосвязи и взаимовлиянии
  - 2) Моделирование онкоэпидемиологических ситуаций в пределах выбранной системы факторов
  - 3) Получение новых знаний об этиологии злокачественных опухолей и их использование для дальнейшего изучения явлений
  - 4) Определение роли социально-гигиенических факторов
  - 5) Разработка научно обоснованных рекомендаций по первичной профилактике злокачественных опухолей
- 

полного представления о причинах неравномерного распространения этих заболеваний и широкой вариабельности показателей. Описание, являясь одной из форм обобщения знаний, никогда не исчерпывает всех сторон изучаемых явлений. Эти сведения можно получить при изучении эпидемиологии отдельных случаев заболеваемости злокачественными новообразованиями, для чего необ-

ходим тщательный анализ условий жизни больных, их производственной деятельности, климатических условий, особенностей питания, образа жизни, различных привычек, генетического фона и других факторов.

Таким образом, изучение особенностей распространения злокачественных опухолей, проводимых на уровне описательной эпидемиологии, позволяет высказать ряд рабочих гипотез, проверка которых осуществляется с помощью аналитических исследований.

### *Аналитическая эпидемиология*

Для проникновения вглубь изучаемого явления необходимы его расчленение и дифференциация, изучение «исходных элементов», внутренняя структура которых не представляет интереса для данного исследования. Задача решается с помощью одного из методов познания — научного анализа, который позволяет выявлять специфические зависимости одних конкретных характеристик от других, выяснять их качественные и количественные особенности. Анализ, как классический метод познания, признает единственно возможным и осуществимым путь расчленения целого на части, выделение отдельных факторов и тщательное их изучение.

Поскольку на аналитическом уровне эпидемиологических исследований стремятся проникнуть вглубь изучаемого явления, здесь, в отличие от описательных исследований, нет необходимости в полном учете всех случаев заболеваний злокачественными опухолями, то есть для аналитических исследований характерно применение выборочного метода.

Применение выборочного метода в аналитических эпидемиологических исследованиях обусловлено несколькими причинами. Его можно провести быстрее сплошного; для его осуществления требуется меньше специально обученных работников, что значительно уменьшает неподдающиеся точной количественной оценке ошибки регистрации, искажающие полученные данные; при нем можно осуществить по более обширной программе глубокое и всестороннее обследование, чем при сплошном наблюдении.

Нужно заметить, что, проводя аналитические исследования, требуется определить достаточное число наблюдений, строго руководствуясь теорией выборочных исследований с учетом специфики рассматриваемого явления и избранного метода обработки информации.

Основой аналитических исследований эпидемиологии злокачественных опухолей является сопоставление данных о больных определенным видом новообразования и о группах населения, среди которых они выявлены, в соответствии с тем, подвергаются они воздействию изучаемых факторов или нет.

Существуют два вида аналитических исследований злокачественных новообразований: ретроспективный или «исследование истории заболевания» (отбор пораженных и непораженных) и ретроспективный или «когортное исследование» (отбор подвергающихся или неподвергающихся какому-либо воздействию).

Ретроспективное исследование обычно применяется, когда необходимо при минимальных затратах времени и средств проверить несколько гипотез, предложенных для объяснения связи возникновения злокачественных новообразований с какими-либо факторами. Оно позволяет изучать возможные причины заболевания для группы лиц с определенным видом злокачественного новообразования.

Ретроспективное исследование направлено от свершившегося события (заболевания) к возможным его причинам и осуществляется путем сопоставления частоты изучаемых факторов у больных злокачественными опухолями и здоровых людей (контрольная группа), case-control.

Сбор онкоэпидемиологической информации о больных раком и лиц контрольной группы обычно осуществляется методом опроса, клинического обследования, а также изучения специальной медицинской и другой документации, при этом каждая единица наблюдения характеризуется большим количеством признаков, достигающих десятков и сотен. Собранные данные регистрируются в специальных картах обследования, приспособленных для обработки информации на ЭВМ по определенным стандартным или оригинальным программам.

Проспективное эпидемиологическое исследование основывается на изучении частоты возникновения злокачественных новообразований в группах, подверженных и неподверженных действию каких-либо факторов, то есть исследование направлено от предполагаемой причины к заболеванию.

Суть проспективных эпидемиологических исследований заключается в установлении свойств (особенностей), присущих определенной группе людей и в выявлении в течение ряда лет последствий этих свойств, зависимости показателей заболеваемости или смертности в этих группах от тех или иных факторов и их комплексов. Эти исследования, по сравнению с ретроспективными, дают весомые доказательства причинно-следственных связей, од-

нако они имеют один существенный недостаток — более трудоемки и требуют значительных затрат времени и средств.

На аналитическом этапе онкоэпидемиологических исследований ведущими методами познания являются научный анализ, абстрагирование, сравнение, измерение, эксперимент. В процессе анализа роли отдельных факторов в возникновении злокачественных новообразований исследователь абстрагируется от несущественных свойств, связей с одновременным выделением одной или нескольких интересующих его сторон изучаемого явления. При этом здесь широко применяется такой вид абстракции как отождествление, когда происходит объединение в одну группу раковых больных (опытная группа), отвлечение от индивидуальных свойств каждого человека. Аналогично обстоит дело и с группой здоровых людей (контрольная группа).

Сравнение частоты отдельных факторов среди группы больных злокачественными опухолями (ретроспективное исследование) или частоты возникновения заболеваний в группах подверженных и неподверженных воздействию каких-либо факторов (проспективное исследование) дает возможность указать на наличие причинно-следственных связей между изучаемыми факторами и заболеванием.

Поскольку методы ретроспективных эпидемиологических исследований устанавливают лишь статистическую связь между конкретными факторами внешней и внутренней среды и болезнью, одной из задач проспективной эпидемиологии рака является экспериментальное доказательство этой связи. Эксперименту как методу познания в эпидемиологических исследованиях придается более широкий смысл. Проведение любых мероприятий по охране здоровья, основанных на данных по этиологии злокачественных опухолей, рассматривается как эксперимент, в котором проверяется ценность этих данных. Окончательное доказательство тому, что определенные факторы являются причиной рака человека, может быть получено только в результате длительного наблюдения за изменением заболеваемости после устранения влияния этих факторов.

В качестве формы выражения знания на аналитическом этапе эпидемиологических исследований применяются показатели соответствия, коэффициенты корреляции и регрессии, дисперсионный анализ и другие методы установления статистических зависимостей, указывающих на специфические связи конкретных факторов и изучаемых явлений.

В процессе проведения аналитических исследований происходит выделение наиболее информативных факторов и, что осо-

бенно важно, комплексов специфических факторов, ответственных за возникновение злокачественных опухолей. В этом заключается важная отличительная особенность познавательных возможностей аналитического этапа эпидемиологических исследований.

Изучение отдельных факторов условий труда, быта, наследственности и других, хотя и имеет большое познавательное и практическое значение, никогда не исчерпывает всех сторон явлений и обстоятельств изучаемого явления, не дает полного представления о причинах особенностей распространения раковых заболеваний. Например, многочисленными исследованиями установлено, что рак легкого чаще встречается у курящих табак, чем у некурящих. Но почему у одних злостных курильщиков табака возникают злокачественные опухоли, а у других нет? На этот вопрос классические методы изучения эпидемиологии рака не дают ответа.

В этих условиях усиливается потребность в обобщающих методиках, ибо подлинная научная теория всегда характеризуется синтетичностью. Диалектика развития эпидемиологии злокачественных опухолей требует не задерживаться на этапе анализа, а сочетать его с синтетическим подходом. Переход эпидемиологии злокачественных опухолей как науки аналитической к науке синтетической является результатом все более ясного понимания того факта, что каждое явление может быть понято тем глубже, чем в большем количестве связей оно рассматривается.

Таким образом, попытка объяснить многие факты, накопленные человечеством о причинах развития ракового заболевания, предполагает новый интегративный (синтетический) этап развития эпидемиологических исследований. В ходе эпидемиологических исследований явственно выдвигается проблема определения взаимосвязи и взаимозависимости отдельных факторов и их комплексов, участвующих в развитии заболевания. Речь идет об онкоэпидемиологических ситуациях, а не об изолированных факторах.

### *Интегративный этап эпидемиологических исследований*

На интегративном этапе эпидемиологических исследований рака применяется системный подход, предполагающий переход к таким методам познания, как идеализация, формализация, логико-математические и кибернетические методы, аксиоматические построения, моделирование. Научные знания при интегративных исследованиях выражаются в виде идеализированных объектов — моделей (абстрактно-логических, кибернетических, математических).

Развитие интегративного этапа эпидемиологических исследований рака в нашей стране в значительной мере связано с применением теории распознавания образов, в частности одного из ее методов — метода «обобщенного портрета».

Исследования, проводимые на интегративном уровне, позволяют установить значимость каждого из изучаемых факторов и их комплексов в возникновении заболевания при их взаимосвязи и взаимном влиянии, в том числе определить роль социально-гигиенических факторов, являющихся наиболее важными в решении любой медицинской проблемы. Идеализация объекта (модель) дает возможность представить свойства, интересующие исследователя в чистом виде, моделировать конкретные онкоэпидемиологические ситуации в пределах выбранной системы факторов. Но главным их достоинством является получение принципиально новых знаний и использование их для дальнейшего изучения причин рака.

Таким образом, эпидемиология злокачественных опухолей имеет богатый материал в виде научных фактов, являющихся фундаментом научного познания. Описательные исследования в онкоэпидемиологии есть начало в обобщении знаний о причинах опухолевого роста. Основная функция аналитических исследований заключается в группировке и систематизации научных фактов. Главная цель интегративных исследований — в синтезе знаний, в установлении связей между фактами.

В своем историческом развитии эпидемиология злокачественных опухолей непрерывно переоснащается новыми методами исследований, причем на той или иной ступени некоторые из них становятся доминирующими, определяющими специфику знания, полученного с их помощью.

Эпидемиологические данные показали, что состояние здоровья населения, возникновение раковых заболеваний зависит от многих факторов. Сюда относятся условия труда и быта, природно-климатические факторы, состояние лечебно-профилактической помощи, индивидуальные наследственные особенности организма человека. Все эти факторы на фоне общих социально-экономических условий, связанных с общественным строем, имеют определенную значимость и формируют конкретные комплексы, системы, онкоэпидемиологические ситуации.

Эпидемиология злокачественных опухолей значительно обогащает свой научный арсенал сведениями из экспериментальной онкологии. В программы эпидемиологических исследований все шире включаются вопросы, связанные с особенностями питания, условиями труда, природными факторами, наследственностью,

иммунологическим статусом, вирусными инфекциями и пр. Эпидемиологические исследования получают свое дальнейшее развитие, черпая информацию из экспериментальной онкологии, которая, в свою очередь, получает от эпидемиологии новые данные для проверки гипотез о возникновении злокачественных опухолей.

Особенностью современной эпидемиологии злокачественных опухолей является проблема обобщения научного знания по этиологии заболеваний и усиление ее связи с практическим здравоохранением. Она превращается в непосредственную профилактическую дисциплину, дает выход в практику организации противораковой борьбы.

### **Система методологических принципов изучения эпидемиологии злокачественных опухолей**

Возрастание роли онкоэпидемиологической информации, усиление связи эпидемиологических исследований рака с практическим здравоохранением, а также внедрение в нее современных методов математики, кибернетики и других научных дисциплин приводит к усилению роли методологии эпидемиологических исследований, к совершенствованию ее методов и теоретических концепций. Важным становятся не только сами знания, добытые эпидемиологией рака, но и пути получения этих знаний, пути совершенствования ее как науки.

В эпидемиологических исследованиях злокачественных опухолей можно выделить два аспекта: специальный, который решается с помощью конкретных методов, и методологический аспект. Построение методологии эпидемиологии злокачественных опухолей выступает как одна из актуальных задач ее развития, так как по мере совершенствования научного знания все больший удельный вес приобретает методологическая проблематика.

Разработка методологических проблем эпидемиологии злокачественных опухолей призвана содействовать развитию нашего знания об особенностях распространения и причинах их возникновения. Вместе с тем она подводит теоретический фундамент под конкретные исследования, которые играют важную роль в изучении этиологии злокачественных новообразований и организации противораковой борьбы.

Методологическую основу любого научного направления составляют ее исследовательские принципы, которые дают общую ориентацию исследований. В этой связи создание системы методологических принципов — качественный момент в развитии эпидемиологии злокачественных опухолей как научного направления.

Нами проведен анализ исследовательских принципов эпидемиологии злокачественных опухолей, который позволил выделить среди них ведущие и объединить их в монистическую систему, где принципы отражения, целостности, единства социального и биологического, детерминизма, динамизма, структурности, многофакторности, репрезентативности, взаимосвязи и взаимовлияния, системности, единства количественного и качественного анализа соответствуют одному основному — принципу единства научных знаний.

Задача методологического исследования состоит в том, чтобы построить стройную концепцию структуры научного знания. Система методологических принципов эпидемиологии рака не только устраняет разобщенность сведений о причинах опухолевого роста, но и придает им монистичность, то есть соответствие всех принципов одному основному, связывающему все другие принципы в единое целое. Таким связующим принципом является принцип единства научных знаний (Схема I.2.5.1).



Схема I.2.5.1. Система методологических принципов эпидемиологии злокачественных опухолей.



Если отдельные принципы в их совокупности дают нам многообразие сущности болезни, то монистическая система принципов дает единство этого многообразия. Таким образом, единство научных знаний является объективной необходимостью и важнейшим фактором развития эпидемиологии злокачественных опухолей.

### **Программа изучения эпидемиологии злокачественных опухолей**

#### *Предмет и задачи эпидемиологии злокачественных опухолей*

Предметом изучения эпидемиологии злокачественных опухолей являются особенности их распространения на отдельных территориях в этнических, профессиональных, половозрастных и других группах населения, изучение причинно-следственных связей между отдельными экзогенными и эндогенными факторами и их комплексами и возникновением злокачественных опухолей, данные о которых черпаются из экспериментальных, клинических, социально-гигиенических исследований и других смежных дисциплин.

Обобщение опыта изучения эпидемиологии злокачественных опухолей показало, что первоочередной ее задачей является разработка наиболее рациональной схемы и программы исследований. При этом указывается на необходимость регионального подхода к изучению эпидемиологии отдельных нозологических форм.

Ядром, стержнем программы эпидемиологических исследований рака является генеральная цель — профилактика злокачественных новообразований. Исходя из главной цели эпидемиологические исследования призваны решать следующие задачи:

- 1) Систематическое наблюдение за заболеваемостью и смертностью населения от злокачественных опухолей;
- 2) Выявление территорий, отдельных групп населения с высокой и низкой заболеваемостью;
- 3) Установление взаимосвязи между заболеваемостью злокачественными опухолями и конкретными факторами внешней и внутренней среды. Количественная оценка роли отдельных факторов и их комплексов в возникновении заболеваний;
- 4) Выявление тенденций и закономерностей динамики заболеваемости злокачественными опухолями на конкретных территориях, а также в профессиональных, этнических и других группах населения;

- 5) Прогнозирование заболеваемости и степени риска заболевания злокачественными новообразованиями, особенно во вновь осваиваемых районах;
- 6) Оценка результатов мероприятий по профилактике злокачественных опухолей;
- 7) Разработка конкретных рекомендаций по совершенствованию профилактики, ранней диагностики опухолей, диспансеризации населения и проведению оздоровительных мероприятий по преобразованию условий труда и быта людей, изменению привычек, обычаев, образа жизни;
- 8) Подготовка необходимых количественных показателей для планирования и финансирования здравоохранения.

С учетом цели, задач и уровня эпидемиологических исследований нами разработана трехуровневая схема исследования, содержащая набор конкретных элементов (Схема I.2.5.2). Указанная схема отражает взаимодействие объекта исследования с окружающей средой, изучаемые эффекты, методы познания, формы выражения научных знаний в зависимости от уровня исследования.

Каждому уровню эпидемиологических исследований соответствуют их возможности, которыми определяются прогноз и управление системой, направленное как на объект исследования, так и на окружающую среду.

Объектами эпидемиологических исследований являются население различных климатогеографических и административных территорий, профессиональные группы, городское и сельское население, внепроизводственные коллективы, этнические группы, мигранты, семья, близнецы, изоляты, личность (онкологический больной, больной неонкологическими заболеваниями, здоровый).

Эффектами, которые возникают в перечисленных объектах в процессе их жизнедеятельности, являются показатели заболеваемости, смертности, временной нетрудоспособности, инвалидности, средней продолжительности предстоящей жизни.

### **Заключение**

В эпидемиологии злокачественных опухолей как в развивающемся научном направлении имеется множество нерешенных вопросов. Здесь, прежде всего, следует указать на важность поиска новых факторов онкологического риска, о которых пока еще ничего не известно или известно очень мало. Исследователям предстоит открыть немало таких факторов и оценить их роль в возникновении отдельных форм рака. В этой связи большое значение

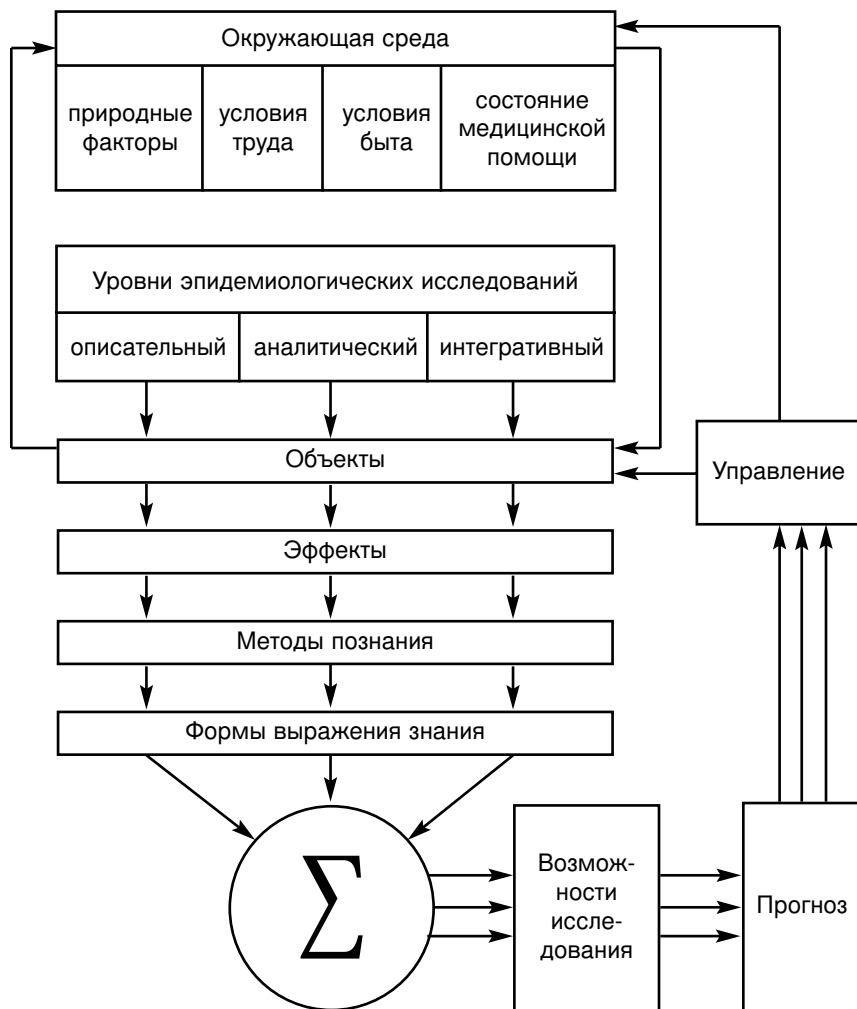


Схема 1.2.5.2. Трехуровневая схема изучения эпидемиологии злокачественных опухолей.

имеют оценка производства с точки зрения канцерогенной опасности и изучение профессиональных опухолей. Разработка и внедрение системы контрольных наблюдений за состоянием здоровья населения и факторами окружающей среды позволит оценить влияние отдельных канцерогенных веществ и их комплексов на здоровье людей, не ожидая жизненного эксперимента.

С позиций профилактической медицины заслуживает пристального внимания поиск не только факторов риска, но и факторов здоровья, способствующих сохранению здоровья людей. Поэтому эпидемиологические исследования рака на территориях и в отдельных группах населения с низким уровнем заболеваемости помогут в обнаружении этих факторов.

Дальнейшее изучение методологических аспектов эпидемиологии злокачественных опухолей предполагает развитие наших знаний о причинах опухолевого роста на основе обработки эмпирического материала, выработку принципиально новых концепций, гипотез и теорий, нового понятийного аппарата. Совершенствование методологии эпидемиологических исследований будет способствовать усилению интегрирующей роли эпидемиологии злокачественных опухолей, использованию достижений учения о канцерогенных веществах, вирусологии, иммунологии рака, генетических исследований и других направлений онкологии в познании природы злокачественных опухолей и разработке мер их профилактики.

Современное состояние эпидемиологических исследований злокачественных опухолей характеризуется их интенсивным развитием при экстенсивном применении математических методов. Статистическое изучение новообразований еще не получило должного развития. Поэтому актуальность поиска математического аппарата, адекватного особенностям эпидемиологии рака, не вызывает сомнений.

Совершенно не изучен вопрос о факторах, которые характерны для «излеченных» больных злокачественными опухолями и которые увеличивают продолжительность их жизни. Большое значение имеет также выявление факторов и их комплексов, способствующих реабилитации онкологических больных.

Таким образом, эпидемиология злокачественных опухолей — не свод застывших цифр и диаграмм, не просто сумма знаний об особенностях рака в человеческом обществе, а оружие в битве за новые знания о природе ракового процесса.

*Литература*

1. *Авцын А.П.* Введение в географическую патологию.//М. — Медицина. — 1972. — 328с.
2. *Гурарий К.Н., Глазкова Т.Г.* Применение математических методов в онкоэпидемиологических исследованиях.//В кн. «Эпидемиология рака в странах СЭВ.». — М. — Медицина. — 1979. — сс.171-178.
3. *Двойрин В.В.* Методы эпидемиологических исследований при злокачественных опухолях.//М. — Медицина. — 1975. — 100 с.
4. *Двойрин В.В.* Аналитические методы исследований при изучении эпидемиологии злокачественных новообразований.//В кн. «Эпидемиология рака в странах СЭВ.». — М. — Медицина. — 1979. — 376 с.
5. *Долгинцев В.И.* Математические методы в эпидемиологии злокачественных опухолей.//Вопросы онкологии. — 1971. — № 6. — сс.95-101.
6. *Долгинцев В.И.* К вопросу совершенствования социально-гигиенических исследований (По поводу статьи Ю.П.Лисицына «Комплексные социально-гигиенические, их место и перспективы»).//Советское здравоохранение. — 1974. — № 5. — сс.19-23.
7. *Долгинцев В.И.* Методологические вопросы многофакторного прогнозирования онкологической заболеваемости.//В кн. «Прогнозирование заболеваемости злокачественными опухолями.». — М. — 1984. — сс.11-15.
8. *Долгинцев В.И.* Основные этапы развития и современное состояние эпидемиологии злокачественных опухолей.//Здравоохранение. — 1987. — XXX. — 3. — сс.203-210.
9. *Долл Р.* Профилактика рака на основе данных эпидемиологии.//(перевод с англ.). — М. — «Медицина». — 1971. — 108с.
10. *Елкин И.И.* Некоторые проблемы современной эпидемиологии.//Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. — 1971. — № 5. — сс.3-7.
11. *Рогозин И.И., Токаревич К.Н.* Учение об эпидемиях (эпидемиология) в период снижения и ликвидации инфекционных болезней.//Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунологии. — 1971. — № 12. — сс.3-7.
12. *Стуконис М.К.* Эпидемиология и профилактика рака.//Вильнюс. — Мокслас. — 1984. — 164с.
13. *Чаклин А.В.* Пути и методы изучения эпидемиологии злокачественных опухолей в СССР и США.//М. — «Медицина». — 1979. — сс.32-45.

14. *Acheson R.M.* Health economics and social medicine: some impressions of epidemiologist.//Epidemiol. and Community Health (formerly J. Epidemiol. and Community Health). — 1978. — pp.8-18.
15. *Doll R.* An Epidemiological Perspective of the Biology of Cancer.//Cancer Res. — 1978. — 11. — 3573. — pp.35-83.

## **1.2.6. ПРАВОВЫЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ОНКОЛОГИИ**

### **Введение**

Жизнь и здоровье человека — высшие ценности, относительно которых определяются другие ценности и блага. Они даются человеку с рождением и должны всемерно охраняться. В международном масштабе право человека на здоровье было признано в 1948г. Всеобщей декларацией прав человека. В ст.41 Конституции РФ 1993г. отражено право гражданина на охрану здоровья и медицинскую помощь. Одной из гарантий охраны права гражданина на здоровье является гражданское право, его регулятивные и предупредительные возможности.

Данная лекция посвящена проблеме гражданско-правовой ответственности медицинских работников за профессиональные деликты в онкологической практике, а именно, причинение вреда пациентам, находящимся на лечении или под наблюдением у онкологов или у других специалистов. Профессиональная деятельность медицинского персонала в области онкологии, как никакая другая профессиональная деятельность, выражается фактом зависимости от нее здоровья, а нередко и жизни человека. Это является основой высоких требований к деятельности медработника, строгого подхода ко всем недочетам и ошибкам и особенно в онкологии.

В деятельности медработников гражданско-правовые последствия наступают чаще, чем это отражено в судебной статистике, однако, в онкологической практике таких дел единицы. Значительное количество этих последствий, совершенных виновно, остаются неустановленными. Этому способствует сложность разграничения правомерных действий медработников в сфере онкологии от неосторожных и даже умышленных противоправных действий, а также недостаточное знание лицами, призванными осуще-

ствлять соответствующий контроль, оснований для гражданско-правовой ответственности медработников за профессиональные ошибки в онкологической практике.

Следует отметить, что проблема врачебной ошибки недостаточно разработана в юридической литературе. Спорность отдельных положений в теории и практике порождает трудности при квалификации деяний медицинских работников.

Каких-либо работ, посвященных правовым проблемам медицинской ошибки в онкологической практике, в т.ч. в области паллиативной помощи в онкологии, нам найти не удалось. Вместе с тем остается немало вопросов, касающихся ответственности медицинских работников, требующих освещения и дальнейшей разработки российского права в науке и онкологической практике.

Прежде всего, это касается понятия противоправного действия, связанного с нарушением медицинским работником профессиональных обязанностей на всех этапах оказания помощи онкологическим больным, а также особенностей гражданско-правовой характеристики деяний медицинских работников, содержания понятия врачебной ошибки и несчастного случая в онкологической практике, врачебного риска, их правовой оценки.

К тому же, сейчас вопросы здравоохранения и санитарно-эпидемиологического благополучия регулируются большим количеством федеральных и региональных нормативных актов, которые, к сожалению, противоречат друг другу, что создает юридические коллизии. Это создает объективную потребность более углубленного изучения норм в сфере медицины, в т.ч. и медицинских деликтов в области онкологии.

Растет уровень правовых знаний у потребителей медицинских услуг и, как следствие этого, увеличивается количество гражданских исков к медицинским работникам, т.к. здоровье превратилось в товар, а, следовательно, любой вред здоровью и жизни должны всегда рассматриваться с точки зрения возмещения этого вреда.

Об этом свидетельствует правоприменительная практика развитых стран, особенно Америки и Западной Европы, где первое место среди различных сфер разбирательств занимает медицинская деятельность (Акопов В.И., 2000).

Медицинские и особенно «онкологические» деликты представляют интерес для всех субъектов гражданских правоотношений данного вида, в т.ч. потребителей медицинских услуг, т.е. пациентов лечебно-профилактических учреждений; правоохранительных органов, в частности судов; страховых медицинских организаций; адвокатского корпуса.

С гражданско-правовых позиций медицинский деликт — противоправное и виновное причинение вреда в результате медицинского вмешательства.

**Медицинский деликт в онкологической практике — это виновное и противоправное причинение вреда медицинским работником, наступающее вследствие медицинского вмешательства в отношении онкологических больных на любом этапе их лечения, обследования или наблюдения.**

Для правовой оценки данного определения необходимо разъяснить понятие «медицинское вмешательство». С точки зрения буквы и духа закона под медицинским вмешательством необходимо подразумевать любое действие (бездействие) медицинского работника, которое сказалось или могло сказаться на здоровье пациента.

Под действием необходимо понимать все, что совершено медицинским работником от совета до оперативного вмешательства.

Под бездействием — от умолчания на вопрос пациента до несовершения регламентированных действий согласно науке и практике, либо нормативным актам.

**Под медицинским вмешательством в онкологической практике необходимо понимать любое действие (бездействие) медицинских работников в отношении пациента, у которого предполагается или имеется онкологическая патология. Эти действия (бездействия) могут осуществляться как в условиях специализированного учреждения (онкологического отделения, диспансера, больницы), так и в иных учреждениях здравоохранения любой формы собственности, а также на дому и в специализированных учреждениях для онкологических больных (хосписах).**

На наш взгляд, в разделе паллиативной помощи в онкологии понятие «медицинское вмешательство» выглядит достаточно «узко», т.е. не отражает всего комплекса организационных, фармакотерапевтических, инструментальных, психологических и психотерапевтических факторов, достаточных и необходимых для этой группы пациентов. По нашему мнению, в области паллиативной онкологии должен иметь место термин «медико-социальное вмешательство». Несмотря на то, что этот термин несколько расширяет сферу медицинских правоотношений, складывающихся при обслуживании данной категории больных, он наиболее точно отражает объект и конкретизирует субъект медицинских правоотношений применительно к теме нашей лекции.

Детализация правовых характеристик медицинских деликтов в области онкологии позволит всем вышеперечисленным субъектам медицинского права, с одной стороны (потребитель медицинских услуг), оценить деятельность специализированных медицинских учреждений на предмет возможного причинения вреда и его



возмещения. С другой стороны, производитель медицинских услуг (онкологический диспансер, его руководители), зная основания и условия гражданско-правовой ответственности, может целенаправленно планировать свою деятельность по улучшению качества и своевременности онкологической помощи, по совершенствованию договорной базы с потребителями и медицинскими страховыми организациями на предмет превенции медицинских деликтов, в т.ч. и в онкологии.

С третьей стороны, прокуратура, судьи, адвокатский корпус, используя знания в области медицинских деликтов, будут вооружены понятием специфики гражданско-правовой оценки медицинской ошибки в онкологии, что позволит избежать многих ошибок на досудебном и судебных этапах.

В итоге, материал нашей лекции, в той или иной степени, позволит защитить или восстановить нарушенные естественные права человека на охрану здоровья и даже жизнь, т.е. самое ценное из неимущественных прав, данных человеку с рождения, а в области онкологии избежать возможности причинения дополнительного вреда в процессе оказания специализированной помощи этим пациентам.

### **Правовое регулирование возмещения вреда при медицинских деликтах (Историко-правовой обзор)**

Ошибки врачей в разные времена и в разных странах всегда привлекали внимание общества. За ошибки и упущения в работе они подвергались различным мерам наказания. Правовое регулирование медицинской деятельности совпадает с периодом, когда оказание медицинской помощи приобретает черты профессионального занятия. Уже такие памятники законодательства, как законы Вавилонского царя Хаммурапи (2250г. до н.э.) предусматривали ответственность врачей за смерть или увечье пациента. За смерть или увечье рабовладельца врачевателю отсекали руку или лишали жизни, а за неудавшееся лечение раба врачеватель возвращал равноценного раба или платил его стоимость. В Древнем Египте лекарь при лечении пациентов должен был строго следовать «Священной книге». И, если устанавливалось, что при наступлении смерти больного врачевание проводилось в точном соответствии с записями «Священной книги», врач не подвергался наказанию.

В глубь веков уходит и правовая регламентация врачебной деятельности на Руси. Устав князя Владимира Святославовича (X-XI вв.) и «Русская Правда» (IX-XI вв.) содержали нормы, относящиеся к врачебной деятельности.

В 1581 году в Москве учреждается Аптекарская палата, преобразованная затем в Аптекарский Приказ. Здесь впервые врачи Приказа привлекались для экспертизы дел по обвинению знахарей, освидетельствовали пострадавших от лечения. В 1700 году в России издан первый закон, предусматривающий наказание за врачебную ошибку и незаконное врачевание — «Боярский приговор. О наказании незнающих медицинских наук и по невежеству в употреблении медикаментов, причиняющих смерть больным». Всякому лекарю, «кто нарочно или не нарочно кого уморит», закон предусматривал смертную казнь.

В отдельных статьях Воинского и Морского Уставов, принятых Петром I в 1716 году и в 1720 году, регламентировалось возмещение вреда, причиненного врачебной деятельностью. Так, в параграфе 9 Морского Устава указывалось: «Если лекарь своим небрежным и явным призорством к больным поступит, отчего им бедство случится, то оной, яко злотоврец, наказан будет, якобы своими руками его убил, или какой уд отсек».

До 1857 года в России не существовало единого закона, регламентирующего врачебную деятельность. Принятый Врачебный устав, составивший XIII том Свода законов Российской империи, определил права и обязанности врачей. В этот период за профессиональные правонарушения врачи практически не привлекались к уголовной или гражданской ответственности за увечье или смерть больного. Согласно Уложению о наказаниях (1885г.) нарушение медиками профессиональных обязанностей рассматривалось как административный проступок.

Согласно Уставу уголовного судопроизводства того времени привлечение к судебной ответственности медицинских работников за профессиональные правонарушения зависело от медицинского начальства. Врачебные дела после предварительного следствия направлялись для оценки и заключения во врачебную управу или медицинский совет. Многие врачи того времени были твердо убеждены, что врачевание в силу своей исключительно гуманной направленности не может относиться к уголовно наказуемым деяниям. М.А. Плющевский-Плющик в 1913 году писал, что необходимо различать профессиональную неосторожность врача, относящуюся к самому методу лечения, и обычную неосторожность, как оплошность в выполнении чисто технических действий (перепутал лекарство, нанес по неловкости ранение). «...Обвинение врача в неправильном диагнозе и неправильном лечении не может влечь за собой для него уголовной ответственности. Ответственность врача наступает только за обыкновенную оплошность или небрежность».

В отличие от уголовной ответственности гражданско-правовая ответственность медицинских работников предусматривалась всегда, но в разные времена и в различных общественно-политических формациях на практике реализовывалась неодинаково. Так в §48 вышеупомянутого Вавилонского царя Хаммурапи предусматривалось возмещение вреда за неудавшееся лечение раба, когда врачеватель был обязан возратить равноценного раба или оплатить его стоимость. Римское частное право предусматривало возмещение вреда за ненадлежащее лечение, смерть раба в натуре или в денежном эквиваленте, если врачеватель брался за исцеление раба.

В средние века в Европе существовал ряд правил в т.ч. Уложение Карла V «Каролина» (1532г.), где указывалось, что виновные действия врача должны быть доказаны специально созданной комиссией, и врач нес ответственность перед родственниками больного только вследствие своего невежества, легкомысленного или неправильного использования своих знаний. На Руси по Указу императрицы Елизаветы (1758г.) нарушители врачебных правил наказывались штрафом до 400 рублей.

В связи со строго определенными рамками нашей лекции (медицинские деликты в онкологической практике) мы не будем подробно останавливаться на правовых актах в гражданском праве, посвященных обязательствам, из причинения вреда предшествующих действующему законодательству.

Однако, необходимо отметить, что, несмотря на декларирование возмещения вреда в полном объеме, механизм правоприменительной практики при возмещении причиненного вреда сводился, прежде всего, к обеспечению минимальных социальных благ, ограниченных пенсией по инвалидности, выплатой разницы между социальным пособием по листку нетрудоспособности и заработной платой только по основному месту работы (заработок по совместительству и замещительству не учитывался). Компенсация морального вреда, декларированная в Основах гражданского законодательства, на практике при причинении вреда жизни и здоровью не производилась. В итоге вред здоровью и жизни по действующему в то время законодательству не компенсировался в полной мере из-за отсутствия правового регулирования этих норм.

В 1993г. приняты Основы законодательства РФ «Об охране здоровья граждан в РФ». В этом документе конкретизируются и развиваются статьи Конституции РФ, излагаются основные принципы охраны здоровья граждан, организации различных систем здравоохранения, гарантии осуществления медико-социальной помощи, права граждан и отдельных групп населения в области

охраны здоровья. Важным для формирования взаимоотношений врача и пациента являются сформулированные права пациента (ст. 30-34) и медицинского работника (ст. 54-56), регламентация прав и обязанностей лечащего и семейного врача (ст. 58, 59). Впервые законодательно закрепляется право и порядок занятия целительством, порядок создания профессиональных медицинских и фармацевтических объединений. Наконец, в новом законодательстве закреплено отношение к эвтаназии, к определению момента смерти; отмечены права человека при: проведении патологоанатомического вскрытия, трансплантации органов и тканей, регулировании репродуктивной функции человека; расширено и конкретизировано понятие врачебной тайны (ст. 45, 47, 48, 61, 62).

Принципиально важными и новыми являются нормы этого законодательства об ответственности за причинение вреда здоровью, особенно в отношении медицинских работников, в случае нарушения ими прав граждан в области охраны здоровья, что в полной мере относится к онкологической практике. Более конкретно изложен порядок возмещения ущерба, нанесенного здоровью пациента (ст. 66-69), где впервые появилось четкое законоположение о привлечении к ответственности врача в случае профессиональных правонарушений, связанных с нанесением ущерба здоровью и жизни граждан. В отличие от прошлых лет, когда за допущенный профессиональный дефект врач мог понести уголовное наказание, теперь в соответствии с гражданским законодательством нередко предусматривается не только материальное возмещение ущерба пострадавшему, но и компенсация морального вреда.

Специально изданного Федерального Закона, регламентирующего оказание помощи онкологическим больным, до настоящего времени нет, и необходимость его подготовки и принятия вызывает сомнения. Существуют и реально действуют нормативные акты, в рамках которых и должна осуществляться регламентация этой деятельности. Прежде всего, это основной закон — Конституция РФ (1993г.). В рамках конституции, наделенной правом верховенства, всеобщности и прямым действием, охрана здоровья предусмотрена не только ст.41, как считают некоторые медики-организаторы. Прямо или косвенно Конституция закрепляет право на жизнь и здоровье в целом ряде основополагающих статей, в т.ч. ст.2, ст.6ч.2, ст.7, ст.17, ст.18, ст.20, ст.21ч.2, ст.23, ст.24, ст.37ч.3, ст.38, ст. 39, ст.41, ст.42, ст.45, ст.46, ст.52, ст.53.

Следующим основополагающим нормативным актом является Ф.З. «Основы законодательства РФ об охране здоровья гражд-

дан» (1993г.). Этим законом достаточно подробно регламентированы права пациентов (ст.30), право граждан на информацию о состоянии здоровья (ст.31), согласие и отказ от медицинского вмешательства (ст.32,33), оказание медицинской помощи без согласия граждан (ст.34), специализированная медицинская помощь (ст.40), медико-социальная помощь гражданам, страдающим социально значимыми заболеваниями, к которым относится и онкологическая помощь (ст.41), порядок применения новых методов профилактики, диагностики, лечения, лекарственных средств, иммунобиологических препаратов и дезинфекционных средств (ст.43), запрещение эутаназии (ст.45), определение момента смерти человека (ст.46), изъятие органов и/или тканей человека для трансплантации (ст.47), проведение патолого-анатомических вскрытий (ст.48), независимая медицинская экспертиза (ст.53), право на занятие народной медициной (целительством) (ст.57), врачебная тайна (ст.61) и раздел XII Закона «Ответственность за причинение вреда здоровью граждан», упомянутый выше. Все вышеперечисленные статьи Закона имеют прямое отношение к сфере онкологической практики, регулируя и регламентируя медицинские правоотношения по обслуживанию пациентов с подозрением или наличием онкологического заболевания.

Кроме этого, регулятивные и охранительные функции в области онкологии осуществляются на основе гражданского и уголовного кодексов РФ, ФЗ «О трансплантации органов и тканей», «О донорстве», «О психиатрической помощи и гарантии прав граждан при ее оказании», «О лекарственных средствах» и других законах. Конкретная правовая регламентация деятельности в онкологии осуществляется на базе подзаконных нормативных актов, определяющих работу специализированных медицинских и социальных учреждений в практике онкологической деятельности, на которых мы остановимся ниже. В области социальной помощи до сих пор существуют определенные (не отмененные до сих пор) льготы, касающиеся онкологических больных, в т.ч. в области жилищного законодательства, коммунальных и других услуг, в которых, безусловно, нуждается онкологический больной, особенно на стадии, требующей паллиативной помощи. Основным действующим подзаконным актом является приказ МЗ РФ N270 от 12.09.97 года «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению РФ». Этим приказом регламентирована деятельность, касающаяся основ организации онкологической помощи населению России. Крайне важное значение имеет регламентация практической деятельности в области онкологии, а также формы организации онкологической помощи.

Данный приказ, наряду с другими нормами права, создает правовую базу в области онкологической теории и практики, нарушение которой, повлекшее вред здоровью или жизни пациента, будет являться противоправным деянием и может повлечь при определенных условиях гражданско-правовые последствия в виде возмещения причиненного вреда.

### **Проблемы юридической квалификации «врачебной ошибки» в онкологии**

Специфической для юридической ответственности медицинских работников, и для гражданско-правовой в частности, является проблема врачебной ошибки. Врачебным ошибкам уделено большое внимание в медицинской литературе, но до последнего времени мало уделяется в юридической. «Наиболее частая причина неблагоприятного исхода лечения — врачебная ошибка. Крайне недостаточная разработанность этого понятия особенно в онкологии ведет к тенденциозной медицинской и юридической интерпретации соответствующих неправомерных (непрофессиональных) действий. «А между тем единообразное юридическое понятие врачебной ошибки имеет и теоретическое, и практическое значение» (Малеина М.Н., 1995).

Нет, наверное, другой области профессиональной деятельности, где общество так болезненно реагировало бы на ошибки, как медицинская деятельность. «Объективно и формально любой человек признает возможность ошибок в любой профессии, в том числе и врачебной, но только он считает это недопустимым по отношению к нему и его родственникам» — считает Котельников В.П. (1987).

Особенно непростительной является ошибка в области онкологии. При этом, гипердиагностика вызывает только радость у врачей и особенно — у пациентов, а вот гиподиагностика, неверный диагноз или нарушение в ходе лечебно-диагностического процесса напрямую связывается с неблагоприятным, чаще летальным исходом.

Проблеме врачебной ошибки посвящено большое количество работ, но в течение длительного времени ее разрабатывали преимущественно врачи, судебно-медицинские эксперты, и лишь несколько работ юристов посвящено этой теме. И хотя употребление термина «врачебная ошибка» широко используется в юридической, медицинской и экспертной практике, в настоящее время нет единообразного толкования этого понятия. В области онкологии комплексных работ, посвященных врачебной ошибке, нет вообще.

Диапазон вариантов в толковании термина «врачебная ошибка» колеблется между диаметрально противоположными понятиями: от небрежных, недобросовестных, неосторожных действий и приемов по оказанию медицинской помощи, результатом которых явилось телесное повреждение либо смерть пациента, до «добросовестного заблуждения врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества». По данным Ю.Д. Сергеева в медицинской литературе имеется не менее шестидесяти пяти промежуточных определений, понятий и признаков врачебных (медицинских, лечебных, диагностических и тактических, технических и т.п.) ошибок, что свидетельствует о полном отсутствии единства взглядов на трактовку рассматриваемых понятий.

В юридической литературе тем более нет единой точки зрения на квалификацию врачебной ошибки. Одни называют ошибкой противоправное виновное деяние медицинских работников, повлекшее причинение вреда здоровью пациента, другие — случайное невиновное причинение вреда, а иногда — обстоятельство, смягчающее ответственность врача. Как видно из этих определений, они существенно отличаются по такому признаку, как наличие или отсутствие вины, что имеет принципиальное значение для их юридической оценки.

Ряд ученых-юристов предлагает дать определение понятию «врачебная ошибка» и закрепить это понятие в законе. А пока нет единообразного толкования, должного теоретического обеспечения ни с правовых, ни с судебно-медицинских позиций, оно не должно использоваться в правовой и экспертной практике. Это не исключает возможности использовать в клинической практике термин «врачебная ошибка» для обозначения объективно неверных действий медицинских работников в ходе оказания помощи пациентам, особенно онкологическим больным.

Почему медицинские работники так много уделяют внимания врачебным ошибкам? Почему они так важны именно в онкологической практике? Во-первых, несовершенство некоторых диагностических средств и методов в онкологии делают вполне естественным стремление онкологов как-то уточнить и уяснить, хотя бы для себя, границы допустимых ошибок в практике оказания лечебной помощи, неизбежных на той или иной стадии развития медицины. Другая, более важная причина интереса к «онкологическим» ошибкам — их обобщение и изучение с целью предупреждения и неповторения в будущем. Выдающиеся врачи, как России, так и зарубежных стран в анализе допущенных врачебных ошибок видели реальный путь совершенствования медицины. Еще в 1839

году Н.И. Пирогов сформулировал задачу: тщательно изучать ошибки, допущенные в медицинской практике; возвести их познание в особый раздел медицинской науки, который сегодня именуется врачебной эрологией.

Для юридической науки изучение проблемы «врачебной ошибки» имеет значение с точки зрения правовой ответственности медицинских работников за причинение вреда здоровью пациентов. При благоприятном, эффективном лечении вопрос о «врачебной ошибке» у юристов не возникает. Он не возникает и во многих других случаях, когда достижение положительного результата врачевания невозможно на современном уровне медицинской науки и практики, допустим в случае запущенного случая онкозаболевания. Возникает он тогда, когда здоровье и жизнь онкологического больного могут быть сохранены, но не сохраняются из-за ряда субъективных и объективных факторов. Именно здесь возможно наступление не только гражданско-правовой, но и уголовной ответственности.

Таким образом, если для медицинской науки и практики онкологии имеет значение любая врачебная ошибка, то для юридической практики значение имеют только те ошибки, за которые медицинские работники несут юридическую ответственность. Вышеуказанное имеет принципиально важное значение именно для онкологической практики. В онкологической практике подтверждение вышесказанному встречается «сплошь и рядом». «Взять» хотя-бы диагностическую лапароскопию, в результате которой подозрение на опухоль отвергается, но вред ведь причинен. Как же быть?

Нам представляется правильной позиция А.Л. Маковского, который, ссылаясь на грамматическое толкование слова «ошибка» Д.И. Ушаковым, указывает, что поскольку «под ошибкой понимается неправильность в действиях, поступках, высказываниях, мыслях, погрешность...», то «при определенных условиях, ...ошибка врача должна квалифицироваться как противоправное деяние..., в других случаях является дисциплинарным проступком», и, «наконец, в подавляющем большинстве случаев врачебные ошибки не являются следствием виновного поведения совершивших их лиц». Ф.Ю. Бердичевский дополнил, что «...ошибкой в этом смысле можно считать и несчастный случай, так как правильно примененные правила медицины в данном конкретном случае сами оказываются...объективно неправильными, ошибочными».

Соответственно, в одних случаях речь может идти о профессиональных ошибках, неизбежных в любом деле, особенно в онкологии, и, стало быть, лежащих за пределами значимого для гра-



жданского права, в других — о правонарушениях, опосредованных неосторожностью одного или нескольких лиц. **Онкологическая ошибка при наличии признаков противоправного поведения перестает быть ошибкой, а становится деликтом, где наступают гражданско-правовые последствия в случае причинения вреда.**

В юридической литературе неоднократно предпринимались попытки для научного обоснования и возможности законодательного закрепления юридической ответственности медицинских работников за ошибочные действия.

Горелик И.И. (1980г.) считает, что объектом уголовной, а следовательно и гражданско-правовой ответственности врачебной ошибки является жизнь и здоровье человека, которому оказывалась медицинская помощь. Объективная сторона деяния — нарушения установленных в медицине правил врачевания, влекущие причинение вреда здоровью и жизни. Субъективная сторона выражается как в умышленном, так и неосторожном нарушении правил врачевания, отношение же к последствиям — только в неосторожном. Субъектами преступления могут быть врач, фельдшер, медсестра, акушерка, фармацевт.

Иной точки зрения придерживается А.Н. Савицкая. По ее мнению «наличие умысла в ненадлежащем врачевании в сочетании с неосторожностью к последствиям не может квалифицироваться как врачебная ошибка». «Субъектом врачебной ошибки», — она считает, — «может быть только врач, а не любой работник, связанный с оказанием медицинской помощи. И форма вины может быть только неосторожной».

Мы считаем, что под врачебными (медицинскими) ошибками в онкологической практике необходимо понимать неправомерные действия или бездействие врачей (медицинских работников) в связи с выполнением ими профессиональных обязанностей. Юридическая ответственность за ошибочные действия (бездействие) наступает на общих основаниях. Врачебная ошибка может повлечь юридические последствия и может быть незаслуживающей упрека; критерием разграничения является наличие или отсутствие противоправности и вины медицинского работника. Гражданско-правовая ответственность за допущенные ошибки при исполнении профессиональных обязанностей наступает лишь за такие ошибки, которые содержат все условия деликтных отношений, указанные в ГК РФ, то есть соответствуют признакам гражданского правонарушения. По своей сути онкологическая практика не отличается от других видов медицинской деятельности, и медицинская ошибка должна единообразно толковаться и в этих условиях.

### **Объективные условия возникновения деликтных отношений в онкологической практике**

Обязательства, возникающие из причинения вреда, которые именуются деликтными обязательствами — один из наиболее важных институтов гражданского права. Это объясняется тем, что деликты охватывают большой круг вопросов, отличительных от других гражданских правоотношений по своей юридической базе, которая обязана разрешить не только цивилистические проблемы, но и напрямую связана с другими отраслями юридических дисциплин и общего права. Крайне важным является то, что деликтные обязательства относятся к числу правовых институтов, в которых сложные теоретические проблемы имеют прямой выход в практику. Восстановление утраченных прав является одной из форм судебной защиты, обеспечивающих социальные блага человека.

Онкологическая практика, как никакая другая медицинская дисциплина сопровождается возможностью причинения вреда здоровью, особенно в тяжелых, запущенных случаях. Однако, необходимо отличать «абсолютный вред» от «вреда во благо».

В деликтных обязательствах, которые в отличие от договорных обязательств нормируют абсолютное право лица, всегда рассматривались две составляющие. Это — имущественный вред, возникающий прежде всего в ущемлении прав собственности, и вред неимущественным благам человека, которые также называют нематериальными благами. Деликты в области нематериальных благ — это вред, нанесенный естественному праву человека (в этой работе мы не затрагивали юридические лица), т.е. ущемление здоровья, утрата жизни, умаление чести и достоинства личности. Для нас представляет особый интерес причинение вреда и обязательства, из него вытекающие, в отношении жизни и здоровья в онкологической практике, т.к. восстановление этих благ или невозможно (жизнь), или весьма затруднительно (здоровье). Более того, в отличие от деликтов в области имущественных благ, где возмещение — объективно и материально, при вреде жизни и здоровью объективизировать восстановление утраченного права не представляется возможным. В связи с этим деликты в области нематериального блага несут вред не только конкретной личности, но и обществу в целом, т.к. всегда, по правилам нашего гражданского законодательства у индивида и общества в целом острая неудовлетворенность от результатов возмещения вреда на практике (Смирнов В.Т., Собчак А.А., 1983).

Запрет лишения жизни человека, причинения ущерба его здоровью установлен во всех отраслях права. Не может быть иск-

лючением и профессиональная деятельность медицинских работников. Однако, существуют значительные трудности правовой оценки медицинских деяний, которые во многом обусловлены спецификой медицинской деятельности, сложностями разграничения правомерных и противоправных действий медицинских работников в случае причинения вреда здоровью и жизни. Принципиально важное значение вышесказанное имеет в онкологической научной (прикладной) и практической деятельности.

Если наступление неблагоприятных последствий для здоровья в связи с профессиональной деятельностью любого специалиста не в сфере медицины в большинстве случаев свидетельствует о нарушении правовых норм, то этого нельзя сказать о профессиональных занятиях медицинских работников. Неблагоприятный исход лечения онкологического больного, смерть человека в процессе оказания медицинской помощи еще не дают основания признать действия врача (фельдшера, медсестры) противоправными, упрекнуть за ненадлежащее лечение, и тем более привлечь к уголовной или гражданской ответственности. Несовершенство самой онкологической науки и практики, непознанные методы диагностики и лечения еще многих злокачественных новообразований порой обуславливают неблагоприятный исход, хотя онкологами в конкретном случае сделано все возможное и даже невозможное для предотвращения этого.

Невозможно также представить себе врача, безошибочно диагностирующего любой вид онкологической патологии, столь же безошибочно его лечащего, идеально делающего операции, пусть даже врача с большим научно-практическим стажем, прекрасной клинической школой, внимательного и серьезного. В настоящее время известно более 30 тысяч болезней и около 70 врачебных специальностей. Можно ли требовать от каждого специалиста знания и умения применять на практике все достижения современной онкологии? Представляется, что — нет, ибо возможности познания у человека не безграничны. Поэтому, если объективную правильность действий каждого из врачей определить нетрудно, так как об этом будут свидетельствовать положительные результаты, то значительно сложнее сделать такую оценку при неблагоприятном исходе с точки зрения правомерности деяния.

Не все ясно и понятно в области паллиативной помощи онкологическим больным, т.к. многие действия врача (медработника) не регламентированы, а тяжелое состояние больного несет высокую вероятность смерти, в том числе и при оказании медицинской помощи этой категории больных. Так, в частности, п.1 вышеуказанного приказа достаточно четко, но, к сожалению, не очень кон-

кретно определяет порядок оказания паллиативной и симптоматической помощи онкологическим больным. Эта помощь регламентируется только в специализированных кабинетах и отделениях. А как же быть с больными на дому?

По нашему мнению, основным критерием оценки медицинских действий служат только положения самой онкологической науки и практики. С этим трудно не согласиться. Но, как на практике применять данное положение? В онкологии не существует единого, стандартного подхода к больному, унифицированного выбора методов диагностики и средств лечения одних и тех же заболеваний. Какой же примененный метод считать соответствующим положениям науки, а какой нет? Разрешение этого вопроса в процессе правовой оценки деяний медицинских работников представляет значительные трудности.

Трудно себе представить, что все многообразие действий медицинских работников в области онкологии можно изложить в официальных документах. Онколог лечит не только болезнь, но и больного, и каждый раз встречается с индивидуальным течением патологического процесса, обусловленного влиянием многочисленных факторов, которые не предусмотреть никакими официальными документами.

Специфической особенностью онкологической деятельности необходимо признать и то, что врач-онколог может быть поставлен в такие условия, когда он не может отказаться от проведения лечения, даже если знает, что применяемые методы не всегда эффективны, или имеется риск причинения вреда здоровью или даже жизни. В данном случае отказ от лечения у онкологического больного может быть оценен как правонарушение, имеющее правовые последствия. Вышесказанное в полной мере относится и к паллиативным видам онкологической помощи.

Зачастую врач-онколог начинает лечение больного или его обследование, только наметив какую-то из гипотез, когда в его сознании еще не выстроено логически обоснованная схема, а имеются лишь некоторые предположения на счет онкологической патологии и точной схемы лечения этого больного. Более того, зачастую в онкологии врач вынужден действовать методом «проб и ошибок», а иногда до самого исхода проводить лечение не зная или не будучи уверенным как в диагнозе, так и в правильности своих действий. В какой-то степени это — творчество, но вынужденное творчество или даже эксперимент на больном, вызванный профессиональной необходимостью. Являются ли его действия противоправными? Конечно нет! В данных конкретных обстоятельствах врач поступает так, как диктуют онкологическая наука и

практика, и его действия соответствуют этому, даже если он явно не распознал болезнь и не уверен в правильности лечения. Его действия правомерны т.к. вкладываются в те нормы, схемы, общепринятые положения в т.ч. инструкции, приказы, распоряжения которые приняты и действуют. Другой врач в его положении поступил бы точно так же или примерно так. В этом состоит накопление опыта и медицинских знаний. Без этого не развивались бы онкологическая наука и практика.

Как нам представляется, гражданско-правовая ответственность в онкологической практике за ошибочные действия (бездействие) должна наступать только при наличии четырех условий.

1. Поведение медицинского работника не соответствует правилам онкологической науки и практики.
2. Наступил прямой или скрытый вред здоровью или смерть больного.
3. Имеется причинная связь между поведением медработника и наступившими последствиями у больного.
4. Установлена вина медицинского работника, причинившего вред.

Законодатель устанавливает гражданско-правовую ответственность, предполагая причинение вреда, связанное с противоправным поведением лица. С поведением, лишенным противоправности, гражданско-правовая ответственность может наступать, но не при медицинских деликтах. Противоправность — неотъемлемое свойство любого медицинского деликта. Отсутствие противоправности в действиях медработника свидетельствует об отсутствии состава гражданского правонарушения и исключает гражданско-правовую ответственность.

Исследование проблемы онкологических деликтов по вине медицинских работников должно начинаться с вопроса: когда нанесение вреда здоровью или причинение смерти является противоправным?

Теория права различает три вида противоправности: *прямая* — это непосредственное запрещение законом соответствующего действия; *смешанная* — признание действия запрещенным определенным законом, «в связи с тем и постольку, поскольку оно признано противоправным другими отраслями права»; и *условная* противоправность действий, которые в обычных условиях общественно полезны и вред причиняют лишь в сравнительно редких случаях, в связи с чем подробно регламентировать их нормами права не представляется возможным. Для большинства деликтов, совершаемых медицинскими работниками в процессе профессиональных занятий, характерна так называемая условная противо-

правность, но может иметь место и смешанная противоправность и даже непосредственная, допустим предусмотренная уголовным законодательством и влекущая помимо уголовной и гражданско-правовую ответственность.

Поведение медицинского работника может выражаться как в форме действия (повреждение какого-то органа во время операции, введение противопоказанного лекарства, назначение лекарственного вещества в чрезмерно большой дозе и т.д.), так и в форме бездействия (невыполнение необходимой операции, неназначение лекарства и т.д.). Бездействие не всегда выражается в абсолютно пассивном поведении. Закон предусматривает ответственность и в тех случаях, когда медработник выполняет возложенные на него обязанности либо не до конца, либо ненадлежащим образом, и это снижает эффективность оказываемой медицинской помощи, не препятствует «естественному» неблагоприятному течению онкологического процесса и наступлению вредных последствий. Вышесказанное в полной мере относится к паллиативной помощи онкологическим больным, т.к. эта помощь обеспечивает более благоприятные социальные и физические условия существования онкологических больных. Во многих случаях эта помощь препятствует развитию грозных осложнений, а значит и продлевает жизнь человека.

В этом разделе лекции необходимо также остановиться на правовой оценке действий (бездействий) медицинских работников в случае, если имеются противоположные или просто различные взгляды ученых и даже практиков на лечение онкологической патологии. Дело в том, что имеются различные научные школы, разные методы операций, диагностических подходов и даже оценки объективных и субъективных данных о больном.

Как правило, ученые публикуют результаты своей работы в научных изданиях, выпускают методические рекомендации и методические указания, а иногда результаты исследований лежат в основе ведомственных нормативных актов в виде приказов и инструкций. Логично, что в случае возникновения деликтных отношений в результате медицинского вмешательства возникает вопрос — почему вмешательство проведено по этой, а не другой методике? Выдвигаются предположения, что может быть вредные последствия не наступили бы, если врач следовал указаниям другой школы.

По нашему мнению, в этом случае нет признаков неправомерного поведения, т.к. методы и методики утверждены, имеется опыт их применения и научное обоснование. Оснований для возмещения вреда в данном случае не возникает. Противоправность в

онкологической практике выражается в нарушении норм и правил, вытекающих как из официальных норм, так и в результате нарушений, принятых или установившихся норм онкологической науки и практики, при этом нормы могут иметь характер и сложившейся практики, т.е. не обязательно четко прописанные в каких-либо инструкциях или приказах.

Главным условием медицинского деликта несомненно является — наличие самого вреда. Обязательства вследствие причинения вреда возникают только при наличии вреда. Однако, онкологическая практика зачастую сопровождается причинением вреда здоровью. К примеру — хирургическая онкология или химиотерапия, не говоря уже о применении различных видов излучения для лечения этих больных. Как же быть?

Здесь законодатель исходит из принципа генерального деликта, согласно которому каждому запрещено причинять вред имуществу или личности кого-либо, и всякое причинение вреда другому является противоправным, если лицо не было уполномочено нанести вред. Отсюда следует, что врач-онколог, по роду своей работы уполномочен причинять вред в ходе своей профессиональной деятельности, если этот вред правомерен и оправдан, т.е. преследует общепользную цель.

Итак, вред, причиненный онкологом, обоснован, если он наступил в результате правомерных действий, т.е. соответствующих правилам онкологической науки и практики. Иное дело, если эти правила были нарушены. В этом случае наступают последствия из противоправного поведения, в результате которых причинен вред.

Следующее условие — это наличие причинной связи между поведением медработника и наступившими последствиями у онкологического больного.

Вопрос о причинной связи в гражданском деле, где медицинский деликт является следствием неправильных действий медработников, возникает не так уж часто, поскольку эти связи в большинстве случаев носят сравнительно простой характер и проблемы причинения не возникает. Причина и следствие констатируются довольно просто. Однако, в онкологической практике дело осложняется определенной спецификой, в т.ч. тяжелым состоянием больного, высоким риском неблагоприятного исхода, наличием осложнений, которые трудно предусмотреть, особым психологическим состоянием больного. Трудности установления причинной связи обусловлены прежде всего там, где с объективной стороны профессионально неправомерное деяние совершается путем бездействия, и непосредственной (биологической) причиной противоправного результата является болезненное состояние орга-

низма. Практические проблемы констатации причинной связи значительно усложняются, когда наступлению медицинского вреда содействовали особые свойства организма потерпевшего, или когда вред вызван не поведением одного какого-либо определенного лица, а сочетанием целого ряда факторов и обстоятельств, которые усложняют ситуацию, что довольно часто имеет место в онкологической практике.

**Под причинной связью в онкологической практике, имеющей правовое значение, понимают объективно существующую связь между противоправным деянием мед. работника и наступившими вредными последствиями у больного с подозрением или наличием онкозаболевания, когда деяние предшествует во времени последствиям и, являясь главным условием, создает реальную возможность его наступления, а последствие с неизбежностью вытекает именно из этого деяния.**

Наибольшие трудности установления причинной связи в онкологии представляют деяния, совершенные медицинскими работниками путем бездействия, особенно в разделе паллиативной помощи.

Неправомерное бездействие при медицинских деликтах в онкологической практике имеет такие же гражданско-правовые последствия, как и неправомерное действие. Поведение медработника становится необходимым условием наступления определенного результата (вреда) в тех случаях, когда силы, непосредственно воздействующие на какой-либо объект, находятся в сфере власти человека, и человек своим невмешательством предоставляет им возможность действовать в определенном направлении. Этот момент дает нам возможность обосновать причиняющий характер бездействия. Бездействие в онкологии, в т.ч. при оказании паллиативных услуг — это невыполнение регламентированных или принятых, устоявшихся, постоянно действующих норм и правил, которые могут привести или реально привели к ухудшению состояния здоровья онкологического больного или его смерти.

Применительно к бездействию медицинских работников рассмотрим следующий пример. Врач-онколог не направил на биопсию (cito) операционный материал, надеясь на собственный опыт и визуальный осмотр поврежденных (по его мнению) тканей. В результате объем оперативного вмешательства был значительно, но необоснованно, расширен. Необоснованно проведенное широкое хирургическое вмешательство привело к резкому ухудшению состояния больного, и наступила смерть. Заключение патологоанатома — смерть от общей сердечной недостаточности в результате завышенного объема операции. В данном случае противоправное бездействие привело за собой неправомерное действие,



в результате чего был причинен вред жизни больного по вине врача-онколога. В этом случае имеются все четыре условия причинения вреда в результате медицинского (онкологического) деликта, которые могут повлечь не только гражданско-правовые, но и уголовные последствия.

Или другой пример из раздела паллиативной помощи. Согласно ФЗ «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» пациент имеет право на облегчение боли, связанной с заболеванием и/или медицинским вмешательством, доступными способами и средствами. В случае нарушения хотя бы одного из пунктов этого закона у онкологического больного, наступает противоправность у врача (медработника), а если это повлечет вред (моральный или физический), и будут иметь место другие условия, в т.ч. вина мед. работника и причинная связь, то имеют место гражданско-правовые последствия в результате медицинского деликта у онкологического больного. В данном случае противоправность может иметь место, как в форме действия, так и в форме бездействия. К примеру, неназначение адекватного обезболивания или назначение его не в полном объеме.

По нашему мнению, обстоятельств, исключающих неправомерность ожидаемого и требуемого от медицинского работника действия, в результате неисполнения которого наступил медицинский деликт, всего три:

1. наличие в данный момент пациента, находящегося в более тяжелом состоянии, где угроза жизни и здоровью реальнее;
2. болезнь самого врача, не позволяющая реально выполнить ожидаемые действия;
3. отсутствие необходимых дополнительных условий (инструментарий, техника, медикаменты и другое), позволяющих выполнить действия.

В настоящее время приняты и действуют в РФ законодательные акты об охране здоровья и медицинской помощи, обязывающие действовать соответствующим образом медицинских работников, в т.ч. «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан», Закон РФ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения», Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации», и др. Невыполнение требования этих законов может быть причиной наступления вредных последствий как для больного, так и для пациента, находящегося на обследовании по поводу подозрения на онкозаболевание.

Выполнение определенных функций, связанных с занимаемым лицом положением, становится специальной обязанностью данного лица, а невыполнение этих обязанностей при соответст-

вующих условиях может повлечь за собой наступление гражданско-правовых последствий.

*Влияние особых свойств организма на развитие причинной связи в онкологии*

В практике «онкологических дел» чаще, чем по другим делам, встречаются случаи, когда наступлению неблагоприятного результата способствовали особые свойства организма потерпевшего. Решение этих случаев вызывает некоторое разногласие между криминалистами. Одни считают, что наступивший результат будет необходимым последствием совершенного действия; другие придадут в этом случае причинной связи случайный характер.

При рассмотрении конкретных дел судебная практика не придает значения особенностям организма и общему состоянию здоровья лица, которые оказывают влияние на развитие причинной связи в ту или иную сторону, что в онкологической практике имеет принципиальное значение. Она придерживается мнения, что причинную связь следует считать установленной во всех случаях, когда помимо данного действия при конкретных условиях результат не наступил бы независимо от того, какую роль сыграли другие обстоятельства, способствующие наступлению результата. Такие дела могут иметь место и в онкологии.

Дежурный врач-онколог К. осмотрел на дежурстве пациентку С., находящуюся на лечении в онкоотделении, пожаловавшуюся ему на сильные головные боли. Врачом был зафиксирован подъем артериального давления и назначена инъекция дибазола. При этом врач не выяснил, что в прошлом у больной на инъекцию дибазола возникала крапивница. Через 15 минут после внутримышечного введения дибазола у больной развился анафилактический шок и больная умерла. Не подлежит сомнению, что причинная связь между действиями врача К. и смертью пациентки С. имеется, хотя по данным патологоанатомического вскрытия неблагоприятный исход у этой пациентки все равно бы имел место от онкологического заболевания в ближайшее время. Ответственность за наступившее последствие исключается, если только будет отсутствовать вина.

При исследовании проблемы причинной связи в онкологической практике необходимо твердо помнить, что установлением причинной связи между поведением медработника и наступившим вредом, подпадающим под признаки правонарушения, еще не решается проблема ответственности, т.к. требуется установление виновности лица. Причинная связь лишь объясняет происхо-

ждение одного явления от другого и устанавливает чисто объективный предел ответственности. При онкологических деликтах нельзя ставить вопрос о виновности лица, если поведение лица не содействовало наступлению последствия.

### **Вина и ее формы, как условия возмещения вреда в онкологической практике**

Общий принцип гражданско-правовой ответственности в обстоятельствах из причинения вреда — это ответственность за вину. Законодатель предусматривает только несколько случаев, когда вред возмещается без вины причинителя.

Эти положения относятся и к медицинским деликтам в области онкологии.

На деликтные обязательства полностью распространяется трехчленное деление вины в гражданском праве (умысел, грубая неосторожность, простая неосторожность). При этом гражданское право не разделяет умысел на прямой и косвенный, как это имеет место в уголовном законе. Под умыслом понимается такое противоправное поведение, когда причинитель вреда не только предвидит, но и желает **либо сознательно допускает наступление вредного результата**.

Грубое нарушение медицинских правил, принятых в онкологической практике, явное игнорирование общеизвестных инструкций, где медработник в силу своего образования и должного знания элементарных правил практики и науки знал или обязан был знать о возможных негативных последствиях для жизни или здоровья больного и сознательно допускал их — это и есть умысел при онкологических деликтах.

Нет никакой необходимости рассматривать медицинский деликт в онкологической практике с точки зрения наличия или отсутствия медицинской ошибки. Необходимо всякий раз оценивать правовые последствия медицинской деятельности. Практическую значимость имеет не отсутствие или наличие ошибки, а правовой результат из оценки. Так, если медицинские действия привели к наступлению общественно опасных последствий, и имеются признаки состава преступления, в т.ч. деяния, предусмотренные уголовным законом, то оценка обстоятельств дела проводится по нормам уголовного права. При предъявлении иска наступают гражданско-правовые последствия в рамках уголовного процесса. Если медицинскими действиями причинен вред имуществу, здоровью или жизни, то при наличии оснований (вины, противоправности и причинной связи) наступают гражданско-право-

вые последствия, в т.ч. и обязательства вследствие причинения вреда.

В гражданском праве предусмотрены два вида неосторожности: грубая и простая неосторожность. При грубой неосторожности нарушаются обычные, очевидные для всех требования, предъявляемые к лицу, осуществляющему определенную деятельность. При простой неосторожности, наоборот, не соблюдаются повышенные требования. Эти виды неосторожности имеют место и в онкологической практике.

Мы не ставим целью настоящего исследования определение правовых особенностей разграничения видов и форм вины. Но, по нашему мнению, отличие умысла в «онкологических» деликтах от грубой неосторожности заключается в следующем:

1. нарушение принятых нормативных актов в виде приказов, инструкций, рекомендаций и т.д.;
2. предвидение возможности наступления вреда и сознательное допущение возможного вреда, который трудно или невозможно устранить;
3. нарушение обычных, как правило, повседневных правил, общепринятых в медицинской науке и практике или в этом подразделении, этом учреждении, но неоформленных в виде нормативных документов, т.к. эти правила принимаются всеми остальными сотрудниками как необходимое должное;
4. предвидение возможности наступления вреда соединенным с легкомысленным расчетом — избежать его или временно устранить.

По нашему мнению, 1 и 2 характеризует вину в форме умысла, а 3 и 4 присущи для вины в форме грубой неосторожности.

### *Правовые проблемы возмещения вреда, причиненного медицинскими работниками без вины в онкологической практике*

Медицинская деятельность — это еще и правовая проблема с точки зрения правовой характеристики ее как источника повышенной опасности. Опытные хирурги грубовато говорят: «Когда лезешь с ножиком в тело человека, конечно, с благими намерениями, всегда есть возможность отрезать что-то не то», и онкология — не исключение этого правила. Медицинское вмешательство, особенно сопровождающееся инструментальным, оперативным воздействием, как это имеет место в онкологической практике, всегда представляет повышенную, по сравнению с обыденной жизнью, опасность для пациента. В случае медицинского вмешательства у

онкобольного предусмотрен выбор только гипотетически. На практике у такого больного нет выбора: лечиться или не лечиться?; лечиться под нож хирурга или отказаться от операции? Отказ означает повреждение здоровья или смерть в неминуемом будущем, а согласие — избавление от этого, но с риском получения дополнительных осложнений или даже смерти на операционном столе.

По нашему мнению, отнесение медицинского вмешательства к деятельности, создающей повышенную опасность для окружающих, должно решаться в каждом отдельном случае судом.

При этом, с правовых позиций необходимости выделения двух условий в этой проблеме:

1. Вред может быть причинен источником повышенной опасности при правомерных действиях, если источник повышенной опасности является необходимой составляющей лечебно-диагностического процесса (токи высокой частоты, напряжение, лазерные установки, мощное ультразвуковое воздействие, источники радиоактивного излучения и другое), т.е. там, где присутствует особый объект, несущий повышенную опасность;

2. Вред может быть причинен самим медицинским вмешательством, которое по своей сути и форме, можно и необходимо отнести к источнику повышенной опасности (операции на жизненно важных органах, в т.ч. на сердце, мозге; большой объем операции — что часто случается в онкологической практике, — связанный с существенным риском для жизни, и другое), т.е. там, где основным является действие, представляющее само по себе источник повышенной опасности. И то и другое зачастую имеет место в онкологической практике.

Применительно к теме нашего исследования ни то, ни другое не имеет отношения к онкологическим деликтам, т.к. действия медицинских работников не являются противоправными, более того врач-онколог правомочен их совершать.

Еще одно обстоятельство, имеющее прямое отношение к онкологии. По закону каждый гражданин имеет право на информацию о состоянии своего здоровья: о диагнозе, предполагаемых методах лечения, о возможных осложнениях его, показаниях и противопоказаниях, назначенных врачом или самостоятельно покупаемых в аптеках медикаментах и др. По общему правилу этому праву граждан корреспондируется соответствующая обязанность лечебно-профилактического учреждения, т.е. онкологического диспансера.

К сожалению, в реальной онкологической практике это право нарушалось как прежде, так и в настоящее время.

Непредоставление полной и достоверной информации об услуге противоправно во всех случаях, когда это может послужить причиной возникновения вреда в результате неправильного использования услуги, так и отсутствие у услуги тех свойств, которые ей приписывались, т.е. имеет место причинно-следственная связь.

При предоставлении недостаточной информации об услуге нарушается право потребителя на безопасность услуги, что противоречит ст.7 Закона РФ «О защите прав потребителей», сущность которой в том, что любая услуга в обычных условиях должна быть безопасна для потребителя.

Применительно к «онкологическим» деликтам непредоставление полной и достоверной информации может сказаться на принятии пациентом решения о согласии или отказе от медицинской помощи, и в случае причинения вреда причинно-следственная связь — налицо наряду с другими основаниями медицинского деликта. У онкологического пациента всегда должно быть право принятия решения на основе достоверной информации от врача.

#### **Обстоятельства, исключающие противоправность при медицинских деликтах в онкологической практике**

В онкологической практике всегда имеется вероятность возможного причинения вреда здоровью пациента. Формально такие действия могут подпадать под признаки правонарушений и даже преступлений, предусмотренных УК РФ. Однако при определенных условиях они не признаются противоправными.

Обстоятельствами, исключающими противоправность при медицинских деликтах, являются: причинение вреда в состоянии крайней необходимости и в состоянии необходимой обороны.

Однако основное место в медицинской практике занимают обстоятельства, когда вред причинен по просьбе или с согласия потерпевшего. Этот вред практически сопровождает профессиональную медицинскую деятельность в области онкологии.

Статья 1067 ГК РФ содержит определение понятия и последствия причинения вреда в ситуации крайней необходимости. Оно фактически схоже с понятием, содержащимся в ст.39 УК РФ. В онкологии зачастую имеет место крайняя необходимость.

Поскольку ранее мы уточнили, что наказуемыми могут быть только деяния, которые причинили существенный вред больному и не соответствовали существующим «правилам и методам медицинской науки», то к состояниям крайней необходимости в медицинской практике могут быть отнесены лишь некоторые лечебно-

диагностические мероприятия, проводимые в исключительных случаях.

Одним из обязательных условий крайней необходимости является возникшая опасность для жизни и здоровья онкологического больного. Она должна быть либо наступившей, либо реально угрожающей причинением вреда, а не мнимой. Поведение врача в такой ситуации не соответствует правилам медицинской науки, т.е. противоправно, но он действует так, потому что устранить грозящую опасность в сложившейся клинической ситуации средствами кроме примененных невозможно.

Состояние крайней необходимости надо отличать от обоснованного риска.

Профессиональный врачебный риск в онкологии определяется множеством обстоятельств; в первую очередь, степенью опасности самого заболевания, условиями, при которых оказывается медицинская помощь, уровнем квалификации специалистов и т.п. Нежелание врачей оправданно рисковать при наличии онкологической патологии порождает нерешительность и равнодушие, профессиональную трусость. Врач, идущий на риск, в случае неблагоприятного исхода нередко подпадает под жалобы родственников больного в вышестоящие инстанции и даже их попытки привлечь врача к уголовной и гражданско-правовой ответственности.

Учитывая специфику онкологической деятельности медицинских работников, где риск всегда сопряжен с опасностью причинения вреда здоровью и жизни граждан, имеется необходимость определить границы обоснованного профессионального риска в онкологии и разграничить его с другим институтом деликтных отношений — крайней необходимостью.

Рассматривая вопрос о профессиональном риске медицинского персонала, следует прежде всего сказать о профессиональном риске, который имеет значение для уголовного и гражданского права.

В медицинской литературе, в т.ч. и в онкологических исследованиях риск определяется как степень предполагаемой опасности для больного, которой он подвергается во время лечения (операции, наркоз, ближайший послеоперационный период и т.д.). Если действия (бездействие) медицинских работников при выполнении профилактического или лечебно-диагностического процессов с риском для онкобольного — с позиции «медицинской науки и практики» правильные, то риск — всегда правомерный. В этом случае не ставится вопрос об обоснованном профессиональном риске, имеющем значение для уголовного и гражданского права.

С позиций права при крайней необходимости в онкологии имеют значение такие действия (бездействие), когда врач, медицинская сестра или иной медицинский работник, пренебрегая принятыми правилами онкологии, в особых условиях совершают действия (бездействие) для спасения жизни, здоровья больного или с целью расширения имеющихся методов профилактики, диагностики и лечения. Следовательно, при обоснованном профессиональном риске в онкологической практике деяния, совершенные ими, не противоречат существующим правилам медицины. Если от действий или бездействий не наступил вред для здоровья и жизни пациента, или нет причинной связи между деянием и последствием, то и в этом случае вопрос об обоснованном врачебном риске не возникает. Если наступает, то это и есть обоснованный онкологический риск.

Риск в онкологической практике будет правомерным и исключает противоправность в действиях медицинских работников при следующих условиях:

1. Осуществление профессиональной деятельности.
2. Цель, ради которой применяется рискованный метод лечения, диагностики, или проводится биомедицинский эксперимент, должна оправдывать опасность, грозящую жизни или здоровью гражданина. Она не может быть достигнута обычными, нерискованными средствами, а действия являются общественно полезными.
3. Возможность вредных последствий для жизни или здоровья должна быть вероятной, а не заведомой, и врачом должны быть предприняты все возможные меры предотвращения вреда.
4. Согласие гражданина или его законных представителей на применение рискованного метода лечения и возможный неблагоприятный исход, за исключением случаев, предусмотренных законом.

Риск может быть признан обоснованным, а, следовательно, и правомерным только в том случае, если выполняются все названные условия.

Наиболее тесно врачебный риск в онкологии соприкасается с таким институтом уголовного и гражданского права как крайняя необходимость, в связи с чем нами предпринята попытка их разграничения.

1. Состояние крайней необходимости отличается от обоснованного риска, прежде всего по цели, ради которой действует (бездействует) медицинский работник. При крайней необходимости цель действия (бездействия) — только предотвращение угрозы



жизни и здоровью пациента. При обоснованном риске рискованные действия могут совершаться как для устранения угрозы жизни и здоровью конкретного больного, так и с целью расширения имеющихся методов профилактики, диагностики и лечения других больных. То есть, при крайней необходимости в онкологии речь идет только о спасении ценностей, а при риске, возможно, их со-зидание.

2. Одним из дифференциальных критериев разграничения может служить обязательное условие крайней необходимости в онкологии — меньший причиненный вред, чем предотвращенный. Последствием совершения правомерных рискованных действий может быть, в отличие от крайней необходимости, причинение более существенного вреда, в том числе и смерть на операционном столе.

3. При крайней необходимости в онкологии нанесение вреда носит характер неизбежности (тяжелая, калечащая операция ради спасения жизни). При риске совершаются действия, которые только с вероятностью могут повлечь причинение вреда. Причем, вероятность вредных последствий рискованного поступка несравненно меньше вероятного достижения общественно полезного результата.

4. При крайней необходимости причиненный вред возмещается согласно норм ст. 1067 ГК РФ, а в условиях обоснованного риска возмещение не предусмотрено, т.к. нормы обоснованного риска предусмотрены только ст. 41 УК РФ. Налицо пробел в гражданском праве, который подлежит устранению.

Каждому человеку принадлежит право на жизнь и здоровье. Один из аспектов этого права в онкологии — возможность самостоятельно распоряжаться здоровьем и жизнью, в т.ч. подвергать себя риску причинить вред здоровью и решать вопрос о прекращении жизни. Действующая в настоящее время ст. 32 Основ законодательства об охране здоровья граждан предусматривает: необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина.

Согласие на медицинское вмешательство в онкологии в отношении лиц, не достигших возраста 15 лет, и граждан, признанных в установленном законом порядке недееспособными, дают их законные представители. В большинстве случаев отказ родителей или законных представителей не может быть оспорен. Только в случае, если медицинская помощь необходима для спасения жизни, лечебное учреждение имеет право обратиться в суд для защиты интересов малолетних до 15 лет и недееспособных. В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить волю, или от-

существуют законные представители малолетнего или недееспособного, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум — непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

К сожалению, многие медицинские работники в онкологии понимают согласие больного на вмешательство, как разрешение пациента полностью распоряжаться его здоровьем и жизнью, а главное, как лишение какой-либо ответственности за последствия медицинского вмешательства, в т.ч. и за причиненный вред. Это далеко не так. Онкологический больной дает согласие на проведение операции или применение новых неапробированных методик или методов лечения, и только. Он не дает согласие на виновную противоправность и возникший вследствие этого вред жизни и здоровью. Пациент согласен с определенным риском для здоровья или жизни, который имеется при любом медицинском вмешательстве, но категорически против медицинского вреда. Подписывая согласие на онкологическое вмешательство, больной уверен, что если и возникнут непредвиденные осложнения, то они действительно не могли быть предвидены, не осознавались и не могли быть осознаны врачом, а все действия врача соответствуют общепринятым правилам медицинской науки и практики. Все вышесказанное имеет непосредственное отношение и к онкологической практике.

В связи с этим, согласие онкобольного не освобождает причинителя вреда (врача) от гражданско-правовой ответственности в случае медицинского деликта. Подтверждением этого служит буквальное толкование ст.1064 п.3 абз.2 «В возмещении вреда может быть отказано» (при выше указанных обстоятельствах — А.В.), именно «может быть», а не императивно — «отказывается», т.е. возмещение вреда может наступить и при согласии пациента на медицинское вмешательство. Все вышеперечисленное имеет непосредственное отношение к онкологической практике.

#### *Литература:*

1. Конституция РФ, 1993.
2. Хартия прав человека.//Всеобщая декларация прав человека. — Генеральная Ассамблея ООН. — 10 декабря 1948.
3. Уголовный Кодекс РФ.
4. Гражданский Кодекс РФ.

5. Закон РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации». 28.06.92., № 1499-1.//Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. — М. — 1995.
6. Закон РСФСР «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения». 19.04.91., № 1034-1.//Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. — М. — 1995.
7. Закон РФ «О донорстве крови и ее компонентах». 09.06.93., № 5142-1 //Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. — М. — 1995.
8. Закон РФ «О трансплантации органов и (или) тканей человека». 22.12.92. N 4180-1.//Сборник нормативных актов по охране здоровья граждан Российской Федерации. — М. — 1995.
9. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан.//Ведомости Съезда народных депутатов Российской Федерации и Верховного Совета Российской Федерации. — 1993. — № 33.
10. *Бердичевский Ф.Ю.* Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей.//М. — 1970. — 138с.
11. *Бородин С.В.* Ответственность за убийство: квалификация и наказание по российскому праву.//М. — 1994. — 186с.
12. *Вермель И.Г.* Судебно-медицинская экспертиза лечебной деятельности.//Свердловск. — 1988. — 204с.
13. Врачебные ошибки.//Малая медицинская энциклопедия. — М. — 1991.
14. *Давыдовский И.В.* Врачебные ошибки.//Сов.медицина. -, 1941. — №3. — сс.3-10.
15. *Котельников В.П.* От Гиппократов до наших дней.//М. — 1987. — 235с.
16. *Малеина М.Н.* Человек и медицина в современном праве.//М. — 1995. — 272с.
17. *Малеина М.Н.* Юридическая квалификация врачебной ошибки.//Сов.государство и право. — 1984. — №9. — с.127.
18. *Савицкая А.Н.* Возмещение ущерба, причиненного ненадлежащим врачеванием.//Львов. — 1982. — 196с.
19. *Сергеев Ю.Д.* Право на хирургическое вмешательство.//Клин.хирургия. — 1988. — №5. — сс.51-52.
20. *Сергеев Ю.Д.* Профессия врача. Юридические основы.//Высшая школа. — 1988. — 208с.
21. *Церетели Т.В.* Причинная связь в уголовном праве.//М. — 1963. — 164с.

## **1.2.7. СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

### **Введение**

В последние десятилетия в нашей стране особое внимание уделяется экономическим вопросам в различных сферах хозяйствования. Это связано, прежде всего, с попытками оздоровления экономики страны, с появлением новых форм хозяйственной деятельности людей. Являясь одной из отраслей народнохозяйственного комплекса, здравоохранение также «примеряет» на себе новые формы ведения хозяйства, поднимает вопросы своего экономического обоснования, совершенствования финансового механизма.

Решение этих вопросов открывает широкие возможности для улучшения медицинской помощи населению и позволяет определить наиболее эффективные пути распределения и использования материальных ресурсов общества, выделяемых для охраны и укрепления здоровья народа.

Подсчет экономического ущерба, причиняемого отдельными заболеваниями, экономической эффективности вкладываемых в медицину средств, детальное изучение затрат в учреждениях здравоохранения на всех этапах оказания медицинской помощи позволяет найти оптимальный путь по снижению потерь трудовых ресурсов за счет улучшения здоровья трудящихся при наиболее рациональном вложении средств в функционирование и развитие отрасли.

Многочисленными исследованиями экономистов и организаторов здравоохранения установлено, что здравоохранение обладает заметным влиянием на развитие производительных сил общества и на повышение эффективности труда работников материального производства, что приводит к сохранению и/или увеличению национального дохода. Это говорит о том, что здравоохранение — категория не только медицинская, но и социально-экономическая. Важнейшим социальным эффектом здравоохранения является снижение смертности, заболеваемости, инвалидности, изменение демографических показателей, растущее удовлетворение потребностей в медицинской помощи и санитарно-гигиеническом обслуживании.

Конечно, было бы идеальным направление усилий здравоохранения в отношении всех форм заболеваний, но в связи с ограниченностью ресурсов и степени управляемости конкретными забо-

лениями определение приоритета в борьбе с той или иной патологией должно основываться на величине социально-экономического ущерба. В этой связи особое внимание заслуживают злокачественные новообразования.

Многие исследователи не обращают должного внимания на экономические вопросы раковых заболеваний. Экономический анализ их затруднен из-за длительности латентного характера канцерогенеза. В то же время состояние современных противораковых исследований в большинстве развитых стран характеризуется огромными материальными расходами и относительно малым выходом в практику. В этой связи социально-экономические аспекты злокачественных опухолей требуют специального изучения.

### **Особенности развития и современное состояние социально-экономических вопросов злокачественных опухолей**

В структуре причин смертности населения Российской Федерации злокачественные новообразования занимают второе место, составляя 16,4%, в том числе 18,6% — у мужчин и 14,2% — у женщин. Приведенные показатели в определенной степени говорят о влиянии этой патологии на величину социально-экономических потерь общества. Однако сам показатель смертности не отражает в достаточной мере социальную значимость заболевания. В наиболее полном объеме судить о ней можно по влиянию злокачественных новообразований на среднюю продолжительность предстоящей жизни населения и экономическим потерям, ею обусловленным.

Являясь категорией социально-экономической, здравоохранение устанавливает специфические связи между своим развитием и экономическим потенциалом общества. Разработкой этих вопросов занимается экономика здравоохранения — «отраслевая экономическая наука, предметом изучения которой является выявление взаимодействия здравоохранения с обществом. Экономика здравоохранения относится к социально-экономическим наукам, исследующим действия объективных экономических законов, условия и факторы, обеспечивающие максимальное удовлетворение потребностей общества в медицинском обслуживании и охране здоровья населения при минимальных затратах» (Попов Г.А., 1976).

Основанием для выделения экономики здравоохранения в особую отрасль экономики явилось не только возрастание объемов трудовой деятельности и используемых экономических ресурсов, но и особенностей тех функций, которые здравоохранение

выполняет в общественном воспроизводстве в связи с социальным и научно-техническим прогрессом (Пустовой И.В., 1987).

Из всего вышесказанного не следует делать вывод, что экономика здравоохранения стала привлекать внимание исследователей лишь последние годы. Первые попытки изучения экономических проблем, связанных с показателями здоровья и заболеваемости населения, относятся к началу 20 столетия и связаны с работами В.В. Фавра, А.С. Рославского, Г.Е. Рейна и др. Впервые в России обратил внимание на экономическое значение санитарно-демографических процессов демограф А.С. Рославский. Он указывал, что «мы должны знать не только средний, но и производительный век жителей России и тех государств, с которыми сравниваем наше отечество».

К первым попыткам экономического ущерба от заболеваемости относится исследование конца 19 столетия В.В. Фавра, определившего расходы на лечение больных малярией и экономический ущерб от потери рабочего времени вследствие болезни.

Не менее интересны исследования академика Г.Е. Рейна, возглавлявшего межведомственную комиссию по пересмотру врачебно-санитарного законодательства в России. В них подчеркивается вред, наносимый заразными болезнями экономическому развитию страны, и в частности указывается: «Всех расходов на медицинскую часть в Империи в 1911 году было 118798799 руб., из которых не менее трети падает на заразные болезни, т.е. около 40 млн. рублей», — и далее: «...высокое государственное и экономическое значение представляет целесообразно направленная борьба с заразными болезнями. В результате ее получается экономия жизни, которая есть вместе с тем и денежная экономия». Главной особенностью данной работы является попытка определить: экономический ущерб от заболеваемости и смертности в России на основании сравнения денежных затрат на лечение; убытки от потери заработной платы больных в рабочем возрасте; потери рабочей силы в связи со смертностью в рабочем возрасте при двух различных уровнях смертности и заболеваемости. В результате показана «громадная экономия свыше 600 млн. рублей, которая могла бы быть достигнута понижением чрезмерной общей смертности до нормы западноевропейских государств, принятой за 18,0 на 1000 жителей».

Значительный вклад в развитие теории и практики решения экономических проблем в области здравоохранения был сделан первыми организаторами и теоретиками советского здравоохранения Н.А. Семашко, З.П. Соловьевым, М.Ф. Владимирским, С.А. Томилиным и др.

Первый нарком здравоохранения Семашко Н.А. и его заместитель Соловьев З.П. в связи с проведением мероприятий по внедрению режима экономии в здравоохранении в 1926г. указывали: «Если мы можем и должны всячески урезать («экономить») расходы в хозяйственной деятельности по управленческому аппарату, то мы должны чрезвычайно осмотрительно относиться к расходам на больного человеке: неправильная экономия здесь может самым чувствительным образом отразиться на интересах больного и даже сорвать дело оздоровления населения». Семашко Н.А. предупреждал, что при проведении режима экономии важно не сбиться с пути, не впасть в принципиальную ошибку, которая возможна, если забыть специфичность дела здравоохранения. А его тезис, что очень многие недостатки в медицинской работе «зависят не столько от недостатка средств, сколько от того, что мы плохо «хозяйничаем», сохраняет свою актуальность и по сей день.

Огромное наследие по проблеме экономики здравоохранения оставил С.А. Томилин. Он, по сути дела, является отцом современной экономики здравоохранения, сформулировав ее основные положения и впервые введя понятие «народнохозяйственная ценность человеческой жизни».

К сожалению, перед началом второй мировой войны гуманитарные аспекты здравоохранения стали ошибочно считать несовместимыми с вопросами экономического характера, считалось кощунственным требование подсчитывать и экономить деньги при организации лечебной помощи. Лечение и расчеты были несовместимыми, так как полагали, что гуманизм советского здравоохранения и экономика исключают друг друга, и новая, давшая первые ростки наука, была на долгие годы предана забвению.

Новой эрой для развития экономики здравоохранения стали 60-е годы, когда на страницах журнала «Советское здравоохранение» была развернута дискуссия на тему: «Что понимать под экономикой советского здравоохранения?» Свой вклад в формирование понятийного аппарата возрождающейся науки внесли И.В. Пустовой, В.В. Головтеев, А.М. Изуткин, В.В. Канеп, Э.Н. Кулагина, С.Г. Струмилин, Г.А. Попов, М.П. Ройтман, С.Г. Шахгельдянец и др. Каждый давал свое определение экономики здравоохранения, несколько расширяя или, наоборот, сужая ее задачи, однако все они очень близки по сути, которая заключается во взаимодействии и взаимообусловленности здравоохранения с народным хозяйством и обществом в целом.

Возрождая и развивая основные понятия и направления экономики здравоохранения, исследователи отмечают, что получение

экономического эффекта не является для них определяющим критерием, так как здравоохранение и медицинская наука являются специфическими отраслями народного хозяйства. Попытки найти экономическую эффективность здравоохранения не должны играть роль самоцели прежде всего потому, что результаты осуществляемых мероприятий или программ могут проявиться не сразу, и еще потому, что высшим критерием эффективности в здравоохранении является социальный результат, характеризующий степень удовлетворения потребности в здоровье. Иначе говоря, экономические результаты затрат должны рассматриваться лишь как дополнительные к основным социальным результатам (Попов Г.А., 1976).

Кроме того, рассматривая результаты деятельности здравоохранения с позиций медицинской, социальной и экономической эффективности, вряд ли удастся провести четкую грань между ними. Очень часто возможно лишь условное разделение указанных позиций, различной степени их приоритетности (Пустовой И.В., 1987).

Наиболее разработанной областью при анализе эффективности здравоохранения является медицинский эффект. Он может выражаться показателями, определяющими уровень и характер заболеваемости, ее тенденциями; числом заболевших и здоровых лиц; показателями, характеризующими качество медицинской помощи, то есть достижением поставленных задач в области профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Следует иметь в виду, что медицинский эффект логически предшествует социальному и экономическому, и приоритетность при изучении эффективности принадлежит также ему. Методика избранного лечения должна быть всегда и прежде всего эффективна с медицинской точки зрения. Нередко медицинские мероприятия лечебного или профилактического характера невыгодны экономически, однако медицинский эффект требует их проведения.

Социальный эффект здравоохранения, по своему содержанию, очень близок к медицинскому эффекту. Однако, их следует условно разграничивать. Если медицинский эффект измеряется результатом непосредственного медицинского вмешательства, то социальный эффект здравоохранения измеряется такими показателями, как продолжительность жизни, демографические сдвиги (рождаемость, смертность, естественный прирост населения и т.д.). Совершенно понятно, что социальный эффект здравоохранения связан с удовлетворением потребности населения в здоровье и одновременно зависит от изменения многих социально-экономических факторов в стране.



Социальный эффект здравоохранения потенциально связан с экономическим, так как одним из его результатов является воспроизводство рабочей силы. Более того, социальный эффект здравоохранения измеряется таким критерием, как «число сохраненных жизней», а этот критерий применяется в равной степени для измерения как социального, так и экономического эффекта (последний лучше измерять в денежных единицах).

Используя этот показатель, академик Струмилин С.Г. еще в 1966 году установил, что за счет снижения общей смертности с до-революционных лет в 1964 году была дополнительно сохранена жизнь 5 млн. советских граждан.

Ройтман М.П. (1982), взяв за исходные данные уровень 1940г., определил, что за период с 1958 по 1965 годы было сохранено дополнительно 10 млн. жизней. Из приведенных примеров видно, что социальный эффект здравоохранения очень тесно связан с экономическим, способствуя сохранению жизней и воспроизводству рабочей силы. Разница заключается лишь в том, что при изучении социального эффекта следует учитывать все сохраненные жизни вне зависимости от их возможности трудиться, а при изучении экономического эффекта, естественно, больше внимания уделяется степени трудоспособности.

Оценка экономического эффекта в здравоохранении не является самоцелью. Нередко то или иное медицинское мероприятие не выгодно с медицинской точки зрения, но принципы гуманности требуют его осуществления. Тем не менее, изучение экономического эффекта чрезвычайно важно, так как способствует более рациональному использованию национальных ресурсов.

Определить экономический эффект здравоохранения — значит найти количественные показатели взаимосвязи между экономическим развитием страны и здоровьем людей. Все возрастающее значение здравоохранения в жизни современного общества заключается в том, что медицина, активно участвуя в сохранении здоровья и продлении жизни человека, является не только наиболее гуманной и нужной для каждого человека отраслью, но и реальной силой, умножающей материальные ценности общества.

Общэкономическое значение услуг, предоставляемых здравоохранением для воспроизводства рабочей силы и повышения эффективности труда, является определяющим моментом понимания места экономики здравоохранения среди других научных дисциплин и отраслей народного хозяйства.

Деятельность медицинских работников и рациональное использование материально-технической базы здравоохранения влияют на рост национального дохода и поэтому имеют отноше-

ние к социально-экономическим проблемам, решаемым обществом на данном этапе его развития. В данном случае предмет изучения экономики здравоохранения выходит за пределы самой отрасли здравоохранения.

В зависимости от этого различают проблемы «общей» (межотраслевой) и «конкретной» (внутриотраслевой) экономики здравоохранения.

Общая экономика здравоохранения изучает вклад всей системы здравоохранения в развитие экономики народного хозяйства, то есть прямые и обратные связи, которые существуют между здравоохранением, как специфической отраслью народного хозяйства, и народным хозяйством в целом (Пустовой И.В., Кант В.И., 1987).

Проблемы конкретной экономики здравоохранения существуют внутри самой отрасли здравоохранения и зависят, прежде всего, от умения рационального использования всех прямых и косвенных ресурсов материальной базы, связанных и предназначенных для улучшения охраны здоровья людей. Они касаются рационального размещения сети лечебно-профилактических учреждений на определенной территории, деятельности отдельных учреждений здравоохранения, внедрения передовых форм научной организации труда и т.д. (Солодков Г.П., 1983).

Само собой разумеется, что это деление весьма условно, так как проблемы «общей» экономики складываются и зависят от конкретных экономических проблем, решаемых в системе здравоохранения или ее определенной части.

В качестве примера экономической эффективности здравоохранения можно привести данные С.Г. Струмилина, который подсчитал, что благодаря усилиям советских медиков по укреплению личного и общественного здоровья, предупреждению и снижению заболеваемости и смертности, увеличению продолжительности жизни и активной трудоспособности в народном хозяйстве страны на каждые 100 затраченных на здравоохранение рублей вновь создается 220 рублей национального дохода.

Наиболее обобщающим показателем эффективности народного хозяйства является рост национального дохода на единицу материальных и трудовых затрат. Влияние здравоохранения, как отрасли, на рост экономической эффективности общественного производства выражается в приросте национального дохода вследствие достижений в охране здоровья трудящихся.

В настоящее время разработан ряд методик по определению экономической эффективности мероприятий здравоохранения. Прежде всего, к ним могут быть отнесены следующие:

- расчет экономического эффекта от уменьшения и снижения заболеваний;
- расчет экономического эффекта от сокращения временной нетрудоспособности работников народного хозяйства;
- расчет экономического эффекта от снижения инвалидности и преждевременной смертности;
- оценка экономического эффекта от сохранения жизни;
- расчет экономической эффективности затрат на проведение лечебных и оздоровительных мероприятий;
- расчет экономических потерь от простоя коек;
- расчет условной экономии бюджетных средств в результате сокращения сроков лечения и др.

Однако, методики подсчета экономической эффективности от снижения заболеваемости и смертности при всем разнообразии формул и способов подсчета, по сути дела, сводятся к произведению сбереженных дней нетрудоспособности на величину чистого продукта, производимого работником в день, к нему приплюсовываются сбереженная сумма выплат по социальному страхованию и сумма экономии затрат на лечение. Изменение способов подсчета этих слагаемых, по сути, не имеет принципиального значения. Основной результат деятельности здравоохранения оценивается по предотвращенному ущербу производства национального дохода вследствие сокращения заболеваемости, травматизма или смертности.

Переходя к проблемам оценки социально-экономического ущерба от злокачественных новообразований и эффективности противораковой борьбы, следует отметить, что выбор направления для исследования социально-экономических аспектов здравоохранения был определен, прежде всего, тем, что рак — проблема, не имеющая себе равных по сложности и важности в современной медицине.

Этиологию большинства опухолей человека еще предстоит узнать, профилактика многих из них пока еще невозможна, диагностика ранних форм рака трудна из-за бессимптомности, лечение — не патогенетично. Социально-экономическое значение злокачественных новообразований определяется тем, что среди причин смерти они занимают одно из ведущих мест, как в нашей стране, так и в большинстве других промышленно развитых стран.

Онкологические заболевания существенно влияют на среднюю продолжительность предстоящей жизни и размеры невозполнимых потерь населения, тем самым обуславливая огромный экономический ущерб. Так, по данным С.П. Буренкова и соавт.

(1982), ликвидация смертности от злокачественных новообразований увеличила бы среднюю продолжительность жизни у мужчин на 3,53 года, женщин — на 3,08 года.

Расчеты, проведенные О.Т. Дятченко с соавт. по данным на 1978-1979гг., показали, что исключение смертности от данной патологии по СССР увеличило бы среднюю продолжительность мужчин на 2,2 года, женщин — на 1,9 года (то есть, соответственно, на 3,5 и 2,6%) и способствовало бы увеличению числа лиц, доживших до 60-летнего возраста (мужчин — на 20,1%, женщин — на 10,9%). Эти величины показателей демографического ущерба, наносимого злокачественными опухолями, подтверждены данными, полученными Е.М. Аксель (1989). По ее расчетам при ликвидации рака, как причины смерти, средняя продолжительность предстоящей жизни новорожденных увеличилась бы на 2,65 года (4,1% к фактическому уровню средней продолжительности жизни) для мужчин и 2,08 года (2,8%) — для женщин. Средняя продолжительность предстоящего периода трудоспособности при гипотетическом исключении злокачественных новообразований как причины смерти увеличивается у мужчин на 0,46 года, у женщин — на 0,20 года.

Важным для характеристики социально-экономических потерь общества является показатель сокращения человеко-лет жизни населения в связи со смертностью от злокачественных опухолей. В 1985-1986гг. по этой причине население СССР не дожило 7,97 млн. человеко-лет, в том числе мужчины — 4,15 млн. и женщины — 3,82 млн. Этот показатель называется потенциально возможным приростом суммарного числа прожитых лет или показателем утраченного жизненного потенциала.

Сокращение средней продолжительности жизни, высокие показатели смертности определяют социальную значимость рака для всего общества. А сам больной? А его ближайшее окружение? Онкологические болезни, столь неожиданно диагностируемые, оборачиваются катастрофой для семейного благополучия. Проблема затрагивает жен, мужей, детей, сестер, братьев, родителей. Их число измеряется десятками миллионов. Кроме того, потери в заработной плате, тяжелые психические травмы, которые сказываются на дальнейшем течении заболевания и в период лечения в стационаре, и по возвращении больного домой, особенно в тех случаях, когда заболевание сопровождается каким-либо физическим дефектом.

Поскольку злокачественные заболевания чаще возникают у людей, уже располагающих большим жизненным и производственным опытом, вынужденное отстранение их от производствен-

ной сферы и общественной деятельности наносит также и социальный ущерб.

Радикально меняются образ и распорядок жизни онкологических больных. Длительное пребывание в больницах, месячное амбулаторное лечение и наблюдение, щадящие режимы, болевые симптомы, психологические переживания, стрессы, в том числе и у медицинского персонала, и т.д. — все это тоже входит в понятие «социальная стоимость рака».

Учитывая содержание неизлечимых больных в специальных медицинских учреждениях, американские ученые подсчитали общую социальную стоимость рака в 138 млрд. долларов или в 40 тыс. долларов на одного умершего от рака (Abt. Clark, 1975).

Экономические потери, связанные с преждевременной смертностью, определяются размером национального дохода, который могли бы произвести умершие лица за предстоящий трудовой период.

Следует отметить, что в большинстве развитых стран около 9% бюджета здравоохранения уходит на обслуживание и помощь онкологическим больным.

Независимо от формы злокачественных новообразований совокупная оценка затрат на онкологическое заболевание складывается из ряда общих элементов, куда входят: оценка затрат на выявление, лечение, диспансерное наблюдение, реабилитацию и инвалидизацию онкологических больных.

Анализ литературных данных показывает, что социально-экономическим аспектам рака и противораковой борьбы посвящено достаточное количество работ. В них представлена оценка различных видов затрат и потерь, связанных с оказанием онкологической помощи, эффективностью проводимых противораковых мероприятий. Особое внимание заслуживают методологические подходы по определению совокупных потерь общества от онкологических заболеваний на отдельно взятой территории.

### **Методы изучения социально-экономического ущерба от злокачественных опухолей**

Экономическая оценка ущерба от злокачественных новообразований и противораковых мероприятий достаточно сложна, что связано с большим числом нозологических форм онкологических заболеваний, значительными различиями в их профилактике, особенностями активного выявления, клинического течения, лечения и доживаемости. Учет всех этих факторов требует разра-

ботки индивидуализированных экономических расчетов оценки практически для каждой формы злокачественной опухоли.

Однако, об уровне оказания медицинской помощи онкологическим больным в том или ином регионе, о работе всей системы онкологической службы судят по показателям, учитывающим всю раковую патологию. Поэтому, говоря об экономической эффективности, необходимо оценивать работу всей системы противораковой борьбы на конкретной, отдельно взятой территории.

В основе определения эффективности каких-либо мероприятий или программ всегда лежит расчет экономического ущерба, но, к сожалению, среди исследователей нет единого подхода по данному вопросу, и экономический ущерб определяется ими по-разному. Как правило, исследователи ограничиваются или отдельными нозологическими формами рака, или учитывают лишь текущие затраты без учета единовременных (капитальных) вложений.

Мы предлагаем методику расчета экономического ущерба от всех злокачественных новообразований на отдельной территории за определенный период времени. Исчисление общей суммы потерь, связанной с данной нозологией, позволяет подойти к разработке вопросов эффективности использования средств, выделяемых из государственного бюджета, фонда обязательного медицинского страхования на обеспечение работы всей системы онкологической службы и каждого ее звена в отдельности.

Суммарные экономические затраты от злокачественных опухолей рассчитываются по формуле:

$$Y_{\text{п}} = Y_{\text{в}} + Y_{\text{л}} + Y_{\text{вут}} + Y_{\text{д}} + Y_{\text{инв}} + Y_{\text{см}},$$

где:  $Y_{\text{в}}$  — затраты на раннее выявление заболеваний;  
 $Y_{\text{л}}$  — затраты на стационарное лечение больных;  
 $Y_{\text{вут}}$  — экономический ущерб в связи с временной нетрудоспособностью;  
 $Y_{\text{д}}$  — затраты на диспансерное наблюдение;  
 $Y_{\text{инв}}$  — экономический ущерб в связи с инвалидностью;  
 $Y_{\text{см}}$  — ущерб от преждевременной смерти больных.

**При определении затрат на раннее выявление рака** необходимо учитывать количество профилактических осмотров за год, проведенных с целью выявления злокачественных новообразований; вид профилактического осмотра: смотровой кабинет, индивидуальный профилактический осмотр, флюорографическое обследование и др.; совокупность как текущих, так и единовременных за-

трат по формуле:  $P = C + EK$  (1), где  $P$  — полные затраты,  $C$  — текущие затраты,  $K$  — основные фонды,  $E$  — нормативный коэффициент приведения ранее осуществленных затрат в основных фондах к текущим, равный 0,12.

По формуле определяем текущие затраты на проведение одного профилактического осмотра:

$$C = \frac{З + О + Д + М + Х + А}{П} \quad (2),$$

- где:  $З$  — годовой фонд заработной платы персонала;  
 $О$  — годовой износ основного оборудования (условно срок службы 20 лет),  
 $Д$  — годовой износ дополнительного оборудования (10 лет),  
 $И$  — годовой износ инструментария (10 лет),  
 $М$  — стоимость медикаментов в течение года,  
 $Х$  — хозяйственные расходы за год,  
 $А$  — арендная плата за помещение (арендная плата исчисляется пропорционально отношению площади кабинетов, где проводились проф. осмотры к полезной площади всей поликлиники),  
 $П$  — количество проведенных профилактических осмотров

Чтобы иметь полное представление о совокупных расходах общества на медицинское обслуживание, помимо текущих затрат нужно учитывать и единовременные расходы на создание основных фондов, длительно используемых в лечебно-профилактической и хозяйственной деятельности: здания, сооружения, оборудование и т.д. Поскольку эти расходы осуществляются в разные периоды времени, необходимо приведение их к текущим затратам ( $E = 0,12$ ).

При расчете ресурсов на проведение профилактических обследований врачами поликлиник необходимо учесть три основных элемента в работе: прием больных по специальности, обслуживание больных на дому и профилактические осмотры.

Для сопоставления различных видов деятельности врачей, участвующих в проведении проф.осмотров населения, используем метод эквивалентных единиц, предложенный М.П. Ройтманом (1968). За одну условную единицу принимаем время, отведенное терапевту на проведение профилактического осмотра одного па-

циента, на который расходуется 8 минут рабочего времени (исходя из существующей нормы проведения проф.осмотров терапевтом — 7,5 человека в час; Приложение №59 к приказу Минздрава СССР №1000 от 23.09.81.). Все другие виды работ врачей-специалистов приводим к этой условной единице с помощью коэффициента соотношения временных затрат, учитывая имеющиеся нормативы (табл.1.2.7.1).

Таблица 1.2.7.1

**Сопоставимая оценка видов деятельности  
врачей разных специальностей**

Виды работ	Коэффициенты соотношения временных затрат		
	терапевты	хирурги	невропатологи
Прием в поликлинике	$KT_{по} : KT_{п}=1,5$	$KT_{по} : KX_{п}=0,8$	$KT_{по} : KH_{п}=1,5$
Посещение на дому	$KT_{по} : KT_{д}=3,8$	$KT_{по} : KX_{д}=6,0$	$KT_{по} : KH_{д}=6,0$
Проведение проф.осмотров в выделенные дни и часы	$KT_{по} : KT_{по}=1,0$	$KT_{по} : KX_{по}=0,5$	$KT_{по} : KH_{по}=0,9$

где:  $KT_{п}$ ,  $KX_{п}$ ,  $KH_{п}$  — количество больных, которых должен принять врач за 1 час работы в поликлинике (соответственно: терапевт —  $KT_{п} = 5$  человек; хирург —  $KX_{п} = 9$  человек; невропатолог —  $KH_{п} = 5$  чел.);  
 $KT_{д}$ ,  $KX_{д}$ ,  $KH_{д}$  — количество больных, которых должен посетить врач на дому за 1 час работы (соответственно:  $KT_{д} = 2$  человека,  $KX_{д} = 1,25$  чел.,  $KH_{д} = 1,25$  чел.);  
 $KT_{по}$ ,  $KX_{по}$ ,  $KH_{по}$  — количество профилактических осмотров, которое должен провести врач за 1 час работы (соответственно:  $KT_{по} = 7,5$  человек,  $KX_{по} = 15$  чел.,  $KH_{по} = 8$  чел.).



Зная стоимость каждого вида осмотров, определяем среднюю стоимость одного профилактического осмотра. Используя отчетные данные о количестве осмотров на онкозаболевание за год, рассчитываем полные затраты на выявление рака в области.

**Затраты на лечение.** Основополагающими при определении затрат на лечение больных за определенное время на конкретной территории являются данные об общем количестве пролеченных больных, среднем пребывании онкологического больного на койке и стоимости койко-дня. Издержки на содержание койко-дня в стационаре определяются в связи с текущими затратами и материало-потреблением, т.е. потреблением какой-то части капиталовложений:

$$\text{Стоимость койко-дня} = \frac{\text{Общая сумма расходов (текущие + основные фонды х 0,12)}}{\text{Число проведенных койко-дней}} \quad (3)$$

Таким образом, затраты на лечение ( $З_{\text{л}}$ ) составляют:

$$З_{\text{л}} = \text{стоимость койко-дня} \times \text{число пролеченных больных} \times \text{среднее пребывание больного на койке} \quad (4)$$

**Экономические потери в связи с временной утратой трудоспособности.** Определяя экономический ущерб, вызванный временной утратой трудоспособности, следует учитывать не только расходы на оплату листка нетрудоспособности ( $П_{\text{вр}}$ ), но и трудовые экономические потери ( $Т_{\text{вр}}$ ):

$$У_{\text{вут}} = П_{\text{вр}} + Т_{\text{вр}} \quad (5)$$

$$П_{\text{вр}} = п \times Д_{\text{вр}} \quad (5.1),$$

где:  $п$  — размер пособия за один рабочий день (по данным облсовпрофа);

$Д_{\text{вр}}$  — число дней утраты трудоспособности (по данным выборочного исследования),

$$Т_{\text{вр}} = Н_{\text{д}} \times Л_{\text{вр}} \quad (5.2),$$

где:  $N_d$  — национальный доход на одного работающего в год;

$L_{вр}$  — число потерянных трудовых лет:

$$L_{вр} = \frac{D_{вр}}{D_{раб}} \quad (5.2.1)$$

где:  $D_{раб}$  — число рабочих дней в году.

Умножив полученный результат на общее число заболевших злокачественными новообразованиями в данном году в трудоспособном возрасте, получим экономический ущерб, причиняемый временной утратой трудоспособности.

**Вопросы диспансеризации** онкологических больных регламентируются специальными указаниями по организации онкологической помощи. Как известно, в течение первого года больной осматривается врачом-онкологом 1 раз в 3 месяца, в течение второго года — 2 раза, в последующие годы — 1 раз в год. Таким образом, стоимость диспансеризации за изучаемый год (Д):

$$D = (D_1 \times 4 + D_2 \times 2 + D_{п} \times 1) \times 4,75 \text{ руб} \quad (6),$$

где:  $D_1$  — количество больных, впервые выявленных в данном году (с учетом одногодичной летальности);

$D_2$  — количество больных впервые выявленных в предыдущем году (с учетом одногодичной летальности);

$D_{п}$  — контингент больных на конец изучаемого года за вычетом  $D_1$  и  $D_2$ .

Стоимость посещения врача-онколога (с необходимыми методами обследования) рассчитывается для каждого больного индивидуально, поэтому мы используем данные экспертных оценок — 4,75 руб.

**Экономические потери от инвалидности.** Экономический ущерб, вызванный инвалидностью, определяется по формуле:

$$У_{инв.} = П_{инв.} + Т_{инв.} \quad (7),$$

где:  $П_{инв.}$  — сумма выплаченных пособий по инвалидности;

$Т_{инв.}$  — трудовые экономические потери в связи с инвалидностью.

Для определения суммы выплаченных пособий по инвалидности необходимо, прежде всего, подсчитать число случаев инвалидизации в связи с онкозаболеваниями. Сведения об абсолютном числе случаев инвалидности берутся по отчетным данным учреждений социального обеспечения. Учитывая различный размер пособий у инвалидов 1, 2 и 3 групп, все расчеты следует вести раздельно по группам. Путем умножения среднемесячных пособий на 12 (число месяцев в году) и на число признанных инвалидами соответствующих групп определяют сумму выплаченных пособий за год.

Следует иметь в виду, что полученные таким образом цифры характеризуют экономический ущерб только за 1 год после наступления инвалидности. В действительности же инвалидность является стойкой утратой трудоспособности и продолжается в течение ряда лет. Для определения общей суммы пособий по инвалидности необходимо подсчитанный ранее ущерб за 1 год умножить на среднее число лет пребывания на инвалидности ( $L_{cp}$ ):

$$P_{инв} = L_{cp} \times 12 \times (P_a \times I_a + P_b \times I_b + P_v \times I_v) \quad (7.1)$$

где:  $P_a$ ,  $P_b$ ,  $P_v$  — среднемесячный размер пособия для инвалидов 1-3 групп;

$I_a$ ,  $I_b$ ,  $I_v$  — число признанных инвалидами по онкологическому заболеванию 1-3 групп.

Для подсчетов средней продолжительности стойкой утраты трудоспособности ( $L_{cp}$ ) общее число инвалидов по данному заболеванию, состоящих на учете органов социального обеспечения, следует разделить на среднее (за последние 2-3 года) число первично признанных инвалидами (Шефер Л.Б., 1977).

Расчет трудовых экономических потерь в связи с инвалидностью ведется по формуле:

$$T_{инв} = L_{cp} \times H_d \times I \quad (7.2)$$

где:  $H_d$  — производство национального дохода на одного работающего в год.

**Социально-экономические потери от смертности.** Методика статистической оценки социально-экономических потерь в связи со смертностью от злокачественных новообразований основана на сопоставлении двух таблиц дожития, одна из которых рассчитана при обычных условиях, а вторая (гипотетическая) — при условии,

что злокачественные опухоли как причину смерти удалось устранить, оставив при этом неизменными уровни смерти от прочих причин.

Экономические потери, связанные с преждевременной смертью, определяются тем размером национального дохода, который могли бы произвести умершие лица до достижения ими пенсионного возраста, т.е. за предстоящий трудовой период. В основе расчета лежат потерянные человеко-годы (утраченный жизненный потенциал).

Утраченный жизненный потенциал определяется как произведение длительности предстоящей жизни, которая имела бы в среднем одна умершая личность (недожитые годы) на численность группы умерших.

Средняя продолжительность предстоящей жизни в возрасте  $X$  (недожитые годы) определяется как разность между пограничным возрастом ( $L$ ) и серединой соответствующего возрастного интервала ( $г_x$ ). При этом формула расчета утраченного жизненного потенциала ( $R$ ) имеет вид:

$$R = \sum R_x = \sum (L - г_x) N_x = \sum W_x N_x \quad (8)$$

где:  $R_x$  — утраченный жизненный потенциал в возрасте  $x$ ;  
 $\sum$  — знак суммирования;  
 $L$  — пограничный возраст;  
 $г_x$  — середина возрастного интервала  $x$ ;  
 $N_x$  — число умерших в возрасте  $x$ ;  
 $W_x = (L - г_x)$  — недожитые годы.

В качестве пограничного возраста в данном случае служит граница трудоспособного возраста, соответственно для мужчин и женщин отдельно.

#### **Социально-экономические потери от злокачественных новообразований на отдельно взятой территории.**

Расчеты суммарного социально-экономического ущерба от злокачественных новообразований на конкретной территории проводится в соответствии с выше изложенной методикой. На примере Тюменской области рассмотрим затраты на раннее выявление злокачественных опухолей в 1989 году по данным областно-го онкологического диспансера.

Затраты на 1 профилактический осмотр (обследование женщин в смотровом кабинете) с учетом фондоемкости составили (формула 1):

$$P = 0,79 + (3,37 \times 0,12) = 1,19 \text{ рубля.}$$

Стоимость 1 флюорографического обследования:

$$P = 0,43 + (5,0 \times 0,12) = 1,03 \text{ рубля.}$$

Затраты на 1 профилактический осмотр врачом поликлиники составили:

$$P = 0,48 + 0,87 \times 0,12 = 0,58 \text{ рубля.}$$

Средняя стоимость 1 профилактического обследования равна:

$$P_{\text{ср}} = \frac{1,19 + 1,03 + 0,58}{3} = 0,93 \text{ рубля.}$$

Таким образом, полные затраты на раннее выявление злокачественных опухолей в Тюменской области в 1989 году составили:

$$1438500 \times 0,93 = 1337805 \text{ рублей.}$$

Рассчитывая экономические затраты на лечение онкологических больных, условно принимаем, что лечение проводилось в стационаре ООД, так как основной массе пролеченных больных медицинская помощь оказывалась в этом учреждении (78% по данным анализа контрольных карт диспансерного наблюдения — ф.№030(у). Общее число больных, получивших лечение по поводу злокачественного новообразования в 1989 году в Тюменской области, составило 6 817 человек.

С учетом текущих затрат — 1690653 руб., основных фондов —  $2531000 \times 0,12 = 303720$  руб., общего количества койко-дней, проведенных всеми больными за год (87517), рассчитываем стоимость одного койко-дня (3):

$$\text{Стоимость койко-дня} = \frac{303720 + 1690653}{87517} = 22,8 \text{ рубля.}$$

Среднее пребывание больного на специализированной онкологической радиологической койке составило 21,9 дня. Таким образом, общие затраты на лечение онкологических больных составили (4):

$$Y_{\text{л}} = 6817 \times 22,8 \times 21,9 = 3403864 \text{ рубля.}$$

Основой для определения экономического ущерба в связи с временной утратой трудоспособности являются данные об общем числе впервые выявленных больных злокачественными новообразованиями в 1989 году в трудоспособном возрасте — 2110 человек. Расходы на оплату по листку нетрудоспособности (по формуле 5.1.) на одного заболевшего составили:

$$P_{\text{вр}} = 9,0 \times 86 = 774,0 \text{ рубля.}$$

По данным облсовпрофа размер пособия по ЗВУТ в 1989 году составил 9 рублей, а число дней утраты трудоспособности в среднем на один случай заболевания — 86.

Для определения трудовых экономических потерь  $T_{\text{вр}}$  рассчитываем число потерянных трудовых лет (по формуле 5.2.1.):

$$L_{\text{вр}} = \frac{86}{274} = 0,3 \text{ года,}$$

при условии, что национальный доход на одного работающего в РСФСР в 1989 году составил 4826 рублей, тогда:

$$T_{\text{вр}} = 0,3 \times 4826 = 1447,8 \text{ рубля.}$$

Таким образом, экономический ущерб в связи с временной утратой трудоспособности в 1989 году в Тюменской области составил:

$$Y_{\text{вр}} = (774,0 + 1447,8) \times 2110 = 4687998 \text{ рублей.}$$

Оценка экономических затрат на диспансеризацию онкологических больных зависит от года пребывания на диспансерном учете и соответствующего количества посещений к врачу-онкологу (в течение первого года больной осматривается 1 раз в 3 месяца, в течение второго года — 2 раза в год, в последующие годы — 1 раз в год). Впервые выявленные больные в 1988-89 годах принимают-ся нами с учетом одногодичной летальности — 2835 и 2600 чело-

век, за вычетом рассчитанных показателей, контингенты больных на конец 1989 года — 11264 человека.

Стоимость диспансеризации онкологических больных в 1989 году в Тюменской области, составила:

$$Y_d = (2835 \times 4 + 2660 \times 2 + 11264) \times 4,75 = 127612,7 \text{ рублей.}$$

Составляющими экономического ущерба, вызванного инвалидизацией онкологических больных, являются (формула 7): сумма выплаченных пособий по инвалидности, с учетом размеров пенсий по группам инвалидности (1 гр. — 101,46 руб., 2 гр. — 96,27 руб., 3 гр. — 40,47 руб.) и средней длительности пребывания на инвалидности — 1,94 года:

$$\begin{aligned} P_{инв} &= 1,94 \times 12 \times (101,46 \times 256 + 96,27 \times 1246 + 40,47 \times 559) = \\ &= 3923818,3 \text{ руб.,} \end{aligned}$$

и трудовые экономические потери в результате инвалидности от злокачественных новообразований:

$$T_{инв} = 1,94 \times 4826 \times 1030,5 = 9647994,4 \text{ рубля.}$$

Общая сумма потерь, вызванная инвалидизацией онкологических больных, составила:

$$Y_{инв} = 3923818,3 + 9647994,4 = 13571812,7 \text{ рубля.}$$

Экономические потери, связанные с преждевременной смертью, определяются тем размером национального дохода, который могли бы произвести умершие лица до достижения ими пенсионного возраста за потерянные человеко-годы (утраченный жизненный потенциал). По нашим данным, в 1989 году в связи со смертностью от рака в Тюменской области показатель утраченного жизненного потенциала составил 13352 человеко-года, в том числе у мужчин — 9118 и у женщин — 4234. Экономический ущерб в связи со смертностью от рака в 1989 году в Тюменской области составил:

$$\begin{aligned} Y_{см} &= 13352 \times 4826 = 64436752 \text{ рубля,} \\ &\text{в том числе — 44003468 рублей у мужчин и} \\ &20433284 \text{ рубля у женщин.} \end{aligned}$$

Суммарные экономические потери от злокачественных новообразований на территории Тюменской области в 1989 году составили:

$$\begin{aligned} Y_{\text{п}} &= Y_{\text{в}} (1337805 \text{ руб.}) + Y_{\text{л}} (3304864 \text{ руб.}) + \\ &+ Y_{\text{вут}} (4687998 \text{ руб.}) + Y_{\text{д}} (127613 \text{ руб.}) + \\ &+ Y_{\text{инв}} (13571813 \text{ руб.}) + Y_{\text{см}} (64436752 \text{ руб.}) = \\ &= 87565845 \text{ рублей.} \end{aligned}$$

При оценке экономических потерь, связанных с опухолями, обычно различают прямые и косвенные затраты. Прямые затраты включают в себя стоимость профилактики, обнаружения, лечения, реабилитации больных, подготовку медицинских кадров, а также капиталовложения в средства обслуживания. Косвенные затраты измеряются с точки зрения производственных потерь, являющихся следствием заболеваемости с временной утратой трудоспособности, инвалидности и преждевременной смертности.

Эти потери далеко не равноценны. По оценкам специалистов (Аксель Е.М., 1989), прямые — составляют примерно 20% общих потерь, косвенные издержки, измеряемые недопроизведенной продукцией в связи с потерей трудоспособности — 5,0% и связанные с преждевременной смертью больного в трудоспособном и детском возрасте — 75,0%.

$$\begin{aligned} \text{По Тюменской области прямые затраты} &= \\ &= Y_{\text{в}} (1337805 \text{ руб.}) + Y_{\text{л}} (3304864 \text{ руб.}) + \\ &+ Y_{\text{вут/пособие}} (1633140 \text{ руб.}) + Y_{\text{д}} (127613 \text{ руб.}) + \\ &+ Y_{\text{инв/пособие}} (3923818 \text{ руб.}) = 10426222 \text{ руб.} \\ &(11,9\% \text{ общих потерь}). \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{Косвенные издержки} &= \\ &= Y_{\text{вут/недопроизведенной продукции}} (3054858 \text{ руб.}) + \\ &+ Y_{\text{инв/недопроизведенной продукции}} (9647995 \text{ руб.}) \\ &(14,5\%) + Y_{\text{см}} (64436752 \text{ руб.}) (73,6\%) = 77139623 \text{ руб.} \\ &(88,1\%). \end{aligned}$$



Расчет экономического ущерба проводился нами на 1989 год целенаправленно для того, чтобы иметь твердую базу для коррекции полученных данных коэффициентами инфляции при исследованиях в условиях экономического кризиса.

Основываясь на предположительной сохранности пропорциональности экономического ущерба от злокачественных опухолей сегодняшнему бюджету здравоохранения Тюменской области, определим его, предварительно рассчитав долю каждой составляющей совокупности в областном бюджете здравоохранения в 1989 году (303443000 руб.).

Составив пропорцию, нетрудно посчитать, что суммарный экономический ущерб составлял:

$$Y_{\pi} (28,9\%) = Y_{\text{в}} (0,4\%) + Y_{\text{л}} (1,1\%) + Y_{\text{вут}} (1,5\%) + \\ + Y_{\text{д}} (0,04\%) + Y_{\text{инв}} (4,5\%) + Y_{\text{см}} (21,2\%).$$

Таким образом, если бюджет здравоохранения Тюменской области в 1995 году равнялся: 1618383000000 рублей, то ориентировочный экономический ущерб от онкологических заболеваний составил:

$$Y_{\pi} = Y_{\text{в}} (6473532000 \text{ руб.}) + Y_{\text{л}} (17802213000 \text{ руб.}) + \\ + Y_{\text{вут}} (24275745000 \text{ руб.}) + Y_{\text{д}} (647353200 \text{ руб.}) + \\ + Y_{\text{инв}} (72827235000 \text{ руб.}) + Y_{\text{см}} (343097196000 \text{ руб.}) = \\ = 467712687000 \text{ руб.}$$

Анализ влияния злокачественных новообразований на среднюю продолжительность жизни Тюменской области за 1989-1994 годы показал, что разность между фактической и гипотетической продолжительностью жизни составила у мужчин с 1989 по 1994 годы, соответственно 2,48 — 2,33 — 2,42 — 2,24 — 1,78 — 1,64 года; у женщин — 1,79 — 1,78 — 1,86 — 1,95 — 1,78 — 1,77 года.

Чтобы не создавалось ложного представления о положительной динамике, то есть снижения влияния злокачественных опухолей на среднюю продолжительность жизни, мы провели сравнение их с другими основными причинами смертности: сердечно-сосудистыми заболеваниями (ССЗ) и несчастными случаями (НС).

У мужчин за изученный период при снижении влияния онкологических заболеваний с 2,5 лет до 1,6 года наиболее весомый (негативный) вклад в связи с большой распространенностью и высокой смертностью вносят сердечно-сосудистые заболевания (6,9 лет — в 1989 г. и 7,1 года — в 1994 г.). Более чем в 2 раза (с 2,7 лет — в 1989 г. до 5,7 лет — в 1994 г.) увеличивают свое влияние на сокращение средней продолжительности жизни несчастные случаи.

Это объясняется наибольшей подверженностью данных групп больных ухудшению социально-экономической обстановки (криминальная ситуация, войны, психогенные факторы) и большей устойчивостью к ней онкологических заболеваний. Показательно сравнение по уровню влияния на среднюю продолжительность жизни за изученные годы онкологических заболеваний и несчастных случаев. В 1989 г. он был почти одинаков (2,5 года и 2,7 года, соответственно), а в 1994 г. НС превосходили злокачественные новообразования более чем в 3,5 раза (5,7 года и 1,6 года, соответственно).

У женщин при стабильном уровне сокращения средней продолжительности жизни онкологическими заболеваниями на 1,79 года в 1989 г. и на 1,77 года в 1994 г. увеличивается влияние ССЗ с 7,15 лет до 7,96 лет в 1994 г., и более чем в 2 раза увеличивается влияние в группе НС (с 1,02 до 2,08 года, соответственно). Причем, если в 1989 г. уровень влияния на сокращение средней продолжительности жизни был выше у злокачественных новообразований в сравнении с НС — 1,79 и 1,02 года, то в 1994 г. картина меняется — 1,77 и 2,08 года, соответственно.

Таким образом, снижение влияния онкологических заболеваний на среднюю продолжительность жизни происходит не за счет положительных сдвигов показателей здоровья онкологического контингента, а за счет увеличения влияния других нозологий. Этот факт подтверждает рост утраченного жизненного потенциала от злокачественных опухолей за 1989-1994 гг. у мужчин с 9122,5 до 11292,5 человеко-лет, у женщин с 4237,5 до 5060,0 человеко-лет.

### **Заключение**

В настоящей лекции мы пытались показать, что расчет полных социально-экономических потерь от всех форм злокачественных новообразований на отдельно взятой территории включает в себя сумму затрат на выявление, лечение, диспансеризацию; потери от временной утраты трудоспособности, инвалидности, а также социально-экономический ущерб от преждевременной смертности онкологических больных.

Так, суммарный экономический ущерб от злокачественных новообразований в Тюменской области в 1989г. составил 87565845 рублей или 28,9% бюджета здравоохранения области.

Социально-экономический ущерб, наносимый обществу злокачественными новообразованиями, велик и имеет тенденцию к росту. Все это убедительно доказывает, что злокачественные новообразования являются одной из важнейших социально-гигиенических проблем, требующей для своего решения проведения комплекса социально-экономических преобразований.

В современных условиях крупномасштабного внедрения экономических методов во всех отраслях хозяйственной деятельности необходимо более широкое применение в практике здравоохранения категорий экономической целесообразности, эффективности, обоснованности.

В соответствии с международными рекомендациями необходимо активизировать внедрение оценки работы органов и учреждений здравоохранения по современным показателям: ДАЛИ — суммарным потерям лет здоровой жизни в результате предотвратимой смерти и нетрудоспособности (утраченный жизненный потенциал) и КВАЛИ — количеству прожитых дополнительных лет в результате применения мер профилактики или лечения с учетом показателя качества жизни.

### *Литература:*

1. Аксель Е.М. Социально-экономический эффект снижения смертности от злокачественных новообразований.//Эпидемиология, профилактика и ранняя диагностика злокачественных новообразований. — Тез.докл.Всес.конф. — Томск. — 1987. — сс.9-10.
2. Аксель Е.М., Двойрин В.В. Методика оценки социально-экономического ущерба, наносимого смертностью от злокачественных новообразований.//Методические рекомендации. — М. — 1984. — 22с.
3. Аксель Е.М., Двойрин В.В. Методика расчета «утраченного жизненного потенциала» в связи со смертностью от злокачественных новообразований.//Методические рекомендации. — М. — 1986. — 16с.
4. Аксель Е.М., Двойрин В.В. Методика построения популяционных таблиц дожития и средней продолжительности жизни онкологических больных.//Методические рекомендации. — М. — 1991. — 18с.
5. Двойрин В.В., Аксель Е.М. Социально-экономическое значение злокачественных новообразований.//Вестник академии мед.наук СССР. — 1985. — №12. — сс.54-60.
6. Двойрин В.В., Аксель Е.М. Социально-экономическое обоснование онкологического компонента ежегодной диспансеризации

- всего населения.//Диспансеризация всего населения и участие специализированной онкологической сети в ее реализации. — Тез.докл.Всесоюз.науч.конф. — Ярославль. — 1985. — сс.62-63.
7. Кулагина Э.Н. Экономические аспекты заболеваемости с временной утратой трудоспособности.//Сов.Здравоохранение. — 1979. — № 5. — сс.14-8.
  8. Кулагина Э.Н. О методике экономической оценки эффективности лечебно-профилактических мероприятий.//Актуальные проблемы экономики и планирования здравоохранения. — Тез.докл. Всес.науч.конф. — Москва. — 1983. — М. — 1983. — сс.101-104.
  9. Кулагина Э.Н., Введенская И.Н. Экономическая теория и экономика здравоохранения.//Нижний Новгород. — 1995. — 68с.
  10. Попов Г.А., Попов А.Г. К оценке социального и экономического ущерба в связи с заболеваемостью.//Сов.Здравоохранение. — 1981. — № 1. — с.11.
  11. Пустовой И.В. Конкретная экономика здравоохранения.//Учебное пособие. — 1984. — 26с.
  12. Ройтман М.П., Волкова И.А. Расчетная стоимость стационарного и амбулаторного лечения в больницах разной мощности.//Сов.Здравоохранение. — 1977. — №2. — сс.41-45.
  13. Ройтман М.П. Применение дисконтирования и другие особенности экономической оценки медицинских мероприятий.//Сов.Здравоохранение. — 1979. — №6. — сс.7-12.
  14. Ройтман М.П. Проблемы экономики здравоохранения на современном этапе.//Сов.Здравоохранение. — 1982. — №2. — сс.3-8.
  15. Чиссов В.И., Рутгайзер В.М. Экономические аспекты противораковой борьбы.//Вопр.онкологии. — 1983. — №11. — сс.8-13.
  16. Шашков В.П. К методике определения суммарного экономического ущерба от злокачественных новообразований.//Экономика здравоохранения. — Материалы расширенного Пленума Научного Совета. — Ижевск. — 1990. — сс.67-72.
  17. Шашков В.П. Косвенные экономические потери от злокачественных новообразований населения Тюменской области.//Экономика, экология, здоровье. — Тез.докл.Науч.конф. — Ижевск. — 1991. — сс.53-54.
  18. Шашков В.П. Социально-экономические аспекты злокачественных новообразований: Автореф.дис.канд.мед.наук. — Оренбург. — 1997. — 26с.
  19. Abt. Clark C. The social costs of cancer.//Soc.Indic.Res. — 1975. — 3. — №2. — pp.175-190.

### **1.2.8. АССОЦИИРОВАННЫЕ С ОПУХОЛЯМИ И ОСТРОФАЗОВЫЕ АНТИГЕНЫ В АЛГОРИТМЕ ДИАГНОСТИКИ И КОРРЕКЦИИ ОСЛОЖНЕНИЙ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ У БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ И РАКОМ ЛЕГКИХ**

#### **Введение**

В подавляющем большинстве случаев больные с хроническими неспецифическими заболеваниями и злокачественными новообразованиями бронхо-легочной системы подвергаются паллиативному лечению из-за невозможности применения каких-либо «радикальных» технологий лечения. Вместе с тем, комплексное и последовательное применение различных консервативных и оперативных методов позволяет добиться уменьшения инвалидизации, смертности и улучшения качества жизни больных как неспецифической, так и злокачественной бронхо-легочной патологией. При этом важное значение имеют профилактика, своевременная диагностика и коррекция возникающих в процессе лечения осложнений.

Воспалительные неспецифические заболевания и рак легких, по данным медицинской статистики, широко распространены как среди городского, так и сельского населения, и имеют тенденцию к росту по показателям заболеваемости, инвалидизации, экономического ущерба, а также смертности.

Болезни органов дыхания в Астраханской области, как и в целом по России, занимают первое место в показателях общей заболеваемости и составили в последние годы 160‰-215‰. При этом, статистические показатели по хроническому бронхиту в г. Астрахани (16‰ — 1998г.), как и в Российской Федерации (18,5‰ — 1999г.), остаются стабильно высокими. Уровень заболеваемости пневмонией имеет тенденцию к повышению с 2,4‰ в 1995г. до 4,1‰ в 1998-2000гг., при этом отмечается повышение аналогичных цифр по бронхиальной астме (с 2,9‰ до 3,03‰), нагноительно-деструктивным и другим болезням органов дыхания (с 2,3‰ до 2,8‰), в ряде случаев превышающих соответствующие цифры по РФ.

Летальность от болезней органов дыхания в Астраханской области занимает шестое место среди других причин смертности (0,3‰ в 1996г.; 0,4‰ в 1998-2000гг.).

Большая распространенность острых и хронических неспецифических воспалительных заболеваний, равно как и рака легких, наряду с прочими причинами связывается с антропогенным экологическим неблагополучием, наличием загрязнителей-ксенобиотиков во вдыхаемом воздухе, воздействующих на системы неспецифической резистентности, детоксикации и иммунологической реактивности организма (Рыбалко В.В., Андреевский С.Д., 1990; Сильвестров В.П., 1991; Кокосов А.Н., 1993; Худoley В.В., 1993; Винник Л.А., 1996; Орлова Е.А., 1997; Саперов В.Н., 1998; Трапезников Н.Н. с соавт., 1998; Трубников Г.А. с соавт., 1998; Чучалин А.Г., 1996, 1998; Чиссов В.И. с соавт., 1999; Spenser R., 1990, 1996).

В конечном итоге хронические неспецифические заболевания бронхо-легочной системы, с одной стороны являются фоном, на котором возникает рак легкого, с другой — бронхит, как правило, является неотъемлемым сопутствующим компонентом разнообразной легочной и внелегочной патологии. Однако, состояние слизистой оболочки бронхов мало учитывается в клинической практике, в том числе из-за отсутствия надежных лабораторных тестов. Это часто приводит к неадекватной терапии и возникновению различных неблагоприятных исходов, таких как: несостоятельность культи бронха после его резекции, хронизация воспалительного процесса с развитием деформирующего эндо- и перибронхита, бронхоэктазов, пневмосклероза, метаплазии, гиперплазии, малигнизации.

Такие, широко применяемые в пульмонологии методы контроля за лечением, как бронхография, томография, бронхоскопия, цитологическое и бактериологическое исследования бронхиального секрета, определение лейкоцитоза, СОЭ и сывороточных острофазовых белков, порой оказываются недостаточно информативными в оценке состояния непосредственно слизистой оболочки бронхов. Поэтому, вопросы диагностики такого общего для многих форм ХНЗЛ патологического компонента, как эндобронхит, являются весьма актуальными в клинике внутренних болезней.

Современная пульмонология нуждается также в разработке более совершенных лабораторных критериев, новых клинико-диагностических подходов к проблеме патогенеза, саногенеза, диспансеризации и контроля за лечением различных заболеваний бронхов и легких, в том числе эндобронхита, затяжных пневмоний, хронических неспецифических заболеваний и рака легких (Чиссов В.И., 1989; Сухарев А.Е., 1993; Трубников Г.А. и соавт., 1998; Саперов В.Н., 1998; Чучалин А.Г., 1998).

Перспективным направлением пульмонологии в этих аспектах являются иммунохимические исследования антигенных компонентов тканей и биологических жидкостей, в том числе энзимов, онкофетальных антигенов и острофазовых белков (Вагнер Р.И., 1987; Трахтенберг А.Х., 1987; Татаринов Ю.С., 1988; Басалык Л.Н. с соавт., 1989; Романенко А.М., 1989; Сухарев А.Е., Трубников Г.А. с соавт., 1996 и др.).

### **Перспективы иммунохимических исследований в онкологии**

Успехи инфекционной иммунологии в начале XX столетия и, параллельно, обнаружение антигенных отличий опухолевых тканей от нормальных, стимулировали научную мысль в направлении создания противораковых вакцин и сывороток. С 30-х годов все более финансируются разработки по идентификации, выделению, очистке и изучению структуры ассоциированных с опухолями антигенов. Бум исследований пришелся на последние десятилетия после открытия в начале 60-х годов маркера гепатоцеллюлярного рака —  $\alpha$ -фетопротеина (Абелев Г.И., 1962; Татаринов Ю.С., 1963).

К настоящему времени список опухолевых маркеров довольно внушителен, однако, надежды на успешную иммунотерапию рака в том смысле, который связывается с понятием противоинфекционного и противовирусного иммунитета, оказались наивными и сменились значительным разочарованием у практических врачей. Сегодня более или менее скромная роль отводится ряду опухолевых маркеров (АФП, ТБГ, РЭА, ХГЧ, ТППА, СА-19.9, ПЩФ и др.) в скрининге и мониторинге злокачественных опухолей, но при этом отчетливо осознается, что отличия в антигенной структуре последних от нормальных тканей не являются принципиальными, а имеют место лишь количественные изменения, обусловленные репрессией или дерепрессией определенных участков генома в процессе злокачественной трансформации. Применение высокочувствительных методик иммуноферментного и радиоиммунологического анализа позволяют обнаружить микроколичества опухолевых маркеров в биологических жидкостях и тканях при незлокачественных заболеваниях и у здоровых субъектов.

Тем не менее, разочарование от ожидания чудодейственных противораковых вакцин не помешало накоплению и осмысливанию большого числа фактов в связи с развитием иммунохимии рака, что поставило это научное направление перед такими знаменательными событиями, как открытие онкогенов, цитокинов (в т.ч. факторов некроза опухолей и роста тканей), ряда острофазовых

протеинов, полипептидов, ферментов, явлений апоптоза и им-мортализации, спонтанной регрессии рака, обнаружения иммуно-регуляторных и даже противораковых свойств у  $\alpha$ -фетопротеина и других опухолевых и острофазовых белков. Кажущийся кризис иммунохимии и иммунотерапии злокачественных опухолей сегодня напоминает затишье перед очередным бумом событий в теоре-тической и практической онкологии и созданием новых техноло-гий диагностики и лечения рака.

В ключе этих поисков в конце 70-х годов были начаты и наши исследования антигенной структуры эмбриональной, дефинитив-ной и малигнизированной легочной ткани человека, поскольку заболеваемость и смертность от рака легкого занимают определен-ное место в онкологической статистике, и это заболевание пред-ставлялось как бы удобной моделью для иммунохимического скрининга и мониторинга.

Были использованы прецизионные методики выделения и очистки антигенов, получения моноспецифических антисыворо-ток, иммунохимические (иммунодиффузия, иммуноэлектрофо-рез, иммуноферментный и радиоиммунологический анализы) и иммуногистохимические методы.

**Цель данной лекции:** представить собственные результаты ис-пользования современных иммунохимических и иммуноморфо-логических методов исследования в алгоритме диагностики и пал-лиативного лечения больных с неспецифическими заболеваниями и раком легких в сопоставлении с литературными данными.

## Результаты

**Легочная ткань.** В структуре тканевых антигенов фетального и дефинитивного легкого выявлены как общие черты, так и отли-чия. Общий антигенный спектр представлен тканевыми антигена-ми с электрофоретической подвижностью  $\alpha_1$ -,  $\alpha_2$ -,  $\beta_1$ -,  $\beta_2$ - и  $\gamma$ -гло-булинов, в числе которых выявлены термолабильные неспецифи-ческие тканевые эстеразы, щелочная фосфатаза, ферритин, лакто-феррин, органоспецифические  $\alpha$ - и  $\beta$ -глобулины. Кроме этого, в бронхиальном эпителии и легочной ткани плодов обнаружен изо-энзим щелочной фосфатазы плацентарного типа, не встречаю-щийся в бронхо-легочной ткани здоровых взрослых людей.

В экстрактах легочной ткани, пораженной хроническим вос-палительным процессом (пневмофиброз, хронический абсцесс, бронхоэктатическая болезнь, туберкулез), отмечаются количест-венные изменения антигенного спектра, и особенно Примеча-тельным является повышение концентрации ферритина на фоне



снижения активности гидролаз. Сложилось впечатление, что ферритин является маркером пролиферирующей соединительной ткани.

При раке легкого антигенный атипизм опухолей представлен появлением плацентарной щелочной фосфатазы в 70% случаев, преимущественно в низкодифференцированных опухолях, а также термостабильных изоформ тканевой эстеразы в 78% случаев,  $\alpha$ -фетопротеина в 7% случаев, повышением концентрации РЭА, снижением уровня органоспецифических  $\alpha_2$ - и  $\beta$ -глобулинов, изменением количества ферритина и лактоферрина в зависимости от гистологической дифференцировки рака (табл. I.2.8.1 и I.2.8.2).

Таблица I.2.8.1

**Результаты определения изоэнзимов ЩФ в  
легочной ткани в норме и при патологии**

Легочная ткань	Всего образцов	Суммарная активность ЩФ в гистологических срезах в МЕ (цитофотометрия)	Активность ПЩФ (МЕ) в экстрактах тканей (встречный иммуноэлектрофорез)
Фетальная	21	0,34±0,03	1,4±0,3
Дефинитивная	19	0,32±0,02	0
Пневмосклероз	12	0,24±0,02	0
Абсцедирующая пневмония	16	0,41±0,02	0
Рак легкого: • высокодифференцированный	18	0,25±0,03 *	1,8±0,6 *
• низкодифференцированный	29	0,50±0,02 *	7,9±1,2 *

Примечание: \*  $p < 0,001$  — статистически достоверная разница рассчитана между группами больных РЛ

Таблица 1.2.8.2

**Содержание лактоферрина, ферритина и тканевой  
эстеразы в экстрактах легочной ткани в норме и при  
патологии  $M \pm m$  мг / 100 г ткани (метод ИДА)**

Легочная ткань	Всего образцов	Лактоферрин	Ферритин	Тканевая эстераза
Дефинитивная	26	3,5±1,7 *	2,1±0,4 *	8,5±0,9
Бронхоэктазы, поликистоз	18	7,7±1,6	3,8±0,4	6,8±2,2
Хронический абсцесс	7	8,6±1,4 *	63,1±21,8 *	13,2±2,3
Туберкулез	5	9,6±2,4 *	68,1±34,1 *	не исслед.
Пневмосклероз, пневмофиброз	8	7,2±1,7 *	124,6±42,4 *	12,6±2,6
Рак легкого: • высокодиф- ференциро- ванный	31	7,6±1,9 **	18,8±2,3 **	16,6±4,3**
• низкодиф- ференциро- ванный	34	2,7±1,4 **	7,1±1,8 **	5,2±2,4**

Примечание: \*  $p < 0,01$  — рассчитано по отношению к дефинитивной легочной ткани;

\*\*  $p < 0,001$  — рассчитано между группами больных РЛ.

Поскольку указанные антигены являются гормонозависимыми, то их определение при раке легкого в опухолях имеет значение для выработки тактики паллиативной химио- гормонотерапии, лучевой терапии, иммунотерапии и прогнозирования, наряду с такими известными опухолевыми маркерами, как нейрон-специфическая енолаза, плацентарный лактоген, кальцитонин, лактатдегидрогеназа (Bates S.E. et al., 1987; Kulpa J. et al., 2001).

**Бронхиальный секрет.** По степени выраженности эндобронхита, по данным ФБС, больные с воспалительными заболеваниями бронхов и легких распределены на четыре группы: без патологии,

катаральный (I ст.), катарально-гнойный (II ст.) и гнойный (III ст.) эндобронхит (табл. I.2.8.3). Соответственно, цитологический состав бронхиального секрета был скудным в первой группе больных, с постепенным увеличением до закрытия полей зрения концентрации нейтрофилов и других клеточных элементов, а также

Таблица I.2.8.3

**Степень выраженности эндобронхита при воспалительных заболеваниях легких по данным комплексного обследования**

Эндоскопическая оценка степени эндобронхита	Цитологический состав бронхиального секрета	Иммунохимическая оценка	
		По числу белковых фракций	Концентрация альбумина в г%
1. «Без патологии»	Слизь, клетки плоского и мерцательного эпителия, альвеолярные макрофаги (единичные в поле зрения)	3-4	0,001-0,004
2. Катаральный (I ст.)	Слизь, метаплазированный эпителий бронхов, пролиферирующий цилиндрический эпителий, альвеолярные макрофаги, нейтрофилы до 10-20 в поле зрения, единичные эритроциты	5-7	0,01-0,03
3. Катарально-гнойный (II ст.)	Слизь, большое количество нейтрофилов, гистиоцитов, альвеолярных макрофагов, смешанная флора, стафилококки, дрожжевые грибки, эритроциты	7-9	0,04-0,6
4. Гнойный (III ст.)	Слизь, лейкоциты закрывают все поле зрения, смешанная микрофлора, много гистиоцитов, макрофагов, эритроцитов	10-16	0,04-0,6

пролиферирующего цилиндрического и метаплазированного эпителия бронхов.

В составе бронхиального секрета иммунохимическими методами обнаруживаются как тканевые (изоэнзимы ЩФ и НТЭ, лактоферрин и ферритин), так и сывороточные (альбумин,  $\alpha_1$ - $\alpha_2$ - $\beta_1$ - $\beta_2$  и  $\gamma$ -глобулины, СРП, ПДФ) белки.

Сопоставление клинико-морфологических данных и цитологического состава мокроты с результатами ее иммунохимического тестирования выявило следующие закономерности. При острых пневмониях, абсцессах, активном туберкулезе легких, сопровождающихся катарально-гнойным или гнойным эндобронхитом II-III степени, частота положительных тестов на ЩФ и тканевую эстеразу в мокроте довольно высока (54,5% и 81,2%) и снижается в процессе выздоровления.

При этом в мокроте отмечается и относительно высокое содержание лактоферрина (титр в ИДА до 1/128-1/256), альбумина (до 0,6 г%), а число сывороточных белков в зоне  $\alpha_1$ - $\alpha_2$ - $\beta_1$ - и  $\gamma$ -глобулинов, образующих при иммуноэлектрофорезе линии преципитации с соответствующей кроличьей антисывороткой, возрастает от 3-4 до 8-11. Частота обнаружения в бронхиальном секрете ферритина и СРП в обследуемых группах больных была различна. Так, ферритин при пневмонии не выявлен, тогда как при острых абсцессах легких встречается в мокроте в 13,3% случаев, синхронно с СРП, что ассоциируется с деструкцией легочной ткани.

Важно то, что иммунохимические изменения антигенного спектра мокроты проявляются раньше, а исчезают позже нежели другие (цитологические и сывороточные) лабораторные признаки воспаления (лейкоцитоз, СРП, СОЭ). Частота последних довольно низка при ХНЗЛ и пневмонии (15-27%) и возрастает до 45-65% лишь при нагноительных осложнениях или при раке легкого III-IV стадии (СРП, СОЭ) (рис. 1.2.8.1).

В бронхиальных аспиратах больных туберкуломами и доброкачественными опухолями легких, не имеющих признаков сопутствующего бронхита, гидролазы и острофазовые белки не определяются, а количество альбумина и других белковых фракций минимальное.

При хронизации воспалительных процессов в бронхо-легочной системе (ХБ, бронхоэктатическая болезнь, поликистоз, пневмосклероз, хронический абсцесс легких) частота выявления ЩФ в бронхиальном секрете снижается до 25-29,6% наряду с другими острофазовыми белками, тогда как уровень тканевой эстеразы остается высоким (60-67,6%). Появление в мокроте больных ХНЗЛ ферритина, СРП, высоких концентраций альбумина (до 0,3-0,6г%)

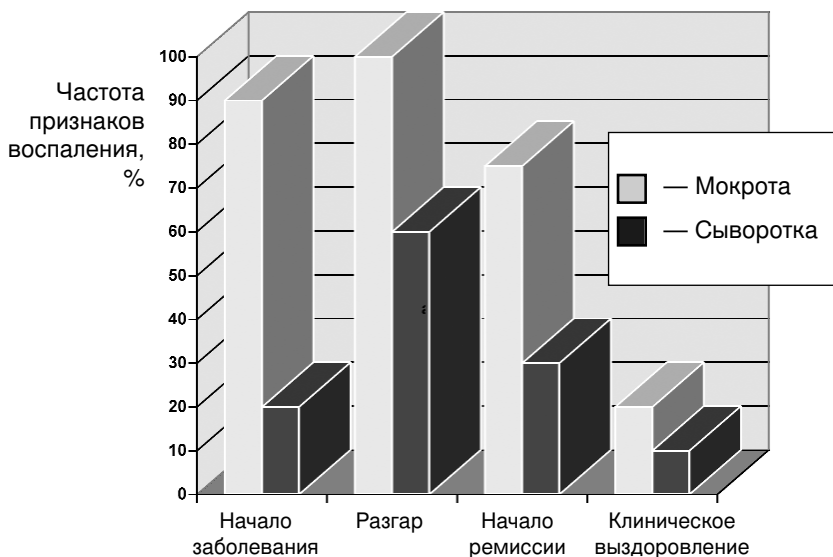


Рис. 1.2.8.1. Динамика частоты признаков воспаления в мокроте и сыворотке крови больных бронхо-легочной патологией в зависимости от фазы заболевания

и других сывороточных белков обусловлено обострением воспалительного процесса в бронхах.

При эмпиеме плевры, когда отсутствует бронхо-плевральный свищ, в мокроте регистрируется бедный антигенный спектр и лишь у 33% пациентов отмечено наличие эстеразной активности.

Таким образом, достоверные отличия в насыщенности антигенного состава мокроты выявлены при наличии воспалительного процесса в бронхиальной слизистой в отличие от группы больных с благоприятной эндоскопической оценкой состояния слизистой оболочки бронхов. При выраженном эндобронхите в мокроте значительно чаще выявлялись ЩФ, НТЭ, СРП, ферритин, высокие концентрации ЛФ, альбумина и широкий спектр  $\alpha_1$ - $\alpha_2$ - $\beta_1$ - и  $\gamma$ -глобулинов, тогда как при благоприятной эндоскопической картине лишь у 13,6-30% больных отмечено появление в мокроте ЩФ и тканевой эстеразы, низкое содержание ЛФ, альбумина и других сывороточных белков.

Следует отметить, что в процессе санации бронхиального дерева на фоне обеднения спектра белковых фракций и стихания воспаления при хроническом пролиферативном и атрофическом

бронхите в мокроте и бронхиальных аспиратах еще долго сохраняется активность тканевой эстеразы, а при наличии метapлазии бронхиального эпителия — и щелочной фосфатазы. При этом установлено, что в бронхиальном секрете при раке легкого частота выявления термостабильных гидролаз достоверно выше, чем при ХНЗЛ (рис. 1.2.8.2).

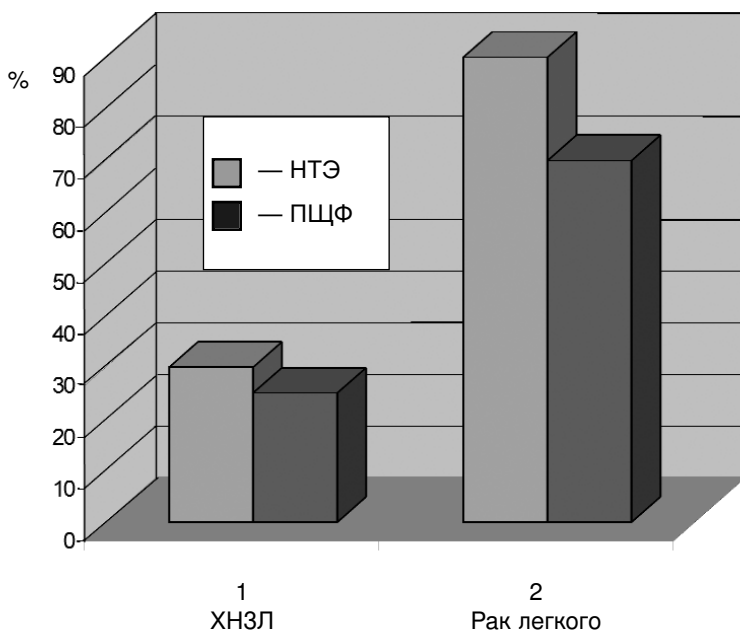


Рис. 1.2.8.2. Частота выявления термостабильных гидролаз в бронхиальном секрете при ХНЗЛ и раке легкого (в %).

Таким образом, насыщенность мокроты тканевыми и сывороточными белками тесно связана с характером патологического процесса в бронхо-легочной системе, коррелирует со степенью выраженности эндобронхита, но не всегда совпадает с реакцией острофазовых белков крови и другими лабораторными показателями воспаления.

Изменения антигенного состава бронхиального секрета безусловно отражают наличие патологического процесса в бронхиальном дереве, тогда как патологические изменения в паренхиме лег-

кого или в плевральной полости мало влияют на состав бронхиального секрета и чаще вызывают реакции со стороны периферической крови. Совпадение местных (бронхиальный секрет) и общих (сыворотка крови) признаков воспаления отмечается лишь в разгар гнойно-деструктивного эндобронхита, перибронхита, пневмонии, тогда как в начале заболевания и при наступлении клинической ремиссии на фоне благополучных анализов крови лишь в мокроте определяются иммунохимические маркеры патологического процесса, что свидетельствует о гораздо большей их информативности. К тому же, появление иммунохимических маркеров воспаления в мокроте регистрируется раньше появления в ней диагностически значимого количества лейкоцитов, альвеолярных макрофагов и других клеточных элементов, то есть «иммунохимическая» фаза воспаления всякий раз предшествует «цитологической». При успешной санации бронхиального дерева иммунохимические маркеры воспаления исчезают из бронхиального секрета последними, что также может служить дополнительным диагностическим и прогностическим тестом в контроле за эффективностью лечения.

По нашему мнению, обнаруженные изменения антигенного спектра мокроты могут использоваться как новые диагностические критерии для оценки местного воспалительного процесса в бронхах, в частности, степени «готовности» бронха к резекции в плане предоперационной подготовки, контроля за эффективностью лечения и профилактики пострезекционных осложнений, так и при диспансеризации больных с бронхолегочной патологией и формировании групп повышенного онкологического риска.

**Плевральный выпот.** Неспецифическая тканевая эстераза в плевральной жидкости (табл. 1.2.8.4) нами не выявлена. Активность общей щелочной фосфатазы в указанных группах больных колеблется от  $49,5 \pm 21,2$  МЕ/л при раковом плеврите — до  $67,3 \pm 24,2$  МЕ/л при хронической эмпиеме плевры (разница недостоверна).

Однако, в экссудате при раке легкого у 31,6% больных обнаруживается термостабильная плацентарная щелочная фосфатаза в количестве 2-16 МЕ/л. Данный изоэнзим в плевральном выпоте иной природы не выявляется, что может иметь определенное диагностическое значение.

Диагностическая информативность иммунохимических тестов при экссудативных плевритах повышается при одновременном определении РЭА и острофазовых белков. Так, наряду с ПЩФ в плевральной жидкости при раке легкого достоверно по-

Таблица 1.2.8.4

**Определение гидролаз и острофазовых  
белков в плевральном выпоте**

	Неспецифический экссудативный плеврит	Хроническая эмпиема плевры	Рак легкого
Всего больных	16	10	12
ЩФ МЕ/л	58,4±22,7	67,3±24,2	49,5±21,2
ПЩФ МЕ/л	0	0	2-16
РЭА нг/мл	5,5±2,3	7,6±4,1	86,7±42,3
ЛФ мг%	0,8±0,4	16,2±3,4	3,6±1,4
СРП мг%	6,2±1,8	8,4±1,2	28,5±7,5
ПДФ мг%	7,8±3,0	86,2±32,2	94,0±34,2

вышаются уровни РЭА (86,7±42,3 нг/мл), СРП (28,5±7,5 мг%) и ПДФ (94,0±34,2 мг%). Хроническая эмпиема плевры отличается более высоким содержанием ЛФ (16,2±3,4 мг%) и ПДФ (86,2±32,2 мг%), а неспецифический экссудативный плеврит — достоверно низкими значениями тех же маркеров (ЛФ = 0,8±0,4 мг%; ПДФ = 7,8±3,0 мг%).

Иммунохимическое определение острофазовых белков (ПДФ, СРП, ЛФ, Ф) в плевральном выпоте больных, перенесших радикальные и паллиативные операции на органах грудной полости, позволило выявить характерную динамику изменений их концентрации в течение послеоперационного периода: последовательное повышение уровней ПДФ, СРП, ЛФ в первые часы и сутки после операции и их снижение на фоне повышения ферритина, как маркера соединительной ткани, при успешной репарации остаточной плевральной полости и ее фиброзировании. В случаях возникновения осложнений (несостоятельность культи бронха, инфицирование плеврального выпота, развитие эмпиемы плевры и бронхо-плеврального свища) отмечается значительное повышение концентрации указанных антигенов за 2-3 суток до клинического проявления осложнений.



На наш взгляд, данные тесты следует использовать в мониторинге радикального и паллиативного лечения больных неспецифическими заболеваниями и раком легких.

**Сыворотка крови.** Определение острофазовых и ассоциированных с опухолями антигенов в сыворотках крови указанной категории больных выявило ряд закономерностей. Так, обострение хронического воспалительного процесса, формирование гнойника или очага деструкции в бронхо-легочной системе сопровождается повышением концентрации ЛФ, СРП, ПДФ, Ф, — снижением в результате успешной их санации. Особенно чувствительным оказался тест на ЛФ. Нами выявлены три степени гиперлактоферринемии, характерные для хронических воспалительных процессов ( $1879,0 \pm 422,1$  нг/мл), острого легочного нагноения ( $3166,4 \pm 208,2$  нг/мл) и пульмогенного сепсиса ( $5654,3 \pm 865,0$  нг/мл).

Активность сывороточной эстеразы и суммарной ЩФ при легочной патологии не имеет достоверных различий в обследованных группах (табл. I.2.8.5). Однако, общая активность ЩФ плацентарного типа регистрируется в 6,5%, 12,5% и 20,2% случаев при воспалительной легочной патологии (неспецифический плеврит, пневмония, ХНЗЛ, соответственно) и в 55,4% — при раке легкого. На этом фоне при ХНЗЛ и туберкулезе легких в 2-3%, а при раке легкого в 14,1% случаев выявляется термостабильная ПЩФ. Здесь подтверждается закономерность более частого появления термостабильной ПЩФ в малигнизированной легочной ткани с выходом ее в биологические жидкости (антигенная реверсия).

С позиций онконастороженности наряду с положительным тестом на ПЩФ, информативным является определение РЭА, концентрация которого при раке легкого III-IV ст. достоверно выше ( $41,3 \pm 21,1$  нг/мл), чем при доброкачественной легочной патологии (ХНЗЛ —  $8,1 \pm 3,8$  нг/мл; пневмония —  $8,2 \pm 3,4$  нг/мл; неспецифический плеврит —  $7,8 \pm 3,6$  нг/мл). При этом, соотношение РЭА в сыворотке крови и РЭА в плевральном экссудате при раке легкого меньше единицы, тогда как при пневмонии и ХНЗЛ этот коэффициент больше единицы.

Дополнительное обследование группы «ПЩФ-положительных» больных выявило тесную связь появления ПЩФ в крови с сопутствующей раку легкого и ХНЗЛ печеночной патологии (реактивный токсический гепатит, первичный и метастатический рак печени).

Диагностическая ценность иммунохимического теста на ПЩФ повышается при воздействии на организм больного бактериальным липополисахаридом (пирогенолом) в процессе неспе-

Таблица 1.2.8.5

**Содержание гидролаз и острофазовых белков в  
сыворотке крови в норме и при легочной патологии**

Пато- логия Пока- затель	Пнев- мония	Неспе- -ский плеврит	ХНЗЛ	Тубер- кулез	Рак легкого		Здоровые
					I-II ст.	III-IV ст.	
ЩФ МЕ/л	172,6± 63,1	168,4± 55,6	58,7± 56,2	160,2± 40,6	134,5± 46,6	162,8± 51,1	150,8± 46,2
Общая ПЩФ 1-16 МЕ/л (% полож.)	12,5	6,5	20,2	12,1	5,3	55,4	0
t-стабил ПЩФ 1-16 МЕ/л (% полож.)	0	0	2,2	3,0	0	14,1	0
Эстераза, средний титр	16,4± 6,5	16,7± 7,1	15,7± 7,3	15,4± 6,2	15,2± 6,5	14,5± 6,2	18,6± 5,5
РЭА нг/мл	8,2± 3,4	7,8± 3,6	8,1± 3,8	7,7± 2,2	14,1± 4,8	41,3± 21,1	4,6± 1,5
ЛФ мкг/мл	3,1± 0,2	2,8± 0,4	1,8± 0,5	1,9± 0,1	2,9± 0,8	3,1± 0,8	1,3± 0,1
СРП мг%	7,0± 1,5	8,2± 1,6	4,5± 1,0	7,6± 2,4	2,5± 0,1	6,0± 0,6	0
ПДФ титр 1-1/2 (% положит.)	43,7	35,4%	21,2	31,3%	18,2	28,3	0

цифической иммунотерапии. Частота ПЩФ-положительных проб при раке легкого возрастает в 5 раз наряду с повышением концентрации СРП и ПДФ. При затяжной пневмонии и ХНЗЛ под воздействием пирогенала тест на ПЩФ остается отрицательным, а уровень острофазовых белков снижается, и одновременно

отмечается резорбция воспалительных инфильтратов в легких (по данным рентгенограмм).

Таким образом, при планировании паллиативного лечения у онкологических больных, положительный серологический тест на ПЩФ является признаком поражения печени и может явиться дополнительным аргументом при определении показаний или противопоказаний к оперативному или химио-лучевому лечению.

Исследование острофазовых белков (СРП, ЛФ) при назначении иммунотерапии можно рекомендовать в дифференциальной диагностике шаровидных образований легких, в контроле за лечением затяжных и хронических пневмоний и рака легкого.

Исследование ЛФ можно рекомендовать также в контроле за паллиативным химио-лучевым лечением и при коррекции его осложнений. В процессе химио-лучевого лечения у онкологических больных нами выявлена гиполактоферринемия наряду с лейкопенией. При этом снижение количества ЛФ в сыворотке крови при возникновении химио-лучевых осложнений опережает на 2-3 дня лейкопению.

## ВЫВОДЫ

1. Количественные и качественные изменения антигенов легочной ткани при патологии сопровождаются глубокими изменениями спектра тканевых и сывороточных белков (ЩФ, НТЭ, РЭА, АФП, ферритин, лактоферрин, СРП, ПДФ, альбумин, глобулины) в биологических жидкостях (слюна, бронхиальный секрет, плевральный выпот, кровь), которые имеют патогенетическое, диагностическое и прогностическое значение.

2. Суммарное количество ЩФ бронхо-легочной ткани зависит от степени выраженности воспалительного процесса, а появление плацентарной изоформы характерно для малигнизации (антигенная реверсия), наряду с которой происходит увеличение термостабильности тканевой эстеразы. Количество ПЩФ и НТЭ коррелирует со степенью дифференцировки рака легкого.

3. Имунохимическая оценка тканевых и сывороточных белков в мокроте отражает степень выраженности эндобронхита, гнойно-деструктивных и пролиферативных процессов в бронхо-легочной системе и более информативна, чем другие общепринятые лабораторные показатели воспаления (цитограма бронхиального секрета, острофазовые белки и общий анализ периферической крови).

4. Результаты имунохимического исследования бронхиального секрета в процессе санации бронхов могут быть использова-

ны в экспертной оценке «готовности» стенки бронха к резекции при плановых операциях на легких в алгоритме профилактики несостоятельности культи бронха.

5. Иммуномодулирующее воздействие бактериального полисахарида (пирогенала) на реакции ПЩФ, острофазовых белков и иных иммунных факторов, повышая в ряде случаев точность диагностики бронхо-легочной патологии, ускоряет сроки излечения затяжной пневмонии и ремиссии хронического бронхита.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. Исследуя гидролазы в легочной ткани и биологических жидкостях при бронхо-легочной патологии необходимо наряду с определением их суммарной активности (щелочная фосфатаза, эстераза) идентифицировать и изоферментный спектр. Последнее имеет большое диагностическое значение, поскольку общая активность гидролаз в большинстве случаев не выходит за пределы нормы, но при этом в составе их изоферментного спектра идентифицируются такие патологические изоэнзимы, как плацентарная ЩФ и термостабильная НТЭ, указывающие на процесс малигнизации.

2. При морфологическом исследовании биоптатов бронхо-легочной ткани наряду с рутинными тестами необходимо использовать энзимогистохимические и иммуноморфологические методы идентификации гидролаз и других белков-маркеров воспаления и малигнизации. Это позволит внести в морфологическую диагностику дополнительные оценочные критерии степени деструкции, воспаления, пролиферации, нарушений дифференцировки, выраженности метаплазии и анаплазии.

3. Иммунохимические исследования тканевых, секреторных и сывороточных антигенов в мокроте, бронхиальных аспиратах, плевральных выпотах и сыворотке крови рекомендуются к уточняющей и дифференциальной диагностике бронхо-легочной патологии, в частности, в оценке степени выраженности эндобронхита, нагноительно-деструктивных изменений в легочной паренхиме, динамики и характера плевро-легочных осложнений, а также сопутствующих поражений печени.

4. Исследование гидролаз в мокроте и слюне в комплексе с острофазовыми белками рекомендуется: а) в качестве неинвазивного метода в скрининге и мониторинге бронхо-легочной патологии; б) при контроле за санацией бронхиального дерева; в) в предоперационной подготовке; г) при формировании групп повы-

шенного риска среди больных ХНЗЛ по раку легкого для диспансеризации.

5. В алгоритме комплексной диагностики и лечения воспалительных, пролиферативных, нагноительно-деструктивных и опухолевых изменений в бронхо-легочной системе необходимо шире использовать «естественные» иммуномодуляторы, в частности бактериального происхождения (типа «пирогенал»). По реакции гидролаз, острофазовых белков и других показателей гомеостаза повышается точность диагноза. При этом сокращаются сроки лечения больных затяжной пневмонией и хроническим бронхитом.

### **1.2.9. СИСТЕМА ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ: СТРУКТУРА И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ**

Старение населения, ухудшающаяся экологическая обстановка, отсутствие этиотропного лечения злокачественных новообразований не позволяют строить оптимистических прогнозов на снижение уровня заболеваемости злокачественными опухолями и, в частности, на уменьшение числа больных распространенными формами злокачественных новообразований (БРФЗНО). В связи с этим ВОЗ была предложена модель, при которой большая часть ресурсов для оказания медицинской помощи онкологическим больным отводится паллиативному лечению. Такая модель предполагает расширение объема оказания помощи, начиная с симптоматического лечения, до всесторонней (медицинской, психологической, социальной и духовной) помощи пациенту и его семье. Создание системы паллиативной помощи должно стать гарантом достойной жизни пациента и спокойной смерти.

Современный этап развития нашего государства, к сожалению, также отличается резким падением уровня и ценности жизни граждан России. Медицинское обслуживание становится все менее доступным, сводятся «на нет» завоевания прошлых лет в области ранней диагностики онкологических заболеваний и их многокомпонентного лечения.

Рост доли пациентов, обращающихся в онкологические учреждения с запущенными процессами, создает новую ситуацию для

онкологов и требует расширения сферы паллиативной помощи как в организационном, так и в методическом плане.

Несмотря на имеющиеся успехи в лечении злокачественных новообразований, вопросы паллиативной помощи остаются достаточно актуальными в современной клинической онкологии. Весьма значительны контингенты больных, у которых возможности противоопухолевого лечения уже исчерпаны, или его проведение противопоказано из-за тяжести сопутствующей патологии. Вместе с тем, попытки коррекции тяжелых нарушений, как правило, развивающихся вследствие прогрессирования опухолевого процесса, требуют дополнительного изучения.

Неэффективность, неадекватность, а зачастую и неграмотность, симптоматической и паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в учреждениях общелечебной сети говорят о том, что до настоящего времени эта проблема остается нерешенной и не теряет своей актуальности, несмотря на достижения в диагностике злокачественных опухолей и повышение эффективности апробированных, традиционных методов лечения.

Паллиативная помощь в настоящее время является необходимым компонентом комплексного лечения онкологических больных на всех этапах, а в отдельных случаях приобретает самостоятельное значение. В этой связи, разработка вопросов организации паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований и совершенствование методов лечения этого контингента больных является актуальной научно-практической проблемой, требующей решения многих медицинских, социальных и экономических задач.

Менее всего защищенными в медицинском и социальном аспектах являются онкологические больные IV клинической группы учета, перенесшие комбинированное и комплексное противоопухолевое лечение, а также впервые взятые на учет по поводу диссеминированных форм рака.

До недавнего времени, в связи с тем, что система паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным в нашей стране находилась в стадии становления, их лечением, как правило, занимались участковые терапевты и районные онкологи, не имеющие специальной подготовки.

Отсутствие специализированной помощи неизлечимым онкологическим больным приводило к мучительным страданиям пациентов, независимо от того, находились они дома или в стационаре.

Адекватный объем паллиативной помощи в лечебно-профилактических учреждениях общелечебной сети и специализирован-

ных подразделениях онкологической службы Смоленской области в 1992-1997 гг. выполнялся одной трети от числа нуждающихся в ней больных с распространенными формами злокачественных новообразований (табл. I.2.9.1), остальным проводилась бессистемная медикаментозная терапия хронического болевого синдрома участковыми терапевтами по месту жительства пациентов.

Таблица I.2.9.1

**Оказание паллиативной помощи больным IV клинической группы в Смоленской области в 1992-1997 гг. (по данным ОППР)**

Год	Взято на учет с IV клинической группой	Пролечено паллиативно		Отказ от лечения	
		абс.	%	абс.	%
1992	931	571	61,3	360	38,7
1993	969	772	79,7	197	20,4
1994	844	673	79,7	171	20,3
1995	942	638	67,7	304	32,3
1996	881	577	65,5	304	34,5
1997	940	663	67,3	307	32,7

Полученные данные демонстрировали отсутствие в регионе системы паллиативной помощи многочисленному контингенту инкурабельных онкологических больных и необходимость ее организации.

Для решения данной проблемы в 1998 году в г.Смоленске был открыт первый в области хоспис, как структурное подразделение областного онкологического диспансера. Этому событию предшествовала большая подготовительная работа, которая включала в себя мероприятия по налаживанию преемственности в деятельности хосписа и территориальных ЛПУ: совместно с участковыми терапевтами были уточнены списки больных по нозологическим формам, по степени выраженности болевого синдрома, оценены социальные аспекты жизни данного контингента больных. Особое внимание уделялось определению количества лиц, требующих постоянного ухода и квалифицированной помощи. Анализ полученных данных позволил разработать наиболее

приемлемую структуру хосписа в регионе (рис. I.2.9.1), определить штатное расписание, составить пакет необходимых документов:

- положение о хосписе Смоленского онкологического клинического диспансера;
- методические рекомендации по определению контингента больных, подлежащих наблюдению и лечению в хосписе;
- стандарты госпитализации в стационар;
- амбулаторная карта онкологического больного;
- лист динамического наблюдения;
- рекомендации в поликлинику для назначения лекарственных средств амбулаторному больному хосписа;
- выписной эпикриз;
- форма журнала консультаций инкурабельных онкологических больных в кабинете амбулаторного приема;
- форма журнала учета работы выездной службы хосписа.

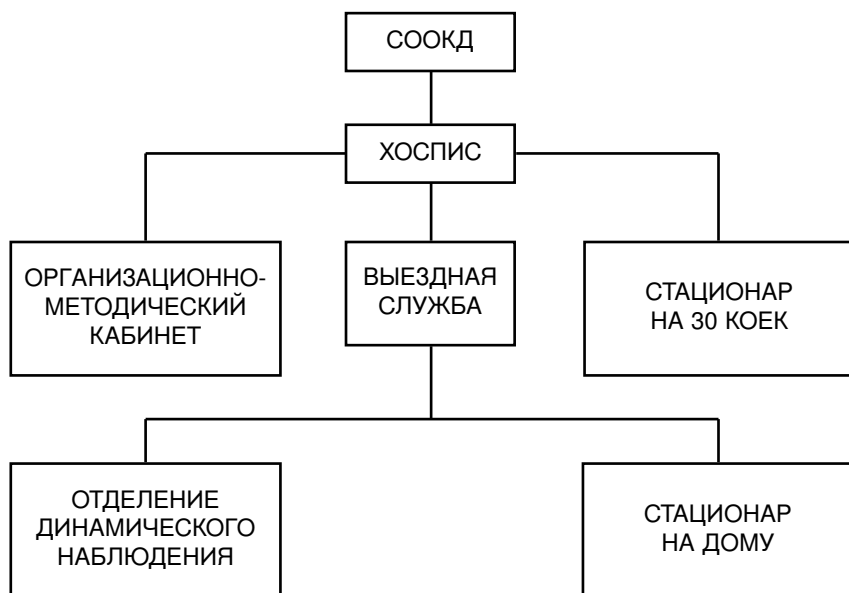


Рис. I.2.9.1. Схема структуры хосписа.



Результаты этой деятельности были узаконены приказом комитета по здравоохранению при Администрации Смоленской области № 228 от 1 июня 1998г.

Детально проанализировав результаты работы хосписа в течение года, установлено, что его открытие в г.Смоленске не решило в полной мере проблемы оказания паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным в области.

Удельный вес больных из сельских районов, лечившихся в стационаре хосписа, составил 30%, так как, из-за тяжести состояния и удаленности от областного центра транспортировка их затруднена.

Кроме того, в стационарах центральных районных больниц паллиативную помощь получали только треть больных распространенными формами злокачественных новообразований от числа нуждающихся; остальным проводилась бессистемная медикаментозная терапия хронического болевого синдрома, преимущественно наркотическими анальгетиками.

Закономерно встал вопрос об официальном выделении коечного фонда для оказания стационарной паллиативной помощи больным IV клинической группы в каждом сельском районе. Идея была поддержана комитетом по здравоохранению при Администрации области. После экономических расчетов 7 сентября 1999 года был издан приказ № 228 «О выделении коечного фонда для оказания стационарной паллиативной помощи БРФЗНО», который положил начало созданию региональной системы паллиативной помощи.

Практический опыт работы позволил выделить некоторые слабые звенья существующей организации паллиативной помощи. Это, в первую очередь, отсутствие научно обоснованной концепции паллиативной помощи областного масштаба; подмена понятия паллиативной помощи разработкой комплекса обезболивания, который, несомненно, крайне важен, но является лишь одним из компонентов арсенала методов, улучшающих качество жизни больных распространенными формами злокачественных новообразований.

На основании анализа научных исследований, опыта работы отделения паллиативной онкологии Московского научно-исследовательского онкологического института им. П.А. Герцена, результатов деятельности Экспертного Совета по организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным при Министерстве Здравоохранения Российской Федерации, собственного трехлетнего опыта была сформулирована концепция развития паллиативной помощи в Смоленской обла-

сти, основные положения которой выглядят следующим образом:

- разработать комплекс правовых организационных и экономических мер для создания в области системы паллиативной помощи онкологическим больным;
- за основу системы паллиативной помощи на региональном уровне взять существующие медицинские учреждения онкологического и общетерапевтического профиля;
- определить место региональной системы в структуре онкологической службы и здравоохранения области в целом;
- руководство системой возложить на территориальный центр паллиативной помощи с размещением последнего на базе областного онкодиспансера;
- разработать задачи областного популяционного ракового регистра в региональной системе паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований;
- предусмотреть в региональной системе 3 уровня оказания паллиативной помощи онкологическим больным:
  - I — областной (территориальный центр паллиативной помощи);
  - II — районный (центральные районные больницы);
  - III — сельский (больницы сестринского ухода, участковые больницы, фельдшерско-акушерские пункты);
- оказание паллиативной помощи проводить на двух этапах:
  - догоспитальном;
  - стационарном;
- разработать алгоритм средств и методов паллиативной помощи онкологическим больным для каждого уровня системы.

Предложенная концепция разработана в соответствии с Конституцией и действующим законодательством Российской Федерации и представляет собой комплекс правовых, организационных и экономических мер, направленных на реализацию государственной политики в области онкологии.

В ее формировании участвовали специалисты комитета по здравоохранению при администрации Смоленской области, обкома профсоюзов медицинских работников, Смоленской медицинской академии, Бюро медицинской статистики, районных органов управления здравоохранением, территориального фонда обязательного медицинского страхования.

Положения концепции паллиативной помощи направлены на согласование усилий законодательных и исполнительных органов власти.

Целью ее реализации являлось создание правовых, экономических и организационных механизмов по оптимальному использованию ресурсов здравоохранения для повышения качества паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований на этапе реформирования системы областного здравоохранения.

Разработанная в рамках Концепции организационная структура региональной системы паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в Смоленской области представлена на рис. 1.2.9.2 (на стр. 244).

В ее основу положен принцип многоуровневого и поэтапного оказания паллиативной помощи, что позволило максимально увеличить ее доступность и тем самым улучшить качество жизни БРФЗНО.

В систему включены популяционный раковый регистр и консультативный совет (рис. 1.2.9.3.), деятельность которых определяет объективный учет и рациональный лечебный маршрут больных IV клинической группы в подразделениях системы.

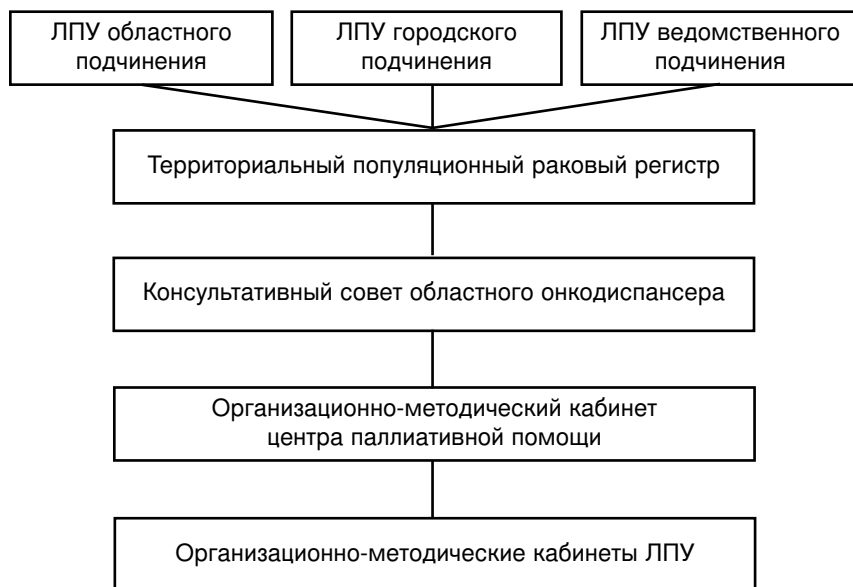


Рис. 1.2.9.3. Информационная структура региональной системы паллиативной помощи.



Рис. 1.2.9.2. Схема региональной системы паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в Смоленской области. \*

Основными задачами территориального популяционного ракового регистра в региональной системе паллиативной помощи являются:

- контроль объективности учета больных; обеспечение преемственности в работе территориального центра паллиативной помощи с лечебно-профилактическими учреждениями города и области;
- автоматизированный расчет показателей;
- формирование государственной отчетности;
- предоставление комплекса методических указаний.

В функции консультативного совета включено:

- определение объема диагностических исследований для определения степени распространенности опухолевого процесса;
- подтверждение обоснованности распределения онкологических больных по группам учета;
- разработка индивидуальных планов паллиативной помощи БРФЗНО;
- определение лечебного маршрута в подразделениях системы для реализации составленных планов терапии.

Продолжая характеристику структуры региональной системы, следует отметить, что первым (областным) ее уровнем является центр паллиативной помощи (рис. I.2.9.4), который с деонтологической точки зрения обособлен от онкодиспансера и располагается в двух этажах от него, в двухэтажном здании.

В центре работают 11 врачей, 20 медицинских сестер и 20 человек младшего медицинского персонала.

В штатном расписании онкодиспансера предусмотрена должность заместителя главного врача по паллиативной помощи (табл. I.2.9.2).

Основными задачами территориального центра являются:

- изучение и внедрение современных форм организации паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований;
- подготовка специалистов по паллиативной помощи в онкологии для учреждений здравоохранения области;
- разработка методических рекомендаций для органов и учреждений здравоохранения области по вопросам оказания

---

\* *Примечание к рис. I.2.9.2 на стр. 244:* стационарная помощь на II и III уровнях системы осуществляется на койках, количество которых определено в зависимости от численности населения и узаконено приказом Комитета по здравоохранению № 228 от 07.09.1998 г.

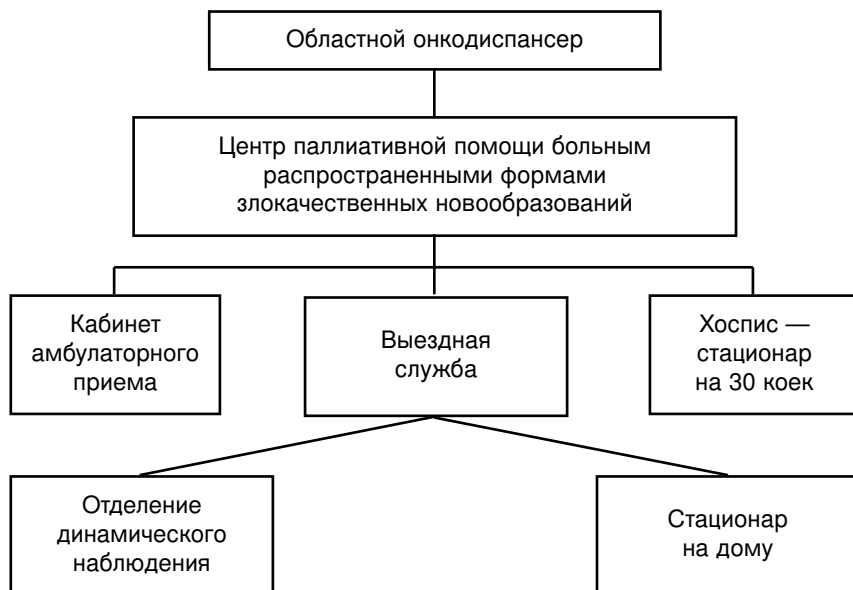


Рис. 1.2.9.4. Схема организационной структуры I (областного) этапа паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в Смоленской области.

паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным;

- контроль за состоянием, развитием и качеством медико-социальной помощи данному контингенту больных;
- организация и проведение научно-практических конференций, семинаров по вопросам паллиативной помощи в онкологии;
- участие в научной разработке и апробации новых методов паллиативной помощи и противоболевой терапии;
- обеспечение паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований на догоспитальном этапе;
- повышение доступности стационарной специализированной медицинской помощи онкологическим больным в терминальной стадии;
- обучение родственников основным приемам ухода за тяжелыми больными.

Таблица 1.2.9.2

**Штатное расписание территориального центра  
паллиативной помощи**

Службы ТЦПП	Наименование	Количество штатных единиц
Служба управления	1. Заместитель главного врача по паллиативной помощи	1
	2. Старшая мед.сестра	1
Организационно- методический кабинет	1. Врач-методист	1
	2. Медицинский статистик	1
	3. Оператор ЭВМ	1
Кабинет амбулаторного приема	1. Врач-онколог	1
	2. Мед.сестра	1
	3. Санитарка	1
Выездная служба	1. Врач выездной службы	4,5
	2. Фельдшер выездной службы	5,5
Стационар- хоспис	1. Зав. отделением	1
	2. Врач-онколог	2
	3. Врач-анестезиолог	2
	4. Врач-терапевт	0,75
	5. Врач-химиотерапевт	0,5
	6. Врач-хирург	0,25
	7. Врач-психотерапевт	0,5
	8. Процедурная мед.сестра	2
	9. Палатные мед.сестры	11
	10. Фельдшер-лаборант	1
	11. Сестра-хозяйка	1
	12. Санитарка-буфетчица	2
	13. Санитарка-уборщица	2
	14. Санитарка процедурного кабинета	1
	15. Санитарка по уходу за больными	10,5
	16. Дезинфектор	1
	17. Гардеробщица	2

Паллиативная помощь инкурабельным больным может оказываться не только в условиях стационара, но и в домашних условиях, что является оправданным, в первую очередь, с экономической точки зрения. Поэтому целесообразно рассмотреть с позиций решения организационных аспектов данной проблемы комплекс мероприятий по организации паллиативной помощи на дому.

Направление больного для оказания паллиативной помощи в различные подразделения часто зависит от уровня его социально-бытовых условий (наличие благоустроенного жилья, родственников и др.). Социально-защищенные пациенты — это лица, имеющие отдельную квартиру, внимательных родственников, способных оказать необходимую помощь и уход, окружить вниманием и заботой. Основное большинство таких больных находится дома, в кругу семьи, при условии обеспечения эффективного систематического контроля.

Догоспитальная помощь на областном уровне оказывается в кабинете амбулаторного приема и врачебно-фельдшерскими выездными бригадами территориального центра паллиативной помощи. На амбулаторном приеме осуществляется:

- оценка степени выраженности ХБС;
- подбор схем обезболивания;
- консультации по устранению мучительных симптомов, сопровождающих основное заболевание;
- обучение больных правилам пользования калоприемниками, мочеприемниками;
- знакомство с правилами ухода за трахеостомами, гастростомами;
- подготовка родственников к уходу за тяжелыми больными;
- решение психологических и социальных проблем.

При невозможности посещения больными кабинета амбулаторного приема (в связи с ухудшением состояния) паллиативная помощь оказывается выездными бригадами, число которых соответствует административным районам г. Смоленска.

Основные задачи, которые решают выездные бригады, можно сформулировать следующим образом:

- осуществление контроля за состоянием больных в «отделении динамического наблюдения» с кратностью посещения один раз в неделю с целью: подбора схем обезболивания; постановки назо-гастральных зондов, мочевых катетеров; выполнения внутримышечных и внутривенных инъекций; психологической поддержки больного и его семьи на данном этапе заболевания; обучения родственников методам ухода за больными;



- оказание паллиативной помощи в «стационаре на дому» с ежедневным посещением для: коррекции схем обезболивания; перевязки стомированных больных и пациентов с распадающимися опухолями наружных локализаций; проведения внутривенных инфузий с целью дезинтоксикации; психологической поддержки пациентов и их родственников;
- направление пациентов в стационар ТЦПП при ухудшении его состояния;
- обеспечение преемственности в работе с участковыми терапевтами (заполнение бланка рекомендаций в поликлинику для назначения лекарственных средств амбулаторно-му больному территориального центра паллиативной помощи) и социальными работниками.

Рекомендации врачей ТЦПП по организации лекарственной терапии для всех медицинских работников стационарных и амбулаторно-поликлинических учреждений области являются обязательными (приказ комитета по здравоохранению № 228 от 01.07.98 г.).

Выезды осуществляются с целью:

- подбора схемы обезболивания (85% выездов);
- постановки желудочных зондов (7,4%);
- мочевых катетеров (14,9%);
- перевязки стомированных больных; больных с распадом опухолевого процесса (6,6%);
- выполнения в/м и в/в инъекций для купирования тех или иных тягостных состояний (26,6% и 5,3%, соответственно);
- психологической поддержки больного и его семьи на данном этапе заболевания;
- обучения родственников общим принципам ухода за тяжелыми онкологическими больными.

Ежегодно под постоянным наблюдением бригады находится 490–520 человек. Кратность выездов к одному пациенту до наступления летального исхода, в среднем составляет  $4,1 \pm 1,5$ . Однократно выезжали к 23% больным, дважды — в 33,6% случаев, 3 раза — 11,2%, 4 раза — 9,4%, 5 раз — 4,1%, 6 раз — 7,7%, 7 раз — 2,4%, 8 раз — 3,8%, более 8 раз — 4,3%.

Заявки обслуживаются следующим образом:

- в день поступления заявки — 17%;
- на следующий день — 25%;
- через 2 дня с момента заявки — 44%.

Кроме того, с использованием вневедомственного транспорта выполнено 14% выездов от их общего числа.

Под наблюдением выездной бригады в домашнем стационаре находится 9,4% человек. К ним осуществляется 32,4% выездов от общего количества.

В отделении динамического наблюдения с кратностью посещения 1 раз в неделю находится 20,8% больных (выезды к ним составляют 19,5%); с кратностью посещения 1 раз в месяц — 46,5%, к ним выполнено 48% выездов.

Организация внебольничной службы помощи в рамках паллиативной онкологии занимает ведущее место в процессе оказания медико-социальной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований. Это связано с тем, что в настоящее время широкое развитие получают парастационарные методы лечения, так как в условиях экономического кризиса длительное стационарное пребывание данного контингента больных очень дорого. Поэтому паллиативную помощь в домашних условиях получает основная масса социально защищенных больных IV клинической группы.

Проанализировав работу выездной службы территориального центра паллиативной помощи, установили, что некоторые изначальные подходы к организации выездов необходимо изменить. Оказалось невозможным выполнение первичных активных посещений, так как в выписках из ЛПУ часто неточно указывался адрес проживания больного (улица, дом, квартира), отсутствовала информация о наличии кодовых замков на дверях подъезда, то есть выезд осуществлялся к «закрытым дверям».

В настоящее время первичные выезды формируются на основании телефонограмм, поступающих из поликлиник, от больных, их родственников или знакомых с подробной информацией об адресе проживания пациента и причинах вызова бригад. Телефонный номер выездной службы обязательно указывается в справке, которую пациенты получают при выписке из стационаров. Кроме того, телефон выездной службы территориального центра паллиативной помощи больные получают на консультативном совете СООКД.

Таким образом, больной и его родственники в любой момент при ухудшении состояния могут вызвать специалистов на дом.

Первичное посещение больного — один из самых сложных, ответственных и трудоемких процессов в дальнейшей работе с пациентами и их семьями. Поэтому оно обязательно осуществляется врачебно-фельдшерской бригадой.

Максимальное количество первичных выездов, которые возможно выполнить в день — пять, так как необходима подробная беседа с больным и его родственниками, осмотр пациента, сбор

анамнеза, оценка психоэмоционального состояния, социально-бытовых условий его проживания.

Кратность посещений формируется в зависимости от состояния больного, возможностей ухода в домашних условиях, психологической обстановки в семье.

Повторные выезды целесообразнее осуществлять фельдшеру выездной службы, который, лишь в случае ухудшения состояния больного (при усилении болевого синдрома, изменении схемы лечения) консультируется врачом. Средним медицинским работником в течении рабочего дня может осуществляться 6 выездов, в зависимости от необходимого объема оказываемой медико-социальной помощи.

При такой схеме организации труда у врача освобождается время для работы с первичными больными, консультации повторных больных, оформления документации. Средний медработник оказывает помощь больным в отделении динамического наблюдения или в домашнем стационаре, выполняя назначения врача.

Таким образом, для оптимальной работы выездной службы в городе с численностью населения 350-400 тыс. необходимо минимум две бригады: врачебная и фельдшерская. Совместные врачебно-фельдшерские выезды целесообразно выполнять только при первичном посещении больного, когда определяется тактика дальнейшего наблюдения.

Для обеспечения своевременной, адекватной, эффективной помощи БРФЗНО медицинские работники должны обладать необходимым объемом знаний и практических навыков.

#### *Требования к квалификации врачей ТЦПП:*

- специализация по онкологии и анестезиологии;
- повышение квалификации по паллиативной помощи в онкологии на базе Российской медицинской академии последипломного образования;
- повышение квалификации на рабочем месте.

#### *Врач центра ПП должен знать:*

- клиническую картину ЗНО основных локализаций;
- организационные аспекты оказания паллиативной помощи больным злокачественными новообразованиями IV клинической группы учета;
- методы лечения ХБС;
- основы паллиативного химио-лучевого лечения;

- ведущие симптомы, синдромы и осложнения, сопровождающие течение опухолевого процесса в его терминальной фазе;
- методы детоксикации: лекарственные, аппаратные;
- принципы десмургии.

*Врач центра ПП должен владеть:*

- техникой выполнения плевральных пункций, лапароцентезов, в том числе с внутриполостным введением цитостатиков;
- методами регионарного обезболивания;
- навыками постановки перидуральных катетеров;
- лекарственными и аппаратными методами детоксикации;
- медикаментозными методами купирования ХБС;
- методами психологической поддержки больного и родственников во все периоды пребывания его в стационаре и дома;
- методами остановки кровотечения и наложения повязок;
- хирургическими операциями: туннелизация опухолей, эндопротезирование, наложение обходных анастомозов и стом, удаление распадающихся опухолей наружных локализаций.

Вторым (районным) уровнем системы являются центральные районные больницы, на базе которых оказывается догоспитальная и стационарная помощь преимущественно жителям районных центров и urgentная помощь больным IV клинической группы сельских Советов (Администраций) (рис. I.2.9.5).

Основными задачами данного уровня являются:

- изучение состояния паллиативной медико-социальной помощи инкурабельным онкологическим больным в районе и внедрение форм и методов, улучшающих ее качество;
- осуществление методического руководства лечебными учреждениями района по вопросам оказания паллиативной помощи;
- обеспечение паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований на догоспитальном этапе;
- повышение доступности стационарной специализированной медицинской помощи онкологическим больным в терминальной стадии;
- оказание социально-психологической поддержки больным и их родственникам;

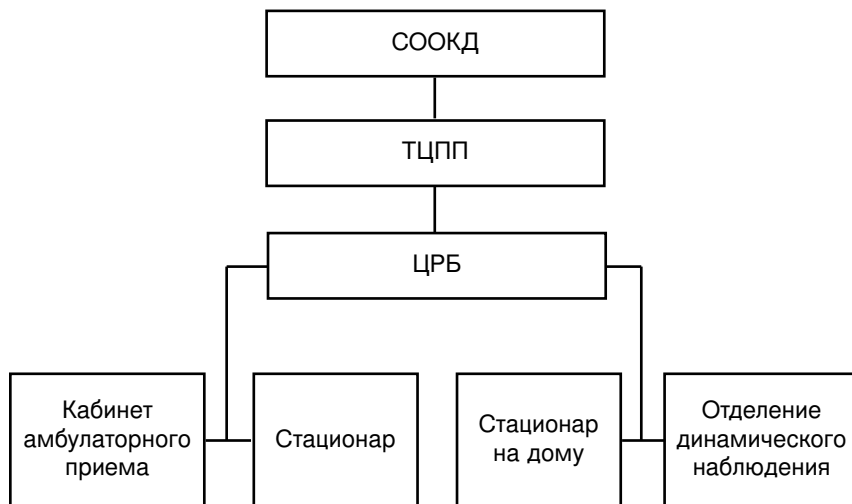


Рис. 1.2.9.5. Схема организационной структуры II (районного) уровня паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в Смоленской области.

- обучение родственников основным приемам ухода за тяжелыми больными.

*Требование к квалификации врачей II уровня системы:*

- специализация на базе ТЦПП.

*Врач должен знать:*

- клиническую картину злокачественных опухолей основных локализаций;
- основные симптомы, синдромы и осложнения, сопровождающие течение опухолевого процесса в его терминальной фазе;
- организационные аспекты оказания паллиативной помощи БРФЗНО;
- методы лечения ХБС (медикаментозные, инвазивные);
- методы лекарственной детоксикации;
- принципы десмургии.

*Врач должен владеть:*

- медикаментозными и инвазивными (блокады) методами лечения ХБС;
- хирургическими операциями: наложение обходных анастомозов и стом, удаление распадающихся опухолей наружных локализаций;
- техникой проведения плевральных пункций и лапароцентезов;
- методами остановки кровотечения и наложения повязок;
- методами психологической поддержки больного и родственников во все периоды пребывания его в стационаре и дома.

Третьим (сельским) уровнем региональной системы паллиативной помощи служат участковые больницы и больницы сестринского ухода, в стационарах которых обеспечивается уход и лекарственное лечение хронического болевого синдрома у социально незащищенных больных с распространенными формами злокачественных новообразований (рис. 1.2.9.6). При наличии удовлетворительных бытовых условий оказание помощи проводится на догоспитальном этапе силами медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов.

*Требования к квалификации медицинских работников  
больниц сестринского ухода и фельдшерско-акушерских пунктов:*

- специализация по паллиативной помощи БРФЗНО на базе ТЦПП.

*Должен знать:*

- основные симптомы, синдромы и осложнения, сопровождающие течение опухолевого процесса в его терминальной фазе;
- методы ухода за тяжелобольными;
- фармакотерапию ХБС;
- десмургию;
- принципы психологической поддержки больного РФЗНО и их родственников.

*Должен владеть:*

- медикаментозными методами лечения ХБС;
- приемами ухода за тяжелыми больными;

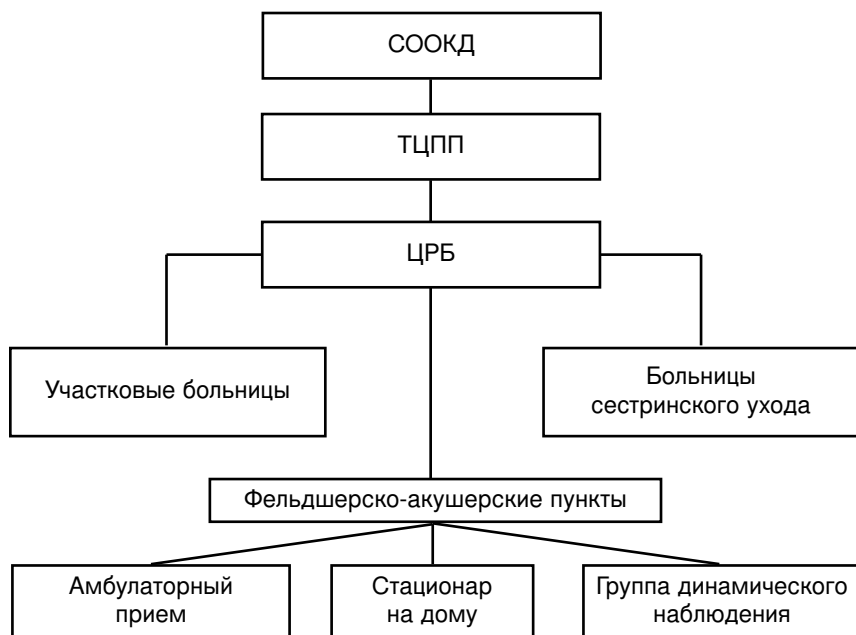


Рис. 1.2.9.6. Схема организационной структуры III (сельского) уровня системы паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в Смоленской области.

- наложением повязок;
- методами психологической поддержки больного и родственников во все периоды пребывания его в стационаре.

Осуществление рекомендуемых организационных, диагностических и лечебных мероприятий позволит улучшить качество жизни больных с распространенными формами злокачественных новообразований, что в определенной степени будет способствовать увеличению продолжительности их жизни.

### **1.2.10. ОРГАНИЗАЦИЯ УЧЕТА БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ**

Злокачественные новообразования представляют собой серьезную проблему современности, так как в ней сконцентрировались медицинские, социальные, биологические, демографические, технические, экономические и другие вопросы, прямо или косвенно связанные с ростом поражаемости населения этими заболеваниями и требующие для их решения объединения усилий специалистов различных областей фундаментальной и прикладной науки. Современная ситуация характеризуется в России не только изменением физико-химических показателей окружающей среды, но и значительными социально-экономическими сдвигами в жизни населения, изменениями исторически сложившегося социального уклада жизни, социально-бытовых и семейных отношений. При этом, объектом изучения медицинской науки должны являться вопросы распространения опухолей среди всего населения и отдельных групп, организации обследования и лечения этих больных с учетом сравнительной частоты опухолей различных локализаций и стадий, географических, возрастно-половых, профессиональных и других особенностей заболеваемости злокачественными новообразованиями и смертности от них, а также анализа эффективности системы противораковой борьбы.

В мировой популяции ежегодно регистрируют около 10 млн. случаев злокачественных новообразований (без опухолей кожи за исключением меланомы). Из них в развитых странах — 48%. Абсолютное число случаев заболевания в мире постоянно растет. Основной причиной является рост численности населения планеты и увеличение продолжительности жизни. Имеется тенденция к росту общей заболеваемости мужчин и слабому снижению у женщин. Снижение заболеваемости женщин обусловлено заметным уменьшением заболеваемости раком шейки матки в развивающихся странах (в развитых странах заболеваемость опухолями этой локализации снизилась в предшествующие годы). По всей видимости, этот феномен временный, в дальнейшем за счет других локализаций возобновится рост заболеваемости. Определяются несомненные тенденции роста заболеваемости у женщин и мужчин опухолями легкого, прямой кишки, лимфопролиферативными заболеваниями. У мужчин прирост заболеваемости обуслов-



лен также раком предстательной железы, у женщин — молочной железы. Злокачественные новообразования различных локализаций имеют собственную картину географического распределения.

В России с начала 90-х годов ежегодно регистрируют более 400000 случаев злокачественных новообразований (в 1997г. — 430635). Отмечен перманентный рост абсолютного числа заболевших на фоне снижения численности населения. Злокачественные новообразования занимают второе (после сердечно-сосудистых заболеваний) место в структуре причин смерти населения России.

Ведущими локализациями в структуре заболеваемости населения России злокачественными новообразованиями (здесь и далее данные 1997г.) являются: опухоли трахеи, бронхов, легкого (15,3%), желудка (11,9%), кожи (10,4%, с меланомой — 11,7%), молочной железы (9,4%), ободочной кишки (5,5%), прямой кишки, ректосигмоидного соединения и ануса (4,5%), лимфатической и кроветворной ткани (4,4%), тела матки (3,3%), поджелудочной железы (3,0%), шейки матки (2,8%), почек (2,7%), яичников (2,6%).

Рост заболеваемости отмечают во всех возрастных группах, однако у мужчин преимущественно в возрасте старше 60 лет, у женщин — в возрасте свыше 50 лет. При этом прирост показателя заболеваемости женщин почти в 2 раза выше, чем мужчин. В 1997г. показатели заболеваемости мужчин достигли 306,8, женщин — 208,9. Стандартизированные — 272,9 и 179,1 соответственно.

Основные тенденции динамики таковы: имеется рост показателей заболеваемости опухолями почек, предстательной, щитовидной, молочной желез, мочевого пузыря, тела матки, ободочной и прямой кишки, глотки, соединительной ткани, головного мозга, кожи, поджелудочной железы, костей и суставных хрящей, меланомы. В то же время отмечено снижение уровней заболеваемости ЗНО губы, желудка, шейки матки, пищевода, гортани, печени.

Наиболее распространенное злокачественное новообразование в мире — рак легкого. Ежегодно диагностируют около 1 млн. больных раком легкого, из них 61% — в развитых странах. Заболеваемость и смертность от рака легкого резко возросли в сравнении с их уровнем в начале века. Доля рака легкого в структуре заболеваемости населения мира — 11,8% (Россия — 15,2%), у мужчин — 17,6% (Россия — 26,1%). Рост заболеваемости во многих странах Европы, всех постсоветских странах, Австралии, Новой Зеландии, Западной и Юго-Восточной Азии носил на протяжении 60-80-х годов характер эпидемии. В большинстве стран заболеваемость раком легкого выше в городских, чем в сельских районах, у муж-

чин выше, чем у женщин. В целом эти показатели коррелируют с уровнями распространенности курения в период за 10 лет до диагностики. Распространенность курения среди мужчин и женщин, тип и число выкуриваемых сигарет, возраст начала курения, его продолжительность, доля курильщиков в популяции являются важными определяющими геокультурных вариаций заболеваемости раком легкого.

Имеются свидетельства о существенных отличиях чувствительности к воздействию канцерогенов в разных этнических группах, обусловленные отличиями метаболизма продуктов курения. Самые низкие показатели отмечены в группе лиц индийского, латиноамериканского, японского происхождения. Наиболее высокие показатели отмечены для афроамериканцев, гавайцев и белых нелатиноамериканского происхождения. Чувствительность женщин к канцерогенам табака почти в 2 раза выше, чем у мужчин. Отношения между продолжительностью курения и его интенсивностью описывают сложными математическими моделями, при этом в ряде исследований показано, что интенсивность курения, определяемая по числу выкуриваемых в день сигарет, имеет почти то же значение, что и продолжительность периода курения. Атрибутивный риск нарастает в 4 раза быстрее, чем продолжительность периода курения или его интенсивность. Этот эффект мультипликативен с экспоненциальной зависимостью риска рака легкого от возраста. Риск рака легкого определяет и тип потребляемого табака. Эффект курения с пониженным содержанием смолы веществ и никотина до сих пор детально не исследован, однако снижение риска по сравнению с потребителями низкосортных видов табака доказано. Исследования, проведенные в Западной Европе, продемонстрировали значительное (20-70%) снижение риска рака легкого у курильщиков, употребляющих сигареты с фильтром. Бывшие курильщики никогда не достигают того базового уровня риска рака легкого, который определен для группы никогда не куривших. Риск развития рака легкого у пассивных курильщиков превышает базовый уровень на 70,0%. Результаты этих работ явились мотивацией для принятия мер по запрещению курения в общественных местах во многих странах. Существенно влияние рассмотренных выше профессиональных факторов, канцерогенных химических соединений, физических факторов.

Низкие уровни заболеваемости регистрируются в популяциях, где в течение длительного периода ведут борьбу с курением. Заболеваемость раком в России — одна из самых высоких в мире: более 60 из 90 территорий России имеют показатель заболеваемости выше 60 на 100 тыс. И хотя с 1985г. наблюдают некоторое сниже-

ние заболеваемости (и, соответственно, смертности), это обусловлено изменением возрастной структуры и когортным эффектом. Через 10 лет по всем прогнозам в России неизбежен рост заболеваемости в связи с ростом распространенности курения (в том числе среди женщин), несмотря на переход на более легкие виды табака.

Рак желудка в развитых странах — достаточно редкое заболевание. Тем не менее, это вторая по частоте встречаемости опухоль как в мире, так и в России (11,9%). В развивающихся странах рак желудка — главная причина онкологической смертности мужчин и вторая по значимости причина смерти женщин. Третью часть всех ЗНО желудка регистрируют в Китае, где он остается самой распространенной опухолью, как и во всей Восточной Азии. Высокие показатели отмечены в Японии, низкие в Северной и Западной Африке. На 67 территориях России заболеваемость мужского населения в 1997 году выше 30,0 на 100 тыс., на 54 территориях у женщин показатель превышает 15,0. Снижение заболеваемости происходит значительно медленнее, чем в Центральной, Западной Европе и Америке. В 1997 году зарегистрировано более 51000 новых случаев заболевания. Соотношение мужчины/женщины выше в популяциях с высокой заболеваемостью. Снижение заболеваемости констатируется во всех возрастных группах, за исключением возрастной группы до 30 лет, но этиопатогенетически это — другой рак, имеющий в значительной мере генетическую обусловленность.

Рак колоректальной зоны — второе место по распространенности ЗНО в развитых странах. Наиболее высокая заболеваемость зарегистрирована в США. В России опухоли этой локализации занимают третье место (9,9%) в структуре заболеваемости. В 1997 году было выявлено 19436 случаев рака прямой и 23865 — рака ободочной кишки. Абсолютные числа заболевших и грубые показатели выше у женщин, стандартизованные — у мужчин, вследствие того, что повозрастные показатели выше у молодых женщин и старых мужчин.

Рак пищевода имеет значительный разброс показателей, у мужчин отмечена разница в 30-40 раз между популяциями с высоким риском в Южной Африке и с низким риском в Западной Африке. Для женщин выявлены 20-кратные различия между Южной Африкой и Китаем, с одной стороны, и странами Восточной Европы, с другой. В России показатель заболеваемости мужчин — 7,9. В России есть территории, эндемичные по раку пищевода (Тыва, Якутия, Астраханская область). В целом на протяжении 90-х годов отмечается слабое снижение показателей заболеваемости.

Локализация, для которой отмечен повсеместный рост заболеваемости, рак молочной железы является наиболее распространенной опухолью у женщин в единой мировой популяции (19,1% — за счет развитых стран, исключая Японию). Уровни заболеваемости максимальны в Северной Америке (свыше 100), низкие — в Западной Африке и Азии. В России рак молочной железы занимает первое место в структуре заболеваемости женщин (18,4%). В возрастной группе 40-55 лет рак молочной железы — основная причина смерти женского населения. Активный рост заболеваемости отмечен во всех возрастных группах. «Грубый» показатель заболеваемости женского населения России ЗНО молочной железы возрос по сравнению с уровнем 1987 года на 35,3% и достиг 51,7.

Рак шейки матки занимает второе место в структуре онкологической заболеваемости женского населения планеты (11,6%). В России злокачественные опухоли шейки матки составляют 5,4% всех новообразований у женщин. Показатель заболеваемости — 10,7 на 100 тыс. женского населения. Уровни заболеваемости в мире имеют большую амплитуду, наблюдаются двадцатикратные отличия. Рак шейки матки является наиболее распространенной нозологической формой рака у женщин и главной причиной онкологической смертности в развивающихся странах. Около 1/4 случаев регистрируют в Южной Азии. Повышение уровня социально-экономического развития общества сопряжено со снижением заболеваемости. Наряду со значением скрининга первостепенную важность в снижении риска заболевания имеют такие факторы, как внедрение гигиенических навыков, изменения стереотипов сексуального поведения. В России на протяжении последних десятилетий наблюдается снижение заболеваемости, в большей степени выраженное в старших возрастных группах. При этом с учетом когортного эффекта прогноз заболеваемости в различных возрастных группах женского населения России неоднозначен. В возрастных группах 30-39 и 40-49 лет отмечают как некоторый рост заболеваемости, так и, что весьма неблагоприятно, смертности.

Рак тела матки составляет 4% ЗНО у женщин в мировой популяции, занимает четвертое место в структуре заболеваемости женского населения России (6,5%). Показатель заболеваемости в 1997 году составил 12,2 на 100 тыс. В развитых странах повсеместно наблюдается рост заболеваемости. Аналогичная ситуация и в России.

Ежегодно в мире диагностируют 170000 случаев рака яичников, что составляет около 4,3% всех ЗНО у женщин. Удельный вес рака яичников в структуре онкологической заболеваемости жен-

щин в России — 5,1%. Наиболее высокие показатели отмечают в Северной Америке и других развитых странах (за исключением Японии). Рак предстательной железы занимает четвертое место в общей структуре онкологической заболеваемости мужчин (7,0%) в мировой популяции. Ежегодный прирост заболеваемости в мире — около 3%. Высокая заболеваемость характерна для развитых стран в Северной и Западной Европе, Австралии, Новой Зеландии. При этом в Европе регистрируют показатели, составляющие 1/3-1/2 выявляемых в США.

Рак щитовидной железы составляет около 1% в структуре онкологической заболеваемости населения планеты. Для него характерна необычная кривая возрастного распределения, около 10% случаев выявляют у лиц младше 20 лет. Высокие показатели заболеваемости отмечают в Исландии и на Гавайях. В остальных популяциях уровни заболеваемости мужчин — 1-2, женщин — 2-6 на 100 тыс. населения соответствующего пола.

Рак мочевого пузыря значительно чаще регистрируют у мужчин (соотношение 3/1). Чаще выявляют в развитых странах (за исключением бывших республик СССР, Японии). В России этот показатель равен 2,6% от числа всех новообразований. Отмечен рост заболеваемости преимущественно в старших возрастных группах. «Грубый» показатель достиг 7,5.

Будучи объединенными под одной рубрикой в большинстве классификаций, ЗНО представляют собой комплекс более чем 200 заболеваний, имеющих как ряд общих характеристик, так и существенные особенности этиологии, патогенеза, клинического течения и прогноза.

Злокачественные новообразования — проблема высокой социальной значимости. Они ведут к утрате трудоспособности значительной части общества. Тяжелое течение, неблагоприятный прогноз многих нозологических форм обуславливают возникновение сложного комплекса социальных, психологических, деонтологических и нравственных проблем. Многообразие последних и слабая детерминированность факторов риска выводят злокачественные новообразования за рамки сугубо медицинской проблемы.

Злокачественная опухоль — это все-таки не судьба, а диагноз. Диагноз серьезного заболевания, трудного и для врача, и для больного, но требующего лечения. Собственный и мировой опыт свидетельствует, что при I-II стадии опухолевого процесса показатель 5-летней безрецидивной выживаемости составляет 80-90%. У этих пациентов мы не просто преследуем цель излечения, но добиваемся сохранения хорошего качества жизни и минимальной инвали-

дизии за счет органосохраняющего и функциональнощающего лечения. Достаточно сказать, что МНИОИ им. П.А. Герцена наблюдается более 200 детей, рожденных женщинами, излеченными от ЗНО гениталий. В то же время при III стадии опухолевого процесса показатель 5-летней выживаемости снижается в среднем до 40-50%, несмотря на то, что в большинстве случаев применяется калечащее, сложное и дорогостоящее лечение.

При этом, по данным изучения онкологической заболеваемости в отдельных популяциях, этнических группах, весьма актуальной является разработка и реализация программ паллиативной реабилитации больных с распространенными формами злокачественных новообразований, так как в России этот контингент больных пока остается достаточно большим.

Количество больных с запущенными формами рака формируется как из впервые выявленных (19-20%), так и из поступающих повторно по поводу рецидива либо метастазов. Это особенно важно, если учесть, что злокачественные новообразования по-прежнему занимают одно из первых мест в структуре летальности населения многих стран мира.

Анализ динамики статистических показателей онкологической службы Российской Федерации свидетельствует о прогрессивном увеличении данного контингента больных. Доля этих пациентов от числа всех зарегистрированных по поводу злокачественных новообразований (ЗНО) составила в России в 1990г. 21,9%, в 1994 — 22,4%, а в 1998 г. — 25%.

Это диктует необходимость более широкого использования возможностей областного популяционного ракового регистра для коррекции учета БРФЗНО.

В ходе практической реализации медицинской регистрационно-аналитической системы (организации популяционного и больничного регистров) злокачественных новообразований необходимо выполнить следующие мероприятия:

- подготовку первичных документов и инструкций по их заполнению;
- разработку программно-математического обеспечения по ведению базы данных и первичному анализу информации;
- организацию системы сбора и заполнения первичных документов с параллельной экспертизой;
- апробирование системы регистра на ограниченном контингенте;
- коррекцию выявленных ошибок и неточностей на всех этапах функционирования системы, вплоть до изменения первичных документов;

- разработку программно-аналитического блока системы регистра;
- ввод всей системы регистра в эксплуатацию.

При организации ракового регистра необходимо придерживаться основных требований Международной Ассоциации раковых регистров по ведущим признакам программы наблюдения, т.е. использовать все международные классификаторы (МКБ-9, МКБ-10, TNM и др.). Стержнем системы должен являться полный классификатор гистологических типов опухолей на основе МКБ-10 второго пересмотра. Работа популяционного ракового регистра обеспечивает ведение и контроль следующих баз данных:

- база данных (БД) больных, взятых на учет с диагнозом злокачественного новообразования, впервые в жизни установленным в отчетном году (ведется по дате взятия на учет);
- БД контингентов онкологических больных, живых по состоянию на 31.12. отчетного года (независимо от года постановки на учет);
- БД умерших (в том числе от других причин смерти);
- БД детских контингентов;
- БД больных с первично-множественными опухолями;
- БД больных IV клинической группы учета.

Все указанные БД в конечном счете сведены в единую.

Программно-методическое обеспечение работы популяционного ракового регистра решено усилиями лаборатории онкологической статистики НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова и лаборатории медицинской кибернетики ГКНТ «Модуль». Компьютерная программа написана на основе лицензионной программы СУБД Fox Pro, v.2.0 в обычном и сетевом варианте, что обеспечило возможность одновременного ввода и обработки информации несколькими операторами и позволило врачам онкодиспансера и лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) области оперативно получать достоверные сведения о каждом пациенте.

В настоящее время создана двухуровневая система (областной и районный), полностью решающая все традиционно стоящие перед онкослужбой задачи информационного плана, диспансерного наблюдения, сверки данных обоих уровней, автоматизированный расчет показателей заболеваемости и смертности, формирования государственной отчетности.

В течение 3-х лет проведена большая организационная работа: выяснялись данные прошлых лет о проведенном лечении, результатах гистологического исследования, отслеживалась достоверность данных о контингенте, находящемся на диспансерном учете, налаживалась работа по учету умерших и выдаче свиде-

тельств о смерти. В настоящее время основным носителем данных является информационная карта больного злокачественным новообразованием (ф. № 30-6-pp), которая является преемником и полностью поглощает «Контрольную карту диспансерного наблюдения» (ф. № 30-6/у). В новую карту были, прежде всего, добавлены или уточнены признаки, формирующие государственную отчетность, а также минимальное число обязательных признаков первичных документов раковых регистров по международному стандарту, таких, например, как «причина смерти больного».

Информационная карта включает 52 признака. Предусмотрены поля для отметки о патронаже и проведении диспансерных осмотров. Изданные научно-исследовательским институтом (НИИ) онкологии им. проф. Н.Н. Петрова и ППР Санкт-Петербурга инструктивно-методические указания по заполнению и кодированию формы № 30-6-pp (СПб-1994) обеспечивают стандартную обработку карты. Код административной территории России проставляется для всех карт автоматически.

Внедрение формы № 30-6-pp помогает сократить непроизводительные затраты по составлению «Протокола запущенности», так как предусматривает специфические параметры. Появилась возможность отмены в специализированных онкологических учреждениях и больницах, имеющих лицензию на лечение больных с новообразованиями, «Извещения», как малоинформативного документа. Целесообразнее передавать онкологу сведения о вновь выявленном больном на «Информационной карте» и форме № 27-онко, так как они содержат практически весь перечень сведений для регистра, что в дальнейшем на районном уровне может обеспечить компьютерный контроль объема и качества лечения.

В настоящее время унифицированная программа единой системы ПРР кроме Смоленской области внедрена НИИ онкологии им. проф. Н.Н. Петрова (Санкт-Петербург) во Владимирской, Мурманской, Томской, Самарской, Ярославской, Читинской, Псковской, Магаданской областях, в Карелии, в Алтайском и Краснодарском краях, в Татарстане и Удмуртии. Таким образом, единая система начала реализовываться на многих территориях России с населением более 30 млн. человек, где ежегодно регистрируются около 100 тыс. новых случаев злокачественных опухолей.

Преимущества предлагаемой системы:

- объединение в одном комплексе госпитального и популяционного ракового регистров;
- расширение районного звена до уровня контроля объема и качества лечения, динамического наблюдения больных;



- современная методологическая основа классификаторов;
- максимальные удобства для пользователя;
- современная лицензионная СУБД;
- преемственность-сохранение ранее существующей БД;
- новый первичный документ, учитывающий все особенности формирования государственной отчетности и стандарты Международной ассоциации раковых регистров;
- создание предпосылок для формирования на компьютерной основе единой сопоставимой на международном уровне системы данных;
- предоставление комплекса методических указаний;
- получение аналитической компьютерной программы, оценки деятельности онкослужбы, в том числе с использованием графики (предоставлена возможность графического вывода фильтрованной базы, а также формирования графического образа по стандартному запросу).

Данный комплекс программно-математического обеспечения системы регистрации злокачественных новообразований является распределенной информационной системой, позволяющей не только поддерживать учетно-отчетный уровень общепринятой медицинской статистики, но и находить решение различных научно-практических задач.

Используя сведения базы данных противоракового регистра мы проводим анализ заболеваемости, смертности, одногодичной летальности, выживаемости по всем нозологиям в любом районе г. Смоленска и Смоленской области за определенный период времени. Полученные сведения оформляются графически и в виде таблиц. В связи с созданием в области региональной системы паллиативной помощи представилась возможность иметь полные данные о рецидивах, прогрессах и переходах больных в IV клиническую группу учета с последующим представлением сведений в организационно-методический кабинет территориального центра для дальнейшего наблюдения и оказания помощи этой категории больных на всех уровнях системы. На первично выявленного больного ЗНО IV клинической группы учета заполняются:

- информационная карта больного злокачественным новообразованием (форма № 30-6-pp — популяционный раковый регистр);
- протокол на выявление у больного запущенной формы злокачественной опухоли (клиническая группа IV) (форма № 54);
- выписка из истории болезни стационарного больного со злокачественной опухолью (форма № 27-онко).

Информация на переведенных больных из других клинических групп учета в IV клиническую группу передаются списком по форме:

- Ф.И.О. (полностью), год рождения, адрес;
- диагноз;
- наименование лечебного учреждения, где был поставлен диагноз;
- лечебное учреждение, где больной лечился по поводу данного заболевания; объем проведенного лечения;
- на основании чего был поставлен диагноз (R-графия, УЗИ, гистологическое заключение и др.);

На умерших заполняется выборная карта (форма № 374), либо сведения передаются списком по форме;

- ФИО (полностью), год рождения, адрес;
- диагноз;
- дата смерти;
- причина смерти.

Все данные о больных, переведенных из других клинических групп и умерших, передаются ежемесячно до 5-го числа следующего месяца, подписанные заместителем главного врача по лечебной работе и заверенные печатью лечебного учреждения.

IV клиническая группа учета подтверждается консультативным советом онкологического диспансера (ОД), после полного дообследования больного. При невозможности направить больного в ОД из-за тяжести состояния, IV клиническая группа устанавливается в ЛПУ по месту жительства на основании решения консультативно-экспертной комиссии (КЭК) после заключения онколога.

Такой организационно-методический подход обеспечивает преемственность в работе центра и территориальных лечебно-профилактических учреждений. Организация областного популяционного ракового регистра изменяет принцип работы от пассивного ожидания поступления документов на больных к активному контролю, ужесточению требований к их качеству, полному и точному заполнению главных реквизитов. В раковом регистре данные на больных хранятся и анализируются постоянно, что позволяет устранить недоучет больных с IV клинической группой.

Популяционный раковый регистр и Консультативный совет (рис. 1.2.10.1.), деятельность которых определяет объективный учет и рациональный лечебный маршрут больных IV клинической группы в подразделениях, включены в региональную систему паллиативной помощи.

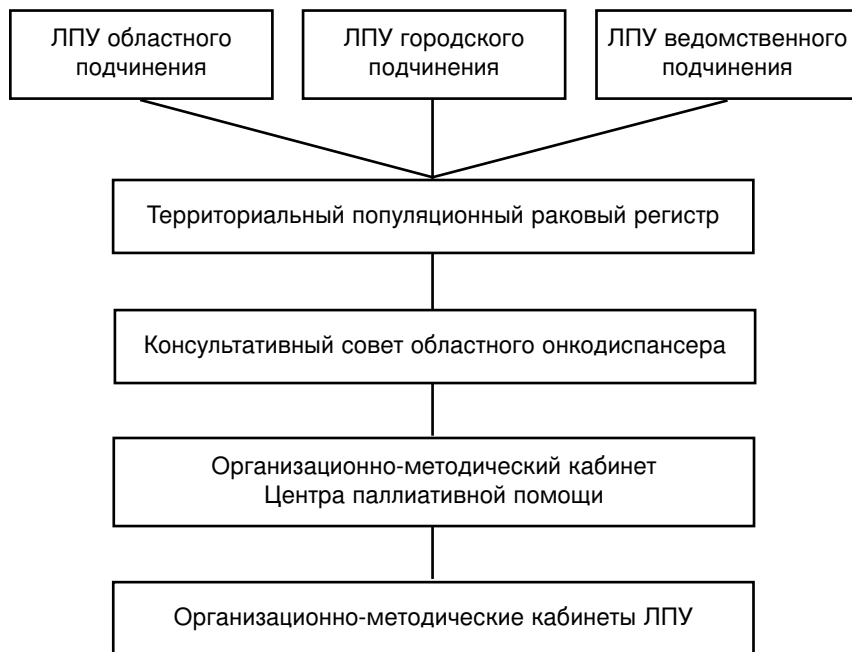


Рис. 1.2.10.1. Информационная система региональной системы паллиативной помощи

Основными задачами территориального популяционного ракового регистра в региональной системе паллиативной помощи являются:

- контроль объективности учета больных; обеспечение преемственности в работе территориального центра паллиативной помощи с лечебно-профилактическими учреждениями города и области;
- автоматизированный расчет показателей;
- формирование государственной отчетности;
- предоставление комплекса методических указаний.

В функции консультативного совета включено:

- определение объема диагностических исследований для определения степени распространенности опухолевого процесса;

- подтверждение обоснованности распределения онкологических больных по группам учета;
- разработка индивидуальных планов паллиативной помощи БРФЗНО;
- определение лечебного маршрута в подразделениях системы для реализации составленных планов терапии.

С помощью базы данных регистра установлено, что 61,5% больных IV клинической группы (табл. I.2.10.1) составляют лица, ранее перенесшие комбинированное или комплексное лечение по поводу рака.

*Таблица I.2.10.1*

**Соотношение впервые выявленных больных ЗНО IV клинической группы учета и переведенных из других клинических групп**

Всего больных IV клинической группы, состоящих на учете (1999-2000 гг.)	Впервые выявленные больные ЗНО IV клинической группы (1999-2000 гг.)		Переведено из других клинических групп (1999-2000 гг.)	
	абс.	%	абс.	%
4445	1712	38,5	2733	61,5

Кроме того, в штат канцеррегистра введена должность морфолога, что позволило упорядочить учет больных за счет коррекции необоснованного занижения (11,2%) или завышения (27,1%) степени распространенности опухолевого процесса (табл. I.2.10.2).

Этому способствовал анализ подтверждения степени распространенности опухолевого процесса у больных IV клинической группы (табл. I.2.10.3).

Проведенная работа создает предпосылки объективной оценки деятельности онкослужбы на основе показателей выживаемости (наблюдаемой, скорректированной, относительной) с учетом пола, возраста, стадии распространенности заболевания по всем локализациям опухолей.

Онкодиспансер имеет опыт работы по автоматизированной диспансеризации больных.

Таблица I.2.10.2

**Результаты коррекции учета больных IV клинической группы по данным ОППР (1999-2000 гг.)**

Всего направлено больных с предполагаемой IV клинической группой	Установлено занижение степени распространенности процесса		Установлено завышение степени распространенности процесса		Подтверждена IV клиническая группа	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
6148	498	11,2	1205	27,1	4445	72,3

Таблица I.2.10.3

**Методы подтверждения степени распространенности ЗНО у больных IV клинической группы учета**

Год	Всего взято на учет	Подтверждено					
		морфологические методы		аппаратные методы		клинические методы	
		абс.	%	абс.	%	абс.	%
1992	931	438	47,0	390	41,9	103	11,1
1993	969	612	63,2	289	29,8	68	7,0
1994	844	519	61,5	285	33,8	40	4,7
1995	942	564	59,9	318	33,8	60	6,3
1996	881	518	58,8	259	29,4	104	11,8
1997	940	576	61,3	242	25,7	122	13,0
1998	905	680	75,2	150	16,5	75	8,3
1999	807	642	79,6	111	13,7	54	6,7

Для учета диспансерного осмотра больных нами разработан талон «амбулаторного пациента», информация с которого вводится в амбулаторный регистр с последующей передачей в раковый регистр.

Кроме того, ежемесячно посредством «Модем» каждому онкологу района и г.Смоленска предоставляются списки больных, которые должны пройти диспансерный осмотр. Данные о проведении диспансерного осмотра передаются (в конце месяца) в регистр.

В результате динамического наблюдения плановости вызовов больных на осмотр, активность диспансеризации возросла на 50-60%, улучшилось ее качество; учет первично-множественных опухолей, рецидивов и прогрессов заболевания.

При анализе выживаемости онкологических больных, лечившихся в различных ЛПУ города и области, появилась возможность оценки эффективности проведенного лечения за пятилетний промежуток времени.

Установлено, что каждый четвертый впервые выявленный больной не подлежит радикальному лечению, и 36,3% из них умирают в течение года с момента установления диагноза. 46,3% больных злокачественными новообразованиями, подвергавшиеся радикальному лечению, в последующие пять лет нуждаются в паллиативной помощи.

Для решения лечебно-тактических и организационных задач в клинической работе в 1998 году были разработаны и внедрены в практику программы госпитального и амбулаторного регистров. Обе программы составляют единый комплекс.

Госпитальный регистр:

- автоматизированное рабочее место ведения выбывших из стационара;
- создание и обработка статистической отчетности о работе стационара;
- анализ первично-множественных опухолей;
- анализ видов лечения по каждой нозологии;
- анализ типов осложнений после оперативного лечения;
- анализ течения заболевания (полная ремиссия, частичная ремиссия, стабилизация, рецидив, прогресс);
- расчет статистических показателей по произвольным группам признаков;

Амбулаторный регистр:

- автоматизированное рабочее место ведения картотеки приема больных поликлиники;
- анализ работы всех служб поликлиники;

- анализ работы консультативного совета;
- расчет статистических показателей по произвольным группам признаков.

Следующим этапом развития информационной компьютерной системы является объединение программы «Популяционный раковый регистр» «Госпитальный и Амбулаторный регистры» в единую сеть.

В целом, можно сделать вывод, что в результате внедрения вышеперечисленных регистров повысилась оперативность управления онкологической службы области, улучшилась преемственность в работе между ЛПУ, значительно снизилась трудоемкость обработки первичной медицинской документации, резко увеличилась достоверность статистических данных.

Таким образом, внедрение в практическое здравоохранение популяционного ракового регистра и всех элементов системы паллиативной помощи (рис. 1.2.10.1), приведет: к упорядочению учета больных за счет коррекции необоснованного занижения или завышения степени распространенности опухолей, к определению рационального лечебного маршрута пациентов в подразделениях системы, к снижению нагрузки на городскую общелечебную сеть, к уменьшению количества непрофильных выездов бригад «скорой медицинской помощи» к больным IV клинической группы, к сокращению количества жалоб пациентов и их родственников.

## **I.3. ФИЛОСОФСКИЕ, ТЕОЛОГИЧЕСКИЕ И ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ МЕДИЦИНЫ**

### **I.3.1. ФИЛОСОФСКИЕ ВОПРОСЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

#### *Содержание:*

- *Введение.*
- *Человек как предмет философии и медицины.*
  - Человек в зеркале философии.
  - Медицина как феномен культуры.
  - Паллиативная онкология, смысл и содержание ее деятельности.
- *Проблема жизни и смерти: философско-антропологический аспект*
  - Подход к проблеме.
  - Проблема смерти в медицине и культуре.
  - Осмысление феномена смерти в современной культуре.
  - Классическая и неклассическая концепция смерти.
- *Мировоззренческие аспекты паллиативной терапии: от культуры смерти к культуре умирания*
  - Клинические эффекты умирания и паллиативная терапия.
  - Мировоззренческий смысл психотерапии в паллиативной онкологии.



## Введение

Онкология — сама по себе одна из самых драматичных областей медицины. Когда же речь идет о паллиативной онкологии — о той области онкологии, где «отказывают» технологии радикального лечения, и где в известной степени «медицина бессильна», — эта драматичность качественно возрастает: вместе с чисто медицинскими проблемами лечебной тактики и организационного обеспечения здесь неизбежно возникают вопросы о жизни и смерти, о смысле этих понятий, о сущности и назначении человека, о загадках бытия и т.д., то есть вопросы предельно-сущностного, метафизического, философского порядка. И в этом случае философия сливается с медициной.

Надо сказать, что философия и медицина не чужды друг другу, хотя философия — это преимущественно сфера теории, тогда как медицина — это, прежде всего, область практической деятельности и практически ориентированного, прикладного знания. У них один и тот же предмет изучения — человек, но философия рассматривает человека в мировоззренческом ключе — с точки зрения включенности его в бытие, в мир, в Универсум, а медицина исследует человека в плане его здоровья как единства телесного, духовного и социального благополучия и с точки зрения способа восстановления этого благополучия.

Однако, философия и медицина обладают гораздо большим родством, чем представляется на первый взгляд. Дело в том, что и медицина, и философия берут свои начала из единого основания, являются производными одного и того же начала: это феномены человеческой культуры, человеческого общества. Культура — это то, что принадлежит только миру людей, что вносится в природу только человеком. Культура — это специфически человеческое явление. И потому для того, чтобы понять и проникнуть в сущность медицины, чтобы прояснить уникальность ее роли в составе культуры, необходимо начать с осмысления проблемы человека.

### Человек как предмет философии и медицины

#### *Человек в зеркале философии*

Философия — это сфера общественного сознания и духовной деятельности, направленная на научную постановку, анализ и решение мировоззренческих проблем, предполагающих целостное рассмотрение мира и места человека в нем. С точки зрения философии, целостность мира, то есть бытия, образована совокупностью трех его компонентов: природы, общества и человека.

На целостное постижение мира претендует также религия, достаточно мощная мировоззренческая система, которая вводит в свою картину мира еще один компонент — религиозный Абсолют в лице Бога. Однако, религия принципиально не носит научного характера, поскольку всегда предполагает чрезмерно общее, абстрактное понимание бытия (воспринимает его, так сказать, «не разжевывая»), тогда как философия вырабатывает предпосылки конкретизированного — научного, выраженного в законах — понимания мира. Философия создает теоретические системы координат, в которые затем люди включают знания о мире и о самих себе.

В истории философии сложились две традиции в понимании ее назначения. Согласно первой утверждается, что задача философии — мыслить о всеобщем, выявлять наиболее общие законы природы, общества и человеческого мышления. Эту задачу философы Платон и Гегель решали с идеалистических позиций, а согласно Энгельсу она решается на материалистических принципах через поиски практически-деятельностных оснований развития природы, общества и человека. Другая традиция, в наиболее завершенном виде высказанная Иммануилом Кантом, утверждает, что задача философии заключается в поисках ответов на три вопроса: Что я могу знать? Что я должен делать? На что я могу надеяться?

Но, по сути, эти две традиции не противоречат друг другу. Более того, они пересекаются в точке, которая именуется как «человеческое мышление». Ведь из всех живых существ постигать всеобщее способен только человек; космос, Универсум, звезды существуют для наделенного разумом человека с самых первых этапов его существования, но их нет для животных, замкнутых в рамках своей биологической непосредственности. Родовое определение человека звучит, как известно, *homo sapiens* — «человек разумный». Следовательно, главная проблема философии (проблема, сквозь призму которой выявляются законы всеобщего и конкретной человеческой судьбы) звучит так: что такое человек? И для решения этой проблемы философия исследует и выявляет закономерности исторического возникновения и функционирования способности человеческого разума к мышлению — к постижению всеобщего. Рассматривая сменяющие друг друга в ходе истории и развития культуры представления о человеке, об истоках его разумности, она отделяет вторичные, преходящие стороны и проявления человеческого мышления от главных, постоянных. Таким образом, философия постепенно формулирует фундаментальные законы становления человека, как Человека — как подлинно ра-

зумного существа. Философия формируется на основе историко-генетического подхода.

Поэтому рассмотрение проблемы человека в философии невозможно без хотя бы краткого исторического обзора основных направлений в трактовке этой темы.

Та или иная модель человека всегда, так или иначе, присутствует во всех проявлениях деятельности людей, поскольку все существующее в мире природы открывается человеку не как бытующее само по себе, но как пришедшее с ним в контакт, как освоенное человеческими знаниями и опытом. Но целенаправленно, осознанно человек помещается в фокус теоретического рассмотрения только у философов Древней Греции, начиная с Сократа, точнее с сократического периода в истории античной философии. Античная философия вообще очерчивает весь круг антропологической тематики, и поэтому на данном этапе развития человеческой мысли следует остановиться немного подробнее.

Время Сократа (пятый век до нашей эры) — период кризиса древнегреческого полиса (города-государства) вследствие объективного расширения социальных и экономических связей и распада прежнего, примитивного единства индивида и общества. Становление отдельного, более самостоятельного и индивидуализированного члена полиса выразилось в учениях софистов, которые в лице своего лидера Протагора выдвинули тезис «Человек — мера всех вещей». При всей своей обоснованности такое чрезмерно общее определение вело к субъективизму и произволу, поскольку люди все разные — хорошие и плохие, добрые и злые — и не всякого человека можно избирать мерой вещей.

Сократ же, стремясь вернуть древнегреческое общество к прежнему, более примитивному, но и более монолитному сплочению (которое, в частности, помогло грекам одержать победу в греко-персидских войнах), попытался найти основу социального единства во внутреннем мире человека — в его душе, обращаясь к его разуму и совести. Однако, коллективистская установка Сократа пришла в противоречие с атомизирующими, объективно-центробежными социальными тенденциями того времени. Сократ был обвинен в развращении умов и осужден на смерть. В своих попытках выработать теоретическую модель такого социального устройства, которое могло бы вернуть обществу приоритет над интересами индивида, Платон и Аристотель создают и более сложную концепцию человека: противоречия между общественными и индивидуальными сторонами жизни людей проецируются в их теории на внутренний мир отдельного человека и предстают как разделенность его на душу и тело.

В дальнейшем, по мере приближения античной цивилизации к своему закату, индивидуализирующие тенденции в социальной жизни и в трактовке человека начинают преобладать. Особенно ярко это выразилось в учении Эпикура, который утверждал, что общество — это лишь среда для удовлетворения потребностей индивида, его желаний и стремлений, а прочную основу посреди разрушающегося внешнего мира человек может обрести только в самом себе или в узком кругу избранных («Сад Эпикура»).

Таким образом, античная философия в своем развитии впервые зафиксировала два полюса, в поле действия которых и разворачивается все многообразие трактовок человека в истории человеческой мысли: с одной стороны — индивидуальное, с другой — общественное начало в человеческом существовании.

В христианстве единый для всех людей принцип их совместного существования (10 заповедей) выразился в богочеловеческом образе Христа, но, получив чисто духовную, идеально-отчужденную трактовку, был перенесен на небо и противопоставлен реально-земной жизни людей. В дальнейшем религия догматизировала эту абстрактную версию человека как образа и подобия Божьего, и потому научно конкретизированное понимание человека вырабатывалось в полемике с религией и по мере критики наукой религиозных представлений о человеке.

Путь, пройденный наукой с XVII в., привел к накоплению колоссального объема антропологического знания, но в принципе все богатство обобщенного научкой материала может быть сведено к трем направлениям, каждое из которых по-своему обыгрывает соотношение двух определенных античной философией начал, закладывающих основы разумности в человеке: индивидуального (врожденно-природного, «биологического») и общественного (приобретенного в обществе, «социального»).

Первое направление восходит к концепции «естественного человека», которая была выдвинута в XVIII в. философами Французского Просвещения и рассматривала разум как присущее всем людям от рождения «естественное свойство», которое, определяя их равенство, закладывает и предпосылки их совместного «социального» существования. Данное направление включает самые разнообразные, исторически несинхронные концепции, такие, например, как представления о врожденных типах преступников Чезаре Ломброзо, теория З. Фрейда о бессознательном и либидо как концентрате биологических инстинктов, теория архитипов и коллективного бессознательного К.Г. Юнга, учение К. Лоренца о преобразуемой в обществе «природной» агрессивности человека и многие другие. Всех их объединяет положение о том, что общест-

во, социальная жизнь людей есть по сути результат развертывания и чисто количественного усложнения биологических задатков, заложенных в человеке природой. Культура здесь предстает как внешняя социальная среда, на фоне которой люди проявляют свои, по сути, животные, но «технически» преобразованные инстинкты.

Второе направление характеризует разум как продукт сложного взаимодействия биологического и социального в человеке, результат их «пересечения». Это так называемые концепции «биосоциальной сущности человека». Среди них наиболее известно учение о человеке Э. Фромма. Согласно ему, существование человека в основном детерминировано внешней, социально-культурной средой, однако, в глубине человеческой психики остается неизменным некое внутреннее биологическое ядро. Подобный комплексный подход, на первый взгляд, не лишен привлекательности, но его двойственность на самом деле является непродуктивной, поскольку не позволяет научно конкретизировать ни биологическую, ни социальную стороны в человеке, попеременно относя подлежащие объяснению явления то на счет социального влияния, то на счет биологических задатков, в результате не проясняя ни одного из них. Научное объяснение механизма взаимодействия этих двух начал должно быть сведено к единому принципу, который и очертил бы пределы их влияния друг на друга.

Третье направление представлений о сущности человека рассматривает его как сугубо социальное, пребывающее и проявляющее себя лишь в культуре существо. Это отнюдь не означает, что биологическое в человеке исчезает вовсе, полностью вытесняясь социальным; это значит, что биологические закономерности тут «снимаются» социальными, то есть включаются в их состав в новом, преобразованном виде и начинают действовать как интегрированная часть человеческой культуры. То есть проявлять себя подобно тому, как механические, физические и химические законы действуют в составе биологического организма. К данной группе теорий можно отнести прежде всего деятельностьно-орудийную теорию происхождения интеллекта Ф. Энгельса, да и в сущности всю антропологическую установку марксизма, согласно которой сущность человека «есть совокупность всех общественных отношений». Если же взять эту формулу за основу и рассмотреть ее не узко социологически, а более широко (в контексте учений о человеке в экзистенциализме, и особенно в философской антропологии XX в.), то человека следует определить как существо создающее и усваивающее культуру.

Исследования конкретных наук в XX в. (таких, как психология, этнография, антропология и др.) подтверждают данное положение. Достоверно научные наблюдения над такими явлениями, как «дети-волки» (когда ни одного из похищенных зверями и выросших в животном окружении детенышей человека не удалось вернуть в круг людей), не позволяют утверждать о какой-либо трансформации генетических задатков в разумно человеческие способности деятельности. А исследования советской психологической «культурно-исторической» школы Л.С. Выготского и А.Н. Леонтьева (и прежде всего успешные эксперименты по формированию мышления у слепоглухонемых от рождения детей, или лишенных зрения и слуха в раннем детстве, но посредством включения их в предметную социально выработанную деятельность ставших личностно-полноценными людьми) наглядно доказали, что основания человеческой разумности следует искать в общественно-исторической практике.

Человек — это социокультурное существо. Все специфически человеческие качества формируются в процессе усвоения им коллективного опыта, результатов деятельности предшествующих поколений, достижений материальной и духовной культуры человечества. Человек — это существо, создающее и усваивающее культуру, мыслящее в культуре и мыслящее культурой — к такому выводу к концу XX века подошла философская мысль в результате 2500-летней истории своего развития.

### *Медицина как феномен культуры*

Культура — это концентрат коллективного опыта людей, который по мере своего исторического развития и обогащения порождает свои конкретные проявления — феномены культуры — такие, как мифология, религия, наука, техника, нравственность, искусство, спорт и т.д., в том числе и медицину.

Поэтому не подлежит сомнению, что философия и медицина обладают единой траекторией своего становления и развития, разрабатывая по сути лишь разные аспекты той или иной исторически доминирующей антропологической модели. Разумеется, каждая из них, имея человека в качестве предмета исследования и воздействия, специфически, по-своему, подходит к человеку, выявляя в нем различные, не совпадающие друг с другом стороны и качества. Если философия рассматривает человека «в целом», как социокультурное существо, включенное в Универсум, то медицина интересуется человеком с точки зрения состояний здоровья и нормы, отклонений от них (выражаемых как «болезнь» и «патоло-

гия») и способов возвращения к утраченному благополучию. Здоровье и болезнь — это понятия, которые обозначают условия жизнедеятельности человека в ее полярных противоположностях.

Здоровье — это базовое, фундаментальное понятие, выражающее состояние нормы, адекватности, «включенности» организма в контекст своего взаимодействия, в систему отношений, тогда как болезнь представляет собой отклонение от такой адекватной «включенности». Для человека здоровье всегда так или иначе подразумевает способность к активной деятельности, которая актуально или потенциально совершается среди других людей, т.е. в пространстве культуры. Понижение данной способности вследствие нарушений в физиологии или психологии человека, означающее ту или иную степень разрушения его целостности и утрату им полноценности как социокультурного существа, именуется патологическим процессом.

Однако, само представление о характере патологии и конкретных ее механизмах преобразуется в медицине по ходу ее развития вместе с преобразованием всех компонентов культуры. Понятия «здоровье» и «болезнь», «здоровый человек» в каждую историческую эпоху наполняются собственным специфическим содержанием, отражая и выражая ценности своего времени, трансформируясь вместе с изменением представлений о человеке. В плотном контексте культуры совершается и становление практической и теоретической медицины, проходящей путь от самых общих представлений о природе человека, о его здоровье и причинах заболевания (представлений, основывающихся сначала на внешнем наблюдении и чисто описательном обобщении клинических проявлений) ко все более глубокому, сущностному, научному пониманию закономерностей нормальных и патологических процессов в человеческом организме.

Научный этап в развитии медицины принято отсчитывать с середины XIX в., когда медицина обрела достаточно прочную теоретическую базу в составе таких развитых наук как физика и химия, успехи которых стимулировали прогресс биологии, в том числе и биологии человека в самом широком смысле (физиология, нормальная и патологическая анатомия, биохимия и т.д.). С тех пор в медицине сформировались по меньшей мере две модели (или версии) — «классическая» и «неклассическая» (или современная). До 50-60-х гг. XX в. безраздельно господствовала «классическая» модель; теперь она начинает уступать свои позиции новой, «неклассической», современной модели.

Практическая и теоретическая медицина в своей «классической» версии придерживается «естественно-биологической» уста-

новки, восходящей к антропоцентризму Ренессанса, поставившего человека в центр мироздания, к достижениям европейской культуры Нового времени и, главное, к концепции «естественного человека», которая трактовала человека как автономное, активное, биологическое по сути существо, посредством «техники», т.е. искусственных орудий труда, преобразующее социальный фон своего существования. Прогресс в биологии, интенсифицировавшийся в последней четверти XIX в., но особенно бурно протекавший в первой половине XX в. (достижения микробиологии, биохимии, науки о наследственности и базирующиеся на них завоевания клинической и профилактической медицины), дал возможность завершить формирование «классической» модели.

В этой исправно действовавшей до недавнего времени модели «больной человек» — пациент рассматривался как изолированное физическое тело, «поломки» которого, ведущие к нарушению здоровья, подлежат устранению посредством лечебных манипуляций, преимущественно «физического» характера. При этом здоровье, которое данные лечебные манипуляции должны были вернуть пациенту, в сущности идентифицировалось с работоспособностью, понимаемой преимущественно как выполнение физической деятельности. Человек интересовал медицину с точки зрения способности к труду, и в поле ее зрения попадали лишь те больные, у которых эта способность подлежала восстановлению. Характерно высказывание одного из крупнейших гуманистов Ренессанса Лео-на Баттиста Альберти из его «Жизнеописания»: «На вопрос, что является для смертных наиболее важным, ответил — надежда; что наименее — воскликнул: нечто между человеком и трупом». В результате то, что именовалось в «классической» медицине «борьбой за жизнь», являлось по сути «борьбой за здоровье», а еще точнее «борьбой за работоспособность». А сама медицина распадалась тут на две части — на «технику», т.е. на теорию и практику лечения, занятую исправлением «поломок» в «механизме» человеческого тела, и «деонтологию» или медицинскую этику, то есть свод гуманистических принципов, которые в виде идей врачебного долга надстраивались над «техникой».

В современную эпоху медицина начинает работать с состояниями, выходящими за пределы физически-телесно понимаемого здоровья, когда все большее распространение получают методики лечения, позволяющие улучшить качество жизни человека без возвращения, однако, 100%-ой работоспособности, когда повсеместно интенсифицируется воздействие медицины на все сферы жизни современного человека (процесс медиализации общества). В сознание культуры постепенно начинает проникать тот



факт, что человек — это нечто значительно большее, нежели его физическое тело, а его способность к труду — это не сугубо индивидуальное качество, вытекающее из врожденных «естественно-природных» задатков, но свойство, проявляющее себя в культуре — как в непосредственно окружающей социальной среде, так и в культуре человечества в целом.

Как результат, в медицине начинает вырабатываться новая, «современная» модель, в которой социокультурная сущность человека в норме и в патологии начинает проступать достаточно наглядно. В этой модели жизнь человека перестает сводиться к работоспособности, способность к труду — к физическому телу, а тело — к достоянию изолированного индивида. Тело человека выступает теперь, скорее, в качестве «тела культуры». Жизнь человеческая предстает как основа для реализации творческих задатков индивида, здоровье — как полнота проявлений этих задатков в исторически конкретных пределах, истоки этих способностей — как продукт усвоения индивидом общекультурного опыта человечества.

Естественно, возникает потребность согласовать новое, объективно входящее в медицину социокультурное понимание человека с реалиями ее лечебных и организационных технологий.

### *Паллиативная онкология, смысл и содержание ее деятельности*

Обобщая все вышесказанное, можно сказать, что в современной медицине происходит как бы «расширение» ее предмета — пациента, больного человека — который включается в повседневность медицинской практики не только со стороны своего физиологического, «соматического» статуса, но и в психосоматическом, психологическом качестве, во всем многообразии своей личности и во всей многоаспектности своих связей с обществом, с культурой. В сферу интересов медицины теперь входят состояния, охватываемые не только категориями «здоровье-болезнь», но и категориями «жизнь-смерть», что в свою очередь повышает значимость паллиативного направления в структуре всей современной медицины. «Личностность» и «паллиативность» — эти два аспекта весьма наглядно характеризуют отличие современной медицины от классической. Рассмотрим их подробнее.

В личностном аспекте, т.е. в плане отношения к личности больного современная медицина приобретает «автономный» характер и, прежде всего, со стороны пациента. Принцип автономии утверждает право личности на невмешательство в ее планы и поступки и, соответственно, обязанность окружающих не ограничивать свободу деятельности индивида в той степени, в какой эта

деятельность не ограничивает свободу окружающих. В мировоззренческом отношении этот принцип опирается на представление о том, что человеческая личность представляет ценность сама по себе, сама вправе определять свою судьбу и независимо от обстоятельств, всегда должна рассматриваться как цель межличностных отношений, но никогда — как средство.

Применительно к медицине принцип автономности предполагает право пациента на получение достоверной информации для принятия или непринятия той или иной лечебной тактики, а также на признание того, что выбор, сделанный пациентом, должен влиять на действия врача, как бы он ни расходился с позицией последнего.

Такой подход наглядно демонстрирует ту объективную тенденцию, что современный человек, опираясь на более значительные (чем даже 20-30 лет назад) пласты коллективного опыта, все чаще отказывается воспринимать себя как «пассивный» материал в руках внешних сил (Природа, Государство, Бог, Врач и т.д.) и все более утверждается в собственной оценке как самоопределяющегося субъекта, как творца собственной жизни.

С этой точки зрения существовавшая прежде в «классической» медицине модель отношения врача к больному может быть охарактеризована как «патерналистская» (от слова *pater* — отец), где врач выступал в роли «отца», все предписания и распоряжения которого подлежат безусловному исполнению. Данную модель не следует рассматривать однозначно отрицательно, поскольку патерналистские отношения в медицине предполагают стремление врача помочь больному, избежать причинения ему вреда, требуют включения таких аспектов гуманизма, как благожелательность, милосердие и справедливость. В качестве принципа организации здравоохранения патернализм прекрасно работает в условиях, когда пациенты в своей массе по своему образовательному и общекультурному уровню объективно не в состоянии адекватно оценивать характер и условия протекания своего заболевания, например, в развивающихся странах или в обществах, выходящих из состояния патриархальности, как это было в России в 1-ой половине XX в.

Патернализм оправдан и в случае серьезной патологии пациента, когда заболевание протекает со значительной утратой физической и социальной адаптируемости, и поэтому степень практической этого принципа должна различаться в зависимости от тяжести состояния больного и способности к ответственным автономным действиям. «Патернализм является естественной и самой адекватной нормой отношения врача к больным детям и другим

пациентам с ограниченной дееспособностью». Иными словами, использование принципов автономии или патернализма требует учета таких факторов, как «время и место». Самым же положительным в факте появления альтернативного патернализму принципа автономности является возникновение самой возможности варьировать ими в зависимости от обстоятельств.

Теперь остановимся на «паллиативном» аспекте. «Расширение» личности пациента преобразует задачи медицины, выявляет в ней новые качества. Если в «классической» модели, направленной преимущественно на восстановление работоспособности больного, безраздельно господствовал императив «исцелить», то в современной модели, благодаря возросшим техническим возможностям актуализирующей сохранение жизни больного, данный императив дополняется более широким регулятивом «делай благо». Акцент постепенно перемещается в сторону поддержания общего благополучия больного, тогда как восстановление трудоспособности оказывается лишь одним из элемента всей программы лечения. Например, у инкурабельных больных онкологического профиля на первое место выступает потребность снизить степень физических страданий, даже ценой применения токсичных и вызывающих наркотическую зависимость средств. Естественно, что при этом повышается удельный вес паллиативной медицины в структуре всего современного здравоохранения.

«Паллиатив» (от лат. *palliare* — прикрывать) означает средство, временно облегчающее проявление болезни, но не излечивающее ее полностью. А действие, носящее паллиативный характер, определяется как имеющее характер полумеры, приносящее лишь временное облегчение.

В медицине существует также понятие «симптоматическая терапия» — деятельность, ставящая задачу ликвидации или уменьшения проявлений болезни, направленная на уменьшение симптома, вызывающего сильные страдания, независимо от его причины. Но понятие «паллиативное лечение» шире понятия «симптоматическая терапия», так как включает в себя не только снятие симптомов, но подразумевает более широкий комплекс лечебных мероприятий, адаптирующих всю личность больного к тяжести заболевания.

Паллиативная онкология — одна из сложных и серьезных областей медицины вообще и наверняка самая тяжелая область паллиативной медицины, поскольку тут речь идет не только о невозможности возвращения здоровья и восстановления нормальной жизнедеятельности, но и о неизбежной определенности трагического (смертельного) исхода. Паллиативная онкология имеет дело с

умирающими больными, и это обстоятельство значительно актуализирует как принцип автономности личности пациента, так и принцип патернализма.

Основной задачей оказания медицинской помощи тут становится обеспечение достойного человека процесса умирания. И, при этом, содержание терапии, в широком смысле слова, заключается в том, чтобы врачи и другие специалисты (например, психотерапевт), медицинские сестры, обслуживающий персонал, родственники больного выступили бы «заместителями» его убывающих физических и душевных сил, смягчив процесс выключения личности больного из привычных связей и отношений с окружающим миром, проявив себя в качестве как бы «культурологических протекторов».

Естественно, что в таких обстоятельствах, ни о каком «паритетском паритете» между врачом и пациентом речи идти не может, и потому патерналистский принцип начинает доминировать. Необходимо только, чтобы данный тип отношений был наполнен позитивно-личностным содержанием в плане стремления врача реализовать присущие медицине ценности гуманизма, включая все доступные ей средства воздействия на организм и личность больного. Примечательно, что слово «врач», известное в русском языке уже с XI в., как считают филологи, происходит от слова «врать», которое в старину означало не «лгать», а просто «говорить, разговаривать». Иными словами врач издавна считался человеком, умеющим «заговаривать», влиять на больного, используя весь арсенал культуры. Кстати, доктор в переводе с латинского означает «учитель».

Максимально возможное «протезирование» фатально утрачиваемых в процессе заболевания связей больного с социальным окружением, с миром культуры в целом — вот сверхзадача паллиативной онкологии. Она осуществляет свою деятельность в более интенсивном социально-культурологическом контексте, чем какая-либо иная область медицины. Она реализует свою миссию в «критической ситуации» в полном смысле этого слова — на линии, разделяющей жизнь и смерть, и потому не может обойтись без осмысления этих феноменов.

### **Проблема жизни и смерти: философско-антропологический аспект**

#### *Подход к проблеме*

«Помни о смерти», — говорили еще мудрецы древности. Но, разумеется, не для того, чтобы постоянно отравлять человеку

жизнь мыслями о его неизбежном конце, а для того, чтобы побудить человека поразмыслить о смысле своей жизни, чтобы побудить его прожить жизнь содержательно — «по-человечески», памятуя о ее неизбежной ограниченности.

Все, что существует в мире, все, что наполняет бытие — все развивается от рождения к смерти. Рождение как возникновение, жизнь как существование, смерть как уход — закон для любого явления и предмета, ибо все они в мире временны, конечны и ограничены. Вечен и бесконечен только мир — бытие в целом, а неорганические предметы и живые существа проходят цикл своего существования и уходят, растворяясь в бытие небытия.

В отличие от всего иного, существующего в мире, человек способен делать конечность собственной жизни предметом своего размышления. Само появление на свет дается людям как факт, как безусловное условие их возможности жить, как естественная, часто даже не осознаваемая, предпосылка быть человеком. Другое дело — смерть, которая означает для человека само исчезновение этой способности «быть» — действовать, размышлять, любить, верить. И потому проблема смерти — явления естественного и неизбежного — привлекала до сих пор к себе большее внимание, чем проблема жизни. Можно сказать, что само человеческое существование осмысливалось до сих пор лишь в отраженном свете конечности этого существования — смерти.

Смерть, как и рождение, определяет границы человеческой жизни. Смерть сопровождает человека с самого момента его появления на свет. Человек всегда достаточно зрел для того, чтобы умереть. Не было еще в истории человечества случая, чтобы кто-нибудь избежал смерти. Смерть — это один из фундаментальных фактов человеческого существования.

Одно из определений человека гласит: «Человек — это существо, знающее о своей смерти». И это действительно так: животному не знакомо осознание своей смертности: они живут только «здесь и сейчас» и могут испытывать какое-то беспокойство лишь накануне своей смерти вследствие упадка физических сил. Человек же, благодаря культуре, через усвоение опыта других людей, других поколений и народов, может выходить за пределы своей непосредственности и, живя в настоящем, осознавать себя в разрезе прошлого и будущего. Поэтому знание о смерти является безусловным атрибутом культуры и человека и даже в какой-то степени создает их. Отношение к событию смерти как событию, уникальному для человека и окружающих его, само формирует определенный тип отношений в культуре. «То, как человек относится к своей жизни и к жизни окружающих, то, как человек решает про-

блему своей смерти и смерти окружающих, в конечном счете складывается в определенный тип мировоззрения, в определенный тип культурного взаимодействия» (4).

Поскольку же человек определен как социокультурное существо, то можно сказать, что отношение к смерти, понимание человеком смысла смерти формирует человека, а вместе с этим определяет формы и принципы его способности жить. Смысл жизни и смысл смерти обуславливают друг друга.

Об этом напряженно размышляли люди с самых первых веков существования человеческой культуры. В истории существовали даже народы, создававшие свою культуру вокруг идеи смерти, например, древние египтяне, этруски. Написаны многие тысячи трудов, изданы миллионы томов, накоплена колоссальная сумма знаний.

Чтобы хоть каким-то образом систематизировать этот громадный материал, необходимо для начала определить единый принцип структурирования. Представляется, что первый вывод, который можно сделать из обобщения опыта осмысления людьми феноменов жизни и смерти звучит так: в жизни человека смерть не лишена смысла, не является случайностью, а есть условие жизни.

У древнегреческого философа Гераклита есть загадочная фраза: «Бессмертные смертны, смертные бессмертны». Иногда переводят по другому: «Боги смертны, люди бессмертны, одни живут за счет смерти других, умирают за счет жизни других» (5). На первый взгляд звучит непонятно и двусмысленно; действительно, одно из прозваний Гераклита в истории — Гераклит Темный.

Но посмотрим глубже. Усваивая через культуру общечеловеческий коллективный опыт, человек становится способным охватывать все бытие, вбирать в пространство своего мышления Космос, Вселенную, Универсум. Но, осознавая себя в их масштабах, он неизбежно приходит к пониманию факта своей ничтожности перед лицом непоколебимой устойчивости бытия: он, человек, исчезнет, а мир будет продолжаться. «Человек смертен, бытие вечно». Временность, конечность, ограниченность, локальность, частичность и т.д. человека, существующего в масштабах целостного Бытия — это закон, на подчинение которому обречен человек как составная часть мира — мыслящая, но все же часть, «Человек — мыслящий тростник», — сказал Блез Паскаль, французский мыслитель XVII века.

Следовательно, надо ответить на вопрос о смысле этой конечности, этой частичности. Смысл конечности (или, что то же самое, смертности) всего сущего прежде всего заключается в том, чтобы бесконечное и безграничное (целое, космос, Универсум)

могло существовать и развиваться. Если бы все существующие в мире предметы и явления как части целого обладали бы бесконечной продолжительностью существования, то это закрыло бы всякую возможность дальнейшего развития, совершенствования целого. И бытие, Универсум исчезли бы. Чтобы этого не произошло, каждая из локальностей, составляющих целое, должна, отыграв свою роль, исчезнуть, уступив свое место новым локальностям.

Итак, только через конечность своих составных частей возможно существование и развитие бытия в целом.

Это важный вывод, к которому мыслители пришли еще в древности. Такой взгляд присущ в частности всей философии Древнего Востока.

Однако, принять его как ведущий закон для человека было бы унижительно, поскольку, во-первых, означало бы пассивное согласие со всем, что происходит в мире жестокого и несправедливого (в том числе, скажем, раннюю и случайную смерть) в качестве должного и законного. А, во-вторых, такой фатализм неприемлем для человека, поскольку уподобляет поколения живших на Земле людей циркулирующей биомассе животных видов.

Поэтому мыслящий человеческий разум издавна пытался найти выход из фатальной обреченности человека на смерть, двигаясь по линии определения специфики, уникальности человеческого существования в мире. Благодаря человеку в мире возникает нечто принципиально новое: если все животные замкнуты в пределах своего вида, то человек, благодаря культуре и разуму, преодолевает свою локальность и становится универсальным существом. Универсальность — вот что определяет специфику «человека разумного». «Животное строит только сообразно мерке и потребности того вида, к которому оно принадлежит, тогда как человек умеет производить по меркам любого вида, и всюду он умеет прилагать к предмету присущую мерку» (6). А это придает смертности человека новый смысл, прерывая немую череду рождений и смертей животного развития.

Проследим логику становления этого смысла. Живет только смертное, ибо то, что не умирает, что не подвержено смерти, не может родиться, а следовательно, жить, т.е. существовать: «То, что не имеет смерти, не имеет и рождения» (7). А то из живого, которое живет в культуре и благодаря культуре способно выходить за пределы своей непосредственности и даже охватывать целое в его пределе (пусть сначала даже чисто теоретически), становится способным и преодолевать свою частичность, т.е. смертность, способным быть в чем-то целым, т.е. бессмертным. Поэтому «смертные бессмертны», как говорит Гераклит. А «бессмертные смертны», ибо бес-

смертие означает нерождение, отсутствие рождения, т.е. несуществование — смерть. Бессмертные боги на деле смертны, ибо будучи бессмертными, никогда не рождались. Их просто нет.

Смысл существования живого может быть определен только через его конечность, т.е. смертность; смерть — условие существования живого. То же относится и к человеку как проявлению живого. Специфика же, уникальность человека в том, что он способен находить, отыскивать этот смысл в жизни и смерти, делая этот смысл условием своего осуществления.

Мышление о смерти — необходимое условие общечеловеческой культуры, а в медицине эта тема является одной из основных.

### *Проблема смерти в медицине и культуре*

Проблема жизни и смерти, как уже говорилось, — вечная проблема. Материал по данному разделу является неисчерпаемым. По этой причине мы вынуждены лишь кратко остановиться на отдельных моментах, имеющих непосредственное отношение к медицине. Те, кто интересуется данной тематикой, могут получить общее представление из краткого, но содержательного обзора В. Сабирова в номерах 5 и 6 журнала «Человек» за 2000 г.

В наиболее архаичных культурах смерть рассматривается не как наказание или катастрофа, а как возвращение к предкам, награда за земные тяготы. Это относится и к Древнему Египту и к Древнему Китаю. В Индии смерть даже предпочтительнее полной страданий жизни, освобождение от которой есть благо и цель всех земных перерождений. Эта установка сохраняется и в буддизме, где, однако, отношение к жизни как этапу перехода в «дивное бессмертие» — нирвану — становится более примирительным. Все восточные учения сходны в негативном отношении к жизни и в приемлемости смерти в силу ее «освободительного» характера.

В античности смерть — это закон бытия, который жестко предопределен роком, судьбой. Смерть расценивается как зло, вызывает печаль и страх, ибо означает расставание человека с земными радостями и определяет перспективу призрачного безличного существования в загробном Аиде. Тенденции теоретического преодоления страха смерти проявляются только в период кризиса античности вместе с индивидуализацией человека, выпадающего из общинной системы. Эпикур утверждал, что условием безмятежного, радостного духовного существования человека («эвдемония») является в частности избавление от страха перед смертью; «Смерть не имеет к нам никакого отношения; когда мы есть, то смерти еще нет, а когда смерть наступает, то нас уже нет» (8).



Христианство, под знаком которого происходит дальнейшее развитие европейской культуры, выводит человека из-под влияния «роковых» природно-космических стихий и через Бога подключает его к общечеловеческой культуре, создавая тем самым возможности для теоретического осознания бытия в целом. Вместе с этим оформляется и идея индивидуального бессмертия. Одновременно чрезвычайно остро и болезненно ставится проблема смерти. Если в восточных культурах трагичность факта смерти преодолевается коллективно-общинным ее переживанием, то в культуре Запада вместе с автономизацией индивида, где отдельный человек начинает осознаваться как ценность, смерть — невозвратимая горестная потеря.

Пониманию специфики отношения к смерти на Западе, как и осмыслению европейской культуры в целом, способствовал фундаментальный труд Филиппа Арьеса «Человек перед лицом смерти», переведенный, кстати, на русский язык. Автор рассматривает путь, пройденный Западом от архаической «прирученной смерти» к медиализированной, «перевернутой». — На 1-ом этапе, охватывающем период с первобытности до XII в., смерть являлась коллективным делом общины. Переживаемая как несчастье, она ритуально обустроена, «приручена» — и даже носит публичный характер (прощание с близкими, причащение и т.д.). На 2-ом этапе смерть осмысливается в контексте Страшного суда, когда посмертное существование для каждого человека становится индивидуально варьибельным. В дальнейшем постепенная автономизация личности открывает человеку неповторимость собственного существования. Поэтому на 3-ем этапе смерть перестает быть жестко регламентированной, а процесс умирания носит уже не публично-ритуальный, а закрыто-упрощенный характер. 4-ый этап характеризуется интенсификацией страха смерти, боязнью быть захороненным (легенды такого рода появляются именно в этот период и интенсивно циркулируют в массовом сознании; в моргах даже вывешивают колокольчики, чтобы пришедший в себя после летаргического сна мог позвать служителя). Врачей начинают привлекать в качестве специалистов как для определения смерти, так и для того, чтобы получить санкции на прекращение неэффективного лечения. 5-ый этап наступает в XX в. и характеризуется полной «медиализацией» смерти, которая поступает в сферу ведения исключительно врачей и предпринимателей похоронного бизнеса. Отныне больницы все чаще становятся местом, где человек расстается с жизнью.

Сегодня в западных странах 70-80% случаев смерти происходит в больнице. Относительно больных раком известно в частно-

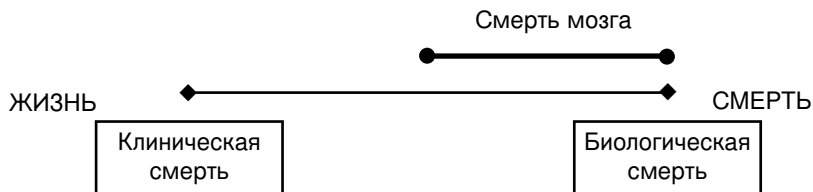
сти, что в Финляндии 90% их умирает в больницах (9). Умирание протекает теперь под наблюдением медиков и предстает как протяженный и, главное, контролируемый процесс.

Последнее обстоятельство высвечивает тот факт, что успехи научно-технического прогресса и практической медицины, расширив область критических состояний человеческого организма, позволили вторгаться в процесс умирания и даже до определенной степени управлять им. Смерть предстала не как цельное явление, одновременно поражающее жизненные функции организма, а как процесс, растянутый во времени и более-менее изолированно поражающий отдельные комплексы систем жизнеобеспечения. Образно выражаясь, появилась возможность развернуть ладью Харона и переплыть Стикс в обратном направлении.

Барьер, за пределами которого человек не может более вернуться в круг живых, раздвинулся, отделив жизнь от смерти полосой протяженностью в 4-6 минут. Но эти же вырванные у смерти минуты поставили новые проблемы. В частности стал ясен тот факт, что биологическое существование человека не тождественно социальному, а само социальное существование не является однородным и нуждается в выработке соответствующих критериев.

Поэтому для характеристики смерти вводятся теперь понятия: «клиническая смерть», когда после прекращения дыхательной и сердечной деятельности сохраняется жизнеспособность тканей и, прежде всего, центральной нервной системы и «биологическая смерть», полностью исключающая восстановление жизненных функций, а также как бы расположенная между ними «смерть мозга» (10), тождественная безвозвратной утрате личностных свойств человека как социокультурного существа.

Возникает вопрос: до каких пор следует бороться за продление жизни, или, точнее, каковы критерии, позволяющие прекращать борьбу за ее сохранение, т.е. жизнеподдерживающие мероприятия? Представляется, что общая схема выработки этих критериев должна быть следующей:



Однако, четкое интегративное определение смерти потребует еще прояснения ряда сложных аспектов нравственно этического и юридического порядка, невозможных без общего осмысления современной общекультурной ситуации.

### *Осмысление феномена смерти в современной культуре\**

В современной культуре отношение к смерти приобретает амбивалентную, двойственную окраску. С одной стороны, смерть как бы вытесняется на задворки сознания общества. Помимо медикализации процесса умирания, концентрирующегося в стенах больниц, происходит как бы исчезновение смерти из сферы культуры: тема смерти является закрытым для обсуждения предметом. Более того, смерть не воспринимается как естественный, закономерный феномен и при всей своей объективности рассматривается как несчастье и трагедия, то есть фактически как «случайное» событие. В целом общество ведет себя так, будто смерти не существует.

С другой стороны, обостряется интерес к тематике смерти. Этому способствует ряд обстоятельств. Рост интереса к правам человека, процесс углубления индивидуализации и возрастания в целом ценности человеческой жизни происходит на фоне обострения экологических, демографических, экономических, военных и других глобальных проблем, ставящих под вопрос сам факт существования человека и вообще жизни на Земле. В последние десятилетия заговорили об антропологическом кризисе — о злоеющей деградации самых разных сторон существования человеческого общества и человека, ведущей к росту числа немотивированных преступлений и агрессивности вообще, к разгулу терроризма, наркомании и алкоголизму и иным деструктивным проявлениям по отношению человека к окружающим и самому себе. Как частное проявление антропологического кризиса в духовной сфере выделяется «экзистенциальный вакуум» (смыслосодержательная пустота) — постоянное ощущение человеком ненужности и бессмысленности своей жизни, одиночества и потерянности и иные переживания депрессивного характера, которые ведут к эмоциональной неустойчивости и которые люди пытаются гасить с помощью алкоголя и наркотиков. Этому состоянию подвергнуты массы людей не только в развитых странах, но и во всем современном мире, переживающем состояние глобализации. Кроме того, интенсивная информатизация, пронизывающая все стороны современной жизни, рост технической вооруженности СМИ, превращение компьютера в фактор повседневности привели к созданию

особого состояния — «виртуальной реальности», когда человек начинает жить в искусственном мире, мире моделируемых образов больше, чем в естественной реальности, как бы погружаясь в тотальный галлюцинаторный процесс.

Естественно, что все это проблематизирует идентичность личности современного человека, обращает его к поискам собственной самости, заставляет интенсивно размышлять над самыми различными сторонами собственного существования. Поскольку же наибольшее беспокойство вызывают вспышки деструктивности и агрессии, актуализируется интерес к проблеме смерти. Формируется танатология — учение о смерти как комплексное направление естественно-научного и гуманитарного знания. Она включает в себя широкий культурологический анализ процессов умирания и отношения к смерти, психологических моментов ухода из жизни и переживания близкими состояния тяжелой утраты. При этом танатология опирается на уже имеющийся в арсенале современной философии материал, поскольку специализированное теоретическое мышление, как правило, опережает текущую повседневность. Наиболее значительные концепции представлены такими направлениями философии XX в., как экзистенциализм и постмодернизм.

Экзистенциализм в центр своей теоретической системы ставит человека и рассматривает все бытие сквозь призму человеческого существования. В философии Мартина Хайдеггера главная истина человека — его конечность, завершенность как «бытие-к-смерти». Это самый очевидный и фундаментальный факт жизни. Только осознание своей смерти вырывает человека из потока повседневности и позволяет ему ощутить свою неповторимость: нельзя умереть вместо другого, невозможно, чтобы кто-то умер вместо тебя. Как правило, люди живут так, будто смерть относится к кому-то другому, совершается где-то на периферии жизни, и смерть никогда не случится с ними. Но подспудный страх просачивается в их сознание и превращается в постоянную боязнь — «тревогу». А подлинное человеческое бытие индивид обретает тогда, когда согласно Хайдеггеру, становится лицом к лицу с Ничто, осознает факт своего неизбежного исчезновения и в силу этого обретает способность «быть» — быть в «бытии-к-смерти». В результате «тревога» несколько смягчается, становится «заботой».

Нужно отметить, что Хайдеггер все-таки чрезмерно акцентирует значение смерти в бытие человека, придает Ничто роль главного фактора его жизни. Однако, ведь Ничто в случае смерти также исчезает для человека, как и его жизнь, следовательно, жизнь яв-

ляется фактом по крайней мере не менее фундаментальным, чем смерть.

Жан-Поль Сартр, разделяя с Хайдеггером ряд исходных положений в трактовке Бытия и Ничто, расходится с ним в конечных выводах относительно позиции человека перед лицом смерти. Прежде всего, человек у Сартра — активно действующее существо. Вследствие этого смерть его неизбежна потому, что имея перед собой бесконечное разнообразие возможностей, человек всегда вынужден выбирать какую-то одну из них, зачеркивая все остальные. Он обречен реализовывать только одну жизненную линию, тем самым сокращая и истощая всю гамму жизненных проявлений. Обреченность на выбор, т.е. на свободу означает обреченность на смерть.

Интересна концепция Эммануэля Левинаса, который анализирует феномен смерти с точки зрения внутренних переживаний человека. Смерть всегда открывается человеку не просто в качестве одномоментного факта и не через рассуждения о ней, но через телесный опыт пассивности, беспомощности и страдания — в своей физической жестокости и неумолимости. Главное то, что она открывает человеку, Другое — то, что не является им самим, но все-таки присутствует в его бытии. И это Другое — не только негативность смерти, но и Другие — позитивность других людей, т.е. мир межчеловеческого общения, диалога и помощи. Смерть одолевается и осознается самим выходом в сферу межсубъектных отношений.

В целом экзистенциализм стремится выявить человечески-позитивный смысл смерти, даже если сам ее факт представляется абсурдным, и приходит к выводу, что смерть — это не задавливающая величина, а факт жизни.

Постмодернизм как преобладающее направление философской мысли конца XX в. в качестве своей исходной предпосылки принимает утверждение об изменчивости и непостоянстве всех сторон и явлений мира, об отсутствии в нем каких-либо устойчивых точек опоры как в практической, так и духовной областях. Постмодернизм постулирует множественность моделей мировосприятия и мироотношения. При этом теоретики постмодернизма отвергают биологизаторскую установку концепции «естественного человека» и твердо выдерживают линию на рассмотрение его в качестве существа, всецело принадлежащего обществу, культуре.

Такая культуроцентричность заставляет Мишеля Фуко заявлять о «смерти человека» в современном обществе, где человек, включенный в бесконечное множество социальных групп, взаимосвязей между ними, материальных и информационных пото-

ков, не выдерживает этих нагрузок и как бы «распыляется», исчезает — как психологически, духовно, так и вполне реально, то есть физически.

Жан Бодрийяр утверждает, что в нынешнем мире рыночного «обмена» нарастающее материальное производство как бы вытесняет из существования людей разумную духовную жизнь, не дает возникнуть новым духовным ориентирам. Развивается эффект «повторения»: создание вещей и предметов потребления превращается в воспроизводство на разные лады тех же самых материально-физиологических запросов человека и способов их удовлетворения. Восходящее развитие человека и культуры тогда блокируется, низкодифференцированные элементы культуры начинают работать «на себя», на собственное воспроизводство, разрушая общество, психику и тело человека. «Не-жизнь» одолевает «жизнь», и в результате торжествует смерть.

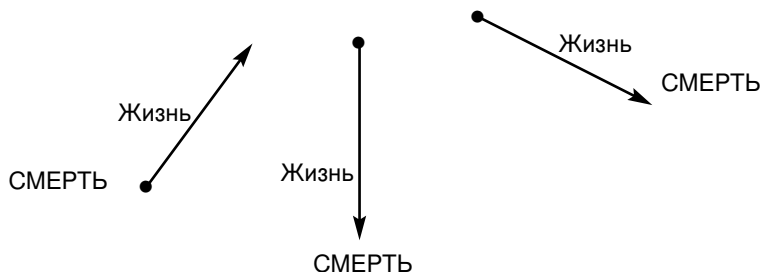
Можно сделать вывод, что современное теоретическое сознание не только отыскивает смысловое содержание в феномене смерти, но все больше рассматривает его в междисциплинарном, социальном, культурологическом контексте. Это позволяет совершенно по-новому подойти к изучению феноменов жизни и смерти.

### *Классическая и неклассическая концепция смерти*

Осмысление феномена смерти в свете социально-культурологического подхода, предпринятое зарубежной и отечественной танатологией (здесь следует отметить работы В. Стрелкова и прежде всего А. Демичева), позволяет выдвинуть две взаимосвязанные, но различающиеся концепции смерти — традиционную (классическую) и нетрадиционную (неклассическую) (11).

Классическая концепция тяготеет к организменному подходу в объяснении патологического процесса, согласно которому нарушение жизнедеятельности происходит вследствие деструкции какого-либо внутреннего фактора функционирования организма: органа, системы органов, клетки, молекулярных или биохимических структур и т.д. Такой взгляд восходит к рационалистическим установкам европейской науки Нового времени, конкретнее — к исследовательскому методу Р. Декарта, который полагал, что жизнь в разных ее проявлениях существует как бы автономно от окружающих ее условий, а смерть наступает либо по причине полной «выработки» жизненных сил (подобно тому, как кончается завод часового механизма), либо из-за поломки одного из звеньев этого живого механизма.

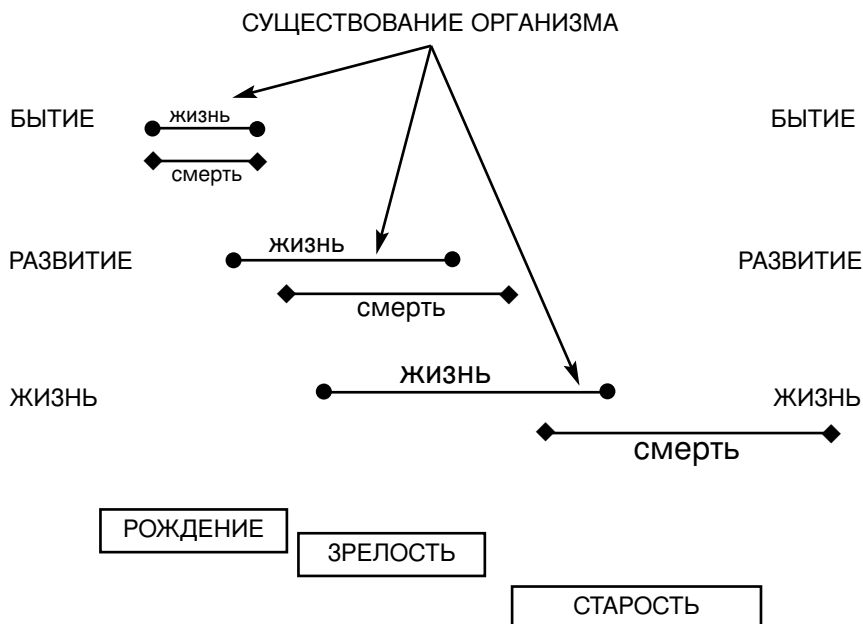
Смерть в такой трактовке является чем-то побочным, не существенным для самой жизни, наступающим «случайно» и превосходящим исключительно извне. Она мгновенна, одномоментна. Жизнь и смерть тут — сосуществующие, но не взаимосвязанные начала. Завершаясь в одном организме, жизнь возрождается в другом, но в целом она лишена более высокого смысла, нежели простое чередование старого и нового, и потому она обречена оставаться погруженной в среду смерти. Смерть, энтропия — это более мощная истина бытия.



Неклассическая концепция, создающаяся в контексте культурологического подхода, предполагает рассмотрение всей системы факторов существования организма — не только внутренних, но и внешних. Применительно к человеку — это целостный, объемный подход. Здесь велика роль отечественной традиции, исследующей жизнь как универсальное, космическое явление и прежде всего идей Н.Н. Федорова и В.И. Вернадского. По мысли Н.Н. Федорова, смертная ограниченность нынешнего человечества будет преодолеваться в будущем по мере совершенствования людей в процессе «общего дела» — «воскрешения отцов», т.е. последовательного покорения стихийных сил природы и человеческой истории, включая достижение личностного бессмертия. В.И. Вернадский впервые сумел не только философски, но и научно свести воедино эволюцию жизни и эволюцию Космоса, представив жизнь в ее до человеческих (биосфера) и собственно человеческих (ноосфера) проявлениях как единый, закономерный и необходимый закон бытия. Конечность, ограниченность, смертность отдельных проявлений жизни есть условие восходящей самоорганизации — коэволюции.

Поэтому в неклассической концепции жизнь и смерть — не только взаимодействующие, но и взаимообуславливающие друг друга процессы. Смерть не одномоментна, но постепенно наступает по мере выключения той или иной локальности из всей системы взаимодействия организма с миром. Такое «внешнее» выключение проявляется как накопление выключенных, недеятельных — «неживых» — локусов внутри самой локальности, самого организма. «Жить — значит умирать», — как проницательно заметил Ф. Энгельс.

«Итак, смерть множественна и распределена во времени», — сказано у М. Фуко, — это не абсолютная и привилегированная точка, начиная с которой время останавливается, чтобы повернуть вспять; она, как сама болезнь, обладает множественным присутствием, которое анализ может распределять во времени и пространстве» (12). Смерть присутствует в жизни, она как бы рассредоточена внутри всего живого, но и сама погружена в бытие, конечная истина которого есть развитие, т.е. жизнь. «Смерть предполагает жизнь, начинается с жизнью и с жизнью же заканчивается. Конец жизни есть конец смерти, то есть умирания. По существу, смерти нет, есть смертное, то есть живое» (13).





Человеческая культура, разрывая простое чередование рождений и смертей, открывает в них смысл — значение для целого, для Универсума. «Человек, таким образом, выступает опосредующим, связующим и гармонизирующим жизнь и смерть существом» (14). Через культуру, ее материальные и духовные ценности само существование человека становится избирательно-контролируемым: «Можно сказать, что жизнь, понимаемая в самом широком смысле, становится уже не естественной предпосылкой существования человечества, как во времена Сократа, а результатом, следствием выбора человечества» (15). А смерть предстает не только как смерть физического тела и смерть сознания, а как результат разрыва всех опосредуемых культурой связей человека с миром — как «социальная смерть» (16) — как результат исключения человека из культуры.

Поэтому возможна даже социальная смерть как первичное явление при внешнем физическом и психическом благополучии, что можно наблюдать, например, в случаях внезапных, не мотивированных на первый взгляд суицидов, что напоминает состояние «арзамасского ужаса», пережитое Л.Н. Толстым и гениально описанное им впоследствии в повести «Записки сумасшедшего». «Я хочу заснуть, забыться и не могу. Не могу уйти от себя. /.../ Я вышел в коридор, думая уйти от того, что мучило меня. Но оно вышло за мной и омрачало все. Мне так же, еще больше страшно было. «Да что это за глупость, — сказал я себе. — Что я тоскую, чего боюсь». — «Меня, — неслышно отвечал голос смерти. — Я тут». Мороз подрал меня по коже. Да, смерти. Она придет, вот она, а ее не должно быть. Если бы мне предстояла действительно смерть, я не мог испытывать того, что испытывал, тогда бы я боялся. А теперь и не боялся, а видел, чувствовал, что смерть наступает, и вместе с тем чувствовал, что ее не должно быть. Все существо мое чувствовало потребность, право на жизнь и вместе с тем совершающуюся смерть» (17).

При таком понимании смерть и умирание становятся регулируемым и осознанно управляемым процессом. При жизни тела и сознания смерть может быть осмыслена и пережита как предел социокультурной включенности человека в мир, как исчерпывающий итог его социальной жизни. Смысл паллиативной терапии и заключается в преодолении социальной смерти через организацию условий для максимально осознанного и достойного, т.е. «человеческого» исхода и регулирование составляющими этого процесса.

## **Мировоззренческие аспекты паллиативной терапии: от культурологии смерти к культуре умирания**

### *Клинические эффекты умирания и паллиативная терапия*

На данной стадии рассмотрения проблемы необходимо комплексное, предельно широкое (философское) осмысление всех компонентов паллиативной терапии.

В соответствии с социально-культурологическим подходом к феномену смерти процесс умирания рассматривается как закономерный этап жизни человека, содержание которого имеет самостоятельное значение. Следует отметить, что поскольку паллиативное направление онкологии имеет дело с терминальной, заключительной стадией жизни больного, к тому же осложненной тяжелыми сопутствующими симптомами, то речь должна тут идти не столько об удлинении продолжительности его жизни, сколько о возможном повышении качества этого последнего жизненного этапа. Смысл всех мероприятий, из которых складывается паллиативная терапия, и состоит в одолении социальной смерти через качественную оптимизацию всех доступных воздействию компонентов существования личности больного.

Каковы же те направления, по которым развивается страдание у онкологических больных, и овладение которыми должно стать конкретной задачей паллиативной терапии? Это страдания, во-первых, физического, телесного, а во-вторых, душевного, психологического порядка. Первая группа складывается из таких симптомов, как, прежде всего боль, затем дыхательные и диспептические нарушения, а также сопутствующие организационно-бытовые неудобства. Вторая группа составлена психологическими и нравственными проблемами, неврологическими и нередко психическими расстройствами вплоть до самых тяжелых (делирий, помрачение сознания). Задача паллиативного лечения заключается в том, чтобы через овладение, смягчение и даже ликвидацию этих симптомов добиться в конце концов нового отношения больного к своему состоянию с целью формирования новой личности больного — такой, которая осознанно принимала бы неизбежность своего ухода и достигала бы примирения с фактом своей смерти. Этой задаче и должны быть подчинены все компоненты паллиативного лечения.

Рассмотрим эти компоненты немного подробнее в мировоззренческом контексте. Болевой синдром не только самый мучительный, но и самый распространенный в проявлениях терминальной стадии онкологической патологии. В частности до 70%

выездов бригад скорой и неотложной помощи делаются по вызовам онкологических пациентов, страдающих от боли. Боль — явление сложной психофизиологической природы, способное негативно перестраивать всю систему взаимоотношений субъекта с миром. Поэтому эффективный контроль над болью является ведущим в помощи терминальным онкологическим больным. Цель борьбы с болью заключается скорее в ее предотвращении, чем в снятии наступивших проявлений, посредством назначения анальгетиков как, прежде всего, наркотического, так и иного, чаще салицилового ряда, при необходимости подключая транквилизаторы. Способ приема — как инъекционный, так и пероральный; второй предпочтительнее, поскольку не требует обязательного содействия медперсонала.

Вероятно, следует отказаться от жесткого дозирования препаратов по схеме, а нужно вырабатывать индивидуальную систему приема препаратов с учетом особенностей каждого конкретного пациента, при необходимости увеличивая клиническую дозу, невзирая на то, что такие дозы лекарственных веществ в обычной практике могут влиять на продолжительность жизни пациента. Следует помнить, что в паллиативной тактике более важным для больного является не продолжительность, а качество его жизни.

В понятие «качество жизни» включается также максимально возможное улучшение деятельности органов и систем, непосредственно не пораженных онкологическим процессом, но испытывающих затруднения вследствие общего угнетения организма. Такое угнетение, как правило, сопутствует генерализованным стадиям онкопроцесса. Это проблемы не только с деятельностью кишечника или мочевыделительной системы, требующие лечебного воздействия, но и такие вообще-то неклинические, «субъективные» симптомы, как потеря аппетита, сухость во рту, проявления стоматита и т.д. Им следует уделять ничуть не меньшее внимание, чем основным симптомам, поскольку для терминального больного не существует мелочей. Сохранение человеческого достоинства и поддержание комфортных условий должно стать предметом максимального внимания со стороны медиков.

Оптимизация всего контекста существования пациента подразумевает не только медикаментозное лечение, но и целый комплекс мер социальной и психологической поддержки: патронажная служба помощи на дому, выездные бригады, дневные и ночные стационары, «центры боли», специализированные отделения и хосписы. Идея хосписов как организации системы мер по физической и моральной поддержке умирающих больных связана с именем Сесилии Сондерс, которая в конце 40-х гг. XX в. инициирова-

ла создание хосписов в Великобритании. С тех пор эта идея получает все большее распространение. Начиная с 90-х годов хосписы создаются и в нашей стране.

Идея хосписов предполагает создание как бы модели умирания, модели гуманной естественной смерти — не только от онкозаболевания, но и прочих иных. По мысли их организаторов в России (А.В. Гнездилов, В.В. Милионщикова) хосписы могут способствовать созданию особой технологии помощи тяжелым инкурабельным больным, заложив основы целой службы адаптации и реабилитации не только для пациентов, но для их родственников и для лечебного и обслуживающего персонала (18).

Система мероприятий в масштабах хосписа направляется не на подготовку к смерти, а на выработку у больного умения «концентрированно» проживать жизнь в условиях умирания. В идеале хоспис должен создавать атмосферу дома, где больной относительно свободен: он может пригласить родственников, взять с собой любимые вещи и т.д., а после получения необходимой медикаментозной и психологической помощи и приобретения им и родственниками соответствующих навыков может быть выписан домой.

Помимо указанных видов помощи в комплексную систему мер, предоставляемых хосписом, включается также социальная помощь (например, решение юридических вопросов) и духовная помощь, (т.е. возможность находить утешение в вере и отправлять религиозные обряды с помощью священнослужителей соответствующих конфессий).

Иногда возникают споры: следует ли создавать хосписы как особое «хосписное» подразделение паллиативной медицины наряду с «традиционными» лечебными учреждениями онкологического профиля, или помощь умирающим больным должна организовываться, так сказать, «обычной» онкологической службой? Вероятно, хоспис все-таки не следует включать в состав «традиционного» онкологического учреждения, но он должен быть организован как автономное лечебное подразделение региональной службы здравоохранения, использующее помощь и консультации онкологов, а также других специалистов.

Ведь как бы то ни было, хоспис обладает своей спецификой. Если во всех иных лечебных учреждениях, где пребывает больной, даже не рассчитывая на радикальное излечение, перспектива смерти отодвинута в достаточно неопределенную перспективу, то в хосписах занимаются теми больными, у которых скорый финал не вызывает сомнений. А это обстоятельство создает помимо всего прочего и уникальную специфику во всей системе отношений

между пациентом и лечебным персоналом: в обычном стационаре отношение специалиста к больному определяется принципом «вас много — я один», то в хосписе — принципом «ты один — нас много».

Помимо лечебного и организационного вопросов в паллиативной онкологии фундаментальное значение имеет то, какое воздействие на личность больного оказывает преобразование всего комплекса отношений человека к миру и с миром, с миром культуры, с миром всех других людей. Решение этой задачи берет на себя психотерапия, организующая психологическую помощь больному.

### *Мировоззренческий смысл психотерапии в паллиативной онкологии.*

Поскольку паллиативная онкология имеет дело с состояниями, которые переживаются человеком, как осознание своей конечности, ограниченности, временности своего существования, то мировоззренческое содержание всего комплекса лечения сводится, в конечном счете, к единственной цели — извлечь из этой, обусловленной заболеванием, ограниченности максимум позитивных эффектов посредством применения всего арсенала средств, находящихся в распоряжении медицины и культуры в целом. Сама критическая ситуация должна быть направлена на организацию концентрированного, «сжатого» проживания человеком отпущенного ему срока жизни.

А «научить» человека такому концентрированному переживанию и проживанию может и должна психотерапия.

В данном разделе не ставится задача рассмотрения направлений и конкретных методик психотерапевтического воздействия на больного. Тут затрагивается только мировоззренческий аспект психотерапевтического лечения, т.е. выявляется место и содержание данных лечебных тактик во всем антропологическом лечебном комплексе.

Сверхсмысл психотерапевтических мероприятий заключается в том, чтобы способствовать выработке у больного понимания смысла его жизни, включенной в бытие общества, природы, всего Универсума даже в ее человеческой единичности и ограниченности рамками болезни и страдания, и на этой основе сформировать позитивную установку на «качественное», содержательное, осмысленное восприятие мира с целью «поднять» человека над своей слабостью и своим страданием. «Мера жизни, — утверждал еще в XVI веке Мишель Монтень, — не в ее длительности, а в том, как вы использовали ее: иной прожил долго, да пожил мало; не мешайте, пока пребываете здесь. Ваша воля, а не количество прожитых лет, определяет продолжительность вашей жизни» (19).

А врач должен стать для пациента как бы проводником в мир культуры, насыщенный смыслами, которые придают человеческое качество ее «использованию»; спутником, Собеседником, по выражению крупнейшего отечественного физиолога Алексея Алексеевича Ухтомского (1875-1942). В последние годы мы начинаем «открывать» Ухтомского не только как основателя учения о доминанте (физиологическом законе концентрации нервной деятельности нервных центров и организма в целом), но и в качестве замечательного мыслителя и философа. Ухтомский трудился над созданием целостной концепции человека, в которой человек представлял бы в неразрывной совокупности своих телесных и духовных качеств, в пространстве внутренней и внешней свободы. Учение о доминанте должно было стать лишь физиологической основой этой целостной концепции.

В сфере психологии и нравственных отношений А.А. Ухтомский очертил этический принцип, названный им законом Заслуженного Собеседника (20) — того нравственно-духовного зеркала, в роли которого может выступить и духовный идеал, и живший когда-то человек, и реальный современник, отражаясь в котором человек способен найти позитивный смысл и обрести себя как личность даже в самой трагической ситуации.

В этом плане невозможно переоценить творчество таких крупнейших практических психологов XX в., как А. Маслоу, К. Роджерс, В. Франкл. Абрахам Маслоу — основатель гуманистической психологии, согласно постулатам которой любой человек — это всегда носитель определенной смысло-жизненной ориентации, которую он способен менять и перестраивать в зависимости от того, насколько он ее сознает. Маслоу создал модель самоактуализирующейся личности, способной целенаправленно развиваться, используя даже самые неблагоприятные ситуации в качестве «материала» для своего жизненного роста. Карл Роджерс разработал практику образования установки на сознательное преобразование личностью своей жизненной стратегии посредством включения ее в контекст общения — межличностных отношений.

Виктор Франкл — основатель учения об экзистенциальном вакууме, один из творцов экзистенциального анализа и логотерапии. Будучи врачом, сам прошедший через критическую ситуацию, вынесший угрозу гибели и выживший в условиях концентрационного лагеря (узником которого он был в течение нескольких лет!), Франкл пришел к выводу, что осмысление человеком себя как социокультурного существа является для него не только психологической потребностью, но и физической необходимостью. В поистине нечеловеческих условиях концлагеря, принуждающих

человека бороться за ресурсы физического выживания, гибнут не только физически слабые люди (что вполне объяснимо), но и те, кто пытается выжить «по-животному», силой подавляя слабейших. Такие агрессивные субъекты просто «сгорают» в ходе конфликтов, тогда как люди, имеющие высокую нравственную цель, осознающие социально важный, значимый для других смысл своего существования, нередко выживали, хотя не были физически крепкими. «Если у человека есть, ради чего жить, он вынесет почти все», — говорит Франкл.

Исходя из данной установки, Франкл развивает свою теорию об обретении смысла жизни и преодолении человеком критической ситуации. Смысл жизни не дается человеку просто так, он должен обрести смыслы, найти их в течение своей жизни, заимствуя их из культуры — путем выделения их из общезначимых ценностей культуры. В человеческом обществе существуют три группы ценностей: ценности творчества, ценности переживания и ценности отношения. Иными словами, человек способен наполнить свою жизнь социально значимым смыслом либо создавая что-то, внося нечто новое в мир культуры, в жизнь других людей (ценности творчества: активная позитивно значимая деятельность в науке, в политике, повседневной жизни), либо переживая этот мир в разных его проявлениях (ценности переживания: общение, эстетика, любовь), либо в наиболее трагических случаях — когда человек в силу обстоятельств не способен продуктивно ни творить, ни переживать — относясь по-человечески к той ситуации, которую он не в силах изменить (ценности отношения).

Ценности отношения — это позиция, которую человек «занимает по отношению к своему тяжелому положению в том случае, если он не может изменить свою тяжелую судьбу, вот почему жизнь никогда не перестает иметь смысл, потому что даже человек, который лишен ценностей творчества и переживания, все еще имеет смысл своей жизни, ждущий осуществления, — смысл, содержащийся в праве пройти через страдание, не сгибаясь» (21). И далее Франкл продолжает: «Что еще более важно, судьба не может быть изменена — иначе это не была бы судьба. Человек же может изменить себя, иначе он не был бы человеком. Способность формировать и переформировывать себя — прерогатива человеческого существования».

Ориентация на ценности отношения есть та мировоззренческая основа, на которой может быть продуктивно выстроен весь комплекс лечебной, психотерапевтической, социальной и иных форм помощи тяжело больным людям, позволяющий им извлечь смысл из критической ситуации, пережить полноту жизни в крат-

ком — всегда кратком, независимо от продолжительности — моменте ее проживания, обрести цельность своей личности и человеческое достоинство в осознании неслучайности своего конечного — и потому человечески ценного — существования.

В заключение можно сказать, что ценности творчества (прежде всего со стороны врача) и ценности отношения (прежде всего со стороны пациента) — это два полюса, в пределах которых паллиативная онкология призвана осуществлять свою высокую гуманистическую миссию.

### *Литература*

1. Биоэтика: принципы, правила, проблемы.//М. — 1998. — с.310.
2. Введение в биоэтику.//М. — 1998. — с.139.
3. *Гарэн Э.* Проблемы Итальянского Возрождения.//М. — 1986. — с.204.
4. *Демичев А.* Дискурсы смерти. Введение в медицинскую танатологию.//С.-Петербург. — 1997. — с.15.
5. *Демичев А.*//Ук.соч. — с.105.
6. *Демичев А.*//Ук.соч. — с.109.
7. *Демичев А.*//Ук.соч. — с.118.
8. *Диоген Лаэртский.* О жизни, учениях и изречениях знаменитых философов.//1979. — с.433.
9. Дом для жизни. Беседа о проблемах хосписа.//Биоэтика: принципы, правила, проблемы. — М. — 1998. — сс.309-311.
10. *Маркс К., Энгельс Ф.* Сочинения.//т.42. — с.94.
11. *Монтень М.* Опыты.//М. — 1958. — Кн.1. — с.119.
12. *Толстой Л.Н.*//Собр.соч. в 22-х тт. — М. — 1982. — т.12. — с.47.
13. *Трубников Н.Н.* Проспект книги о смысле жизни.//Квинтэссенция: философский альманах». — М. — 1990. — с.441.
14. *Трубников Н.Н.*//Ук.Соч. — с.445.
15. *Ухтомский А.А.* Заслуженный собеседник.//Этика. Религия. Наука. — Рыбинск. — 1997.
16. Фрагменты ранних греческих философов.//М. — 1989. — ч.1. — с.215.
17. *Франкл В.* Человек в поисках смысла.//М. — 1990. — сс.300,302.
18. *Фуко М.* Рождение клиники.//М. — 1998. — с.218.
19. *Человек.*//1990. — № 6. — с.98.
20. *Человек.*//Энциклопедический словарь. — М. — 1999. — с.399.
21. *Эльштейн Н.В.* Медицина и время.//Таллин. — 1990. — с.86.



### **1.3.2. ТЕОРИЯ МЕДИЦИНЫ: ФИЛОСОФСКИЙ АСПЕКТ ПРОБЛЕМЫ**

Среди недугов, переживаемых сегодня людьми, онкологические заболевания занимают одно из ведущих мест. Жестокая болезнь основательно травмирует человека, разрушая его организм и психику. В борьбе с ней медицина оправданно использует паллиативные средства многих своих дисциплин (хирургии, химиотерапии, радиологии и др.). В онкологической клинической практике особый смысл приобретают и моральные принципы врачебной деятельности. В настоящее время традиционные деонтологические установки («не навреди», «делай добро») дополняются нормами современной биомедицинской этики, обусловленными новыми для медицинской науки проблемами (трансплантологии, эвтаназии, «информированного согласия» и др.)

Явные достижения последних десятилетий в профилактике и лечении онкологических заболеваний не снижают вместе с тем актуальности решения главной проблемы современной медицины в целом и онкологии, как ее конкретной дисциплины в частности. Проблема эта заключается в следующем.

Ведущие современные науки как гуманитарного, так и естественного профиля представляют собой сложно организованные системы знаний. Основу каждой из них составляет базовая, фундаментальная теория, определяющая сущностный механизм бытия и развития объекта, изучаемого данной наукой. Общая теория конкретизируется в отдельных дисциплинах, которые по своему статусу могут быть не строго определены как «прикладные», поскольку их понятия, формулы, законы рефлексивного воспроизводят категории исходной теории, содержательно они обусловлены ею. Каждая из таких дисциплин с помощью присущих именно ей средств и методов исследования раскрывает конкретную по своему частную ипостась целостного объекта данной науки.

Иная ситуация в медицине. Система знаний о человеке в состоянии здоровья и болезни потеряла из вида свой объект. Иначе говоря, человек как целостный индивидуальный социо-психо-естественный феномен остался за скобками многообразного узкоспециализированного знания, причем знания по преимуществу соматического толка. Отсутствие единых критериев психофизиологического статуса человека ограничивает возможности практического врачевания, в том числе и в онкологической клинике. Поэтому вполне естественен вопрос о путях выхода из этого весьма парадоксального положения: наука, в составе которой более сотни

теоретических и клинических дисциплин, не располагает единой базовой концепцией.

Самая идея «поворота» от узкоспециализированного к целостному представлению о человеке принимается медициной безоговорочно. Но построение даже абстрактной теоретической модели многоуровневой иерархически сложной психосоматической системы — человек оказывается делом далеко не простым. Имевшие место в истории медицины различные трактовки этой системы: механическая (Бернар К., Вирхов З.), биологическая (Селье Г.), психологическая (Фрейд З.), кибернетическая (Амосов Н.) при всей своей плодотворности в плане описания отдельных звеньев жизнедеятельности организма не могут служить прообразом будущей теории.

В результате, определяя человека в качестве предмета свой комплексной исследовательской деятельности, медицина лишь вежливо оговаривает тезис о его (человека) целостности, а затем оставляет это утверждение безо всякого на то внимания. Условно выделяются две подсистемы: психика и организм. Их содержательная несоотнесенность проявляется в практически не перекрещивающихся направлениях научного поиска: одна группа наук изучает физиологические (в том числе патогенетические) механизмы органических процессов, протекающих в теле человека, другую интересуют социальные, бытовые, психологические факторы, влияющие на здоровье людей и травмирующие, в первую очередь, их психику.

Преодоление этой, по-своему драматичной, ситуации предполагает решение весьма и весьма дискуссионной проблемы: как, каким способом, отталкиваясь от каких понятий, окажется возможным построить общую теорию медицины, теорию психосоматической целостности человека. Общая теория призвана выявить ту конкретно-всеобщую основу существования человека, из которой окажется возможным вывести все конкретные ипостаси его бытия. Очевидно, что ее разработка предполагает преодоление традиционной для конкретных наук односторонности в подходе к изучению своего объекта. Другими словами, фундаментальная для медицины теория человека и его здоровья должна строиться как междисциплинарная доктрина, синтезирующая в своем содержании основные идеи и принципы современного человековедения, главные направления которого представляют философская антропология, психология и, конечно, сама медицина. Аргументы, оправдывающие возможность и пользу такого сотрудничества, можно найти в истории самой медицинской науки.

Известно, что развитие науки, в том числе и медицины, заключается не только в эволюционном возрастании суммы накапливаемых положительных знаний об объекте. На определенных исторических этапах своего становления наука переживает периоды революционной ломки, когда радикально меняются сами формы теоретической деятельности, ее категории и понятия, методы исследования, принципы систематизации, схемы объяснения, словом все то, что составляет «рабочий» арсенал ученых. Американский философ Кун Т. определил смысл подобных революций понятием парадигмы, или стиля мышления. Каждому историческому уровню научного познания соответствует своя парадигма. Например, для ученых античности характерны методы наблюдения и описания. Заслугой Ренессанса стало возведение в принцип исследования рационального эксперимента как средства надежно контролируемого познания (Леонардо да Винчи, Галилео Галилей). В Новое время с возникновением точного естествознания ведущими формами научного поиска стал так называемый практический эксперимент, в котором используются технические средства, помогающие материализовать ту или иную гипотезу или теоретическое представление (Гильберт У.), а также аналитический подход, направляющий к поиску простейших, далее неразложимых первоэлементов изучаемой объективной системы. Наука конца XX века встала перед проблемой разрешения тупиковых ситуаций, возникших в результате чрезмерной специализации познавательной деятельности, приведшей к тому, что «узкий» специалист стал знать все ни о чем (Глушков В.М.). В этих условиях актуальной необходимостью стала разработка способа целостного видения объекта, его системного теоретического моделирования, а также поиска принципов интеграции междисциплинарных понятий.

Итак, парадигма науки или исторически особенный способ подхода к изучению объекта позволяет выявить конкретный аспект его рассмотрения и тем самым определить проблемное поле деятельности ученых. Оно-то и составляет предмет науки.

Это значит, что если объект медицины на протяжении всей ее истории один, то предметная ее ориентация существенно меняется от эпохи к эпохе. Проследивая логику этого изменения, можно отметить поразительную общность взглядов медиков и философов на человека, на его место в мире, на определение критериев его оптимального жизнедеятельного статуса. Так, античное натурфилософское представление о человеке как микрокосме предполагало в качестве идеальной характеристики его физического и умственного состояния принцип меры. Мерная структура космическо-

го Логоса и мерное основание медицинской теории (Гиппократ) совпадали. Дуализм в понимании мира и человека (душа и тело) в средневековой философии оборачивался особым типом врачевания (недуг телесный вытеснялся психотерапевтическим исцелением души). Пантеизм философии Возрождения стал методологическим основанием магической медицины этого времени. Механистическая трактовка казуальной зависимости природных процессов, характерная для материалистической философии Нового времени, была перенесена в науку и, в частности, в физиологию человека, ставшую одним из теоретических оснований соматической медицины.

Чем же можно объяснить такое совпадение? Прежде всего, тем, что и философия, и медицина, представляя собой различные по предмету формы познавательной деятельности, объединены между тем рамками исторически особенного типа культуры. Вспомним, что культура — это специфический для человека (в отличие от биологических форм жизни) способ организации и развития его жизнедеятельности, представленный в характере и продуктах материального и духовного труда, в системе социальных норм и убеждений, в духовных ценностях, в совокупности отношений людей к природе, между собой и к самим себе. Являясь специфической характеристикой общества, культура выступает и как характеристика развития творческих сил и способности личности (знания и умения, производственных и профессиональных навыков, уровня интеллектуального, эстетического и нравственного развития, способов и форм взаимного общения). Поскольку философия представляет собой способ общественного самосознания, или рефлексии культуры, то сформулированные в контексте ее концептуального содержания понятия отражают наиболее общие принципы бытия и познания, принципы, которые непосредственно или опосредованно преломляются в конкретных видах и формах человеческой деятельности. Именно поэтому философия, по словам известного российского мыслителя Туrowsкого М.Б., явилась и является «повивальной бабкой науки».

Вместе с тем существующее ныне явное противопоставление философии и науки имеет историческое основание. Культурная установка Нового времени, провозгласившая самодостаточность человека как ответственного субъекта исторической деятельности, в том числе и познания, привела к преувеличению роли науки, ее быстрого социального обособления в виде общественного института знания. Отделение философии от науки породило трудно разрешимую проблему антиномии субъективности разума и постигаемого им объективного мира. Античность, эллинизм, сре-

дневековые не знали такой проблемы. Мыслителям не приходилось делить между объективной устроенностью мира и субъективной способностью человека. «Разум был космичен в качестве ли ипостаси Единого или момента божественной творческой силы. Вообще не вставало вопроса о взаимосвязи Разума и дела. Дело было разумно по определению, и потому знание было философией» (16).

Объектная ориентация наук, ее отрыв от философии привели к потере ею критериев всеобщности, к гипертрофированной специализации, к культу «частичного» знания.

Для медицины эта тенденция обернулась драматическим последствием. Она потеряла из вида свой объект, наука о человеке стала дегуманизированной системой знаний.

Вот почему так актуальна сегодня проблема предметной переориентации медицины, что в свою очередь предполагает построение ее общей концепции, рассматривающей человека в его тотальности, т.е. как органическое «единство многообразного». Другими словами, общая теория призвана выявить ту конкретно-всеобщую основу существования человека, из которой выводимы все его дальнейшие ипостаси бытия. Очевидно, что такая теория должна преодолеть традиционную для конкретных наук односторонность подхода в изучении своего объекта и синтезировать в своем содержании основополагающие идеи различных по предмету и сущности направлений современного человековедения.

Чтобы представить себе возможные способы их теоретического сотрудничества, следует предварительно разобраться в содержательном смысле проблем, лежащих «на стыке» этих наук, которые и помогут «навести мосты» от одной науки к другой.

Начнем по порядку и определим проблемное поле такой ведущей гуманитарной дисциплины как философская антропология. Природа, сущность человека как такового — предмет ее размышлений. Вместе с тем философская антропология сегодня — это множество школ и потому бесконечное разнообразие точек зрения. Утверждая, что «образ человека разбит на тысячи кусков», германский философ Шелер М. полагал, что совместить все виды разрозненного знания о человеке в принципе нельзя, поскольку любая достаточно общая дефиниция означала бы отрицание свободы и многообразия такого уникального по своим креативным возможностям существа как человек (17).

В целом, современные философско-антропологические учения в соответствии с их исходными методологическими установками, концептуальным содержанием и направленностью можно весьма условно разделить на две группы: субъективистско-антро-

пологические и объективистско-онтологические. В рамках концепций первой группы человек понимается как существо полностью или в основном автономное. Его бытие всецело определяется субъективным «Я», суть которого выводится из различных сфер внутренней жизни индивида. Это или разумно-познавательная деятельность, отмеченная печатью индивидуальных особенностей интеллекта, или это — бессознательно-иррациональные волевые импульсы и устремления, или — экзистенциальное самоощущение или, наконец, духовно-нравственные силы. В каждой из этих сфер жизнедеятельности человека заключена, по мнению авторов, основа личностной свободы человека, его творчества, направленного на созидание как своего индивидуального, так и общечеловеческого бытия. (К концепциям субъективистского толка относятся антропологические доктрины экзистенциализма, персоналистские учения, философия прагматизма, отчасти психоаналитическая антропология).

В теоретических построениях второй группы человек рассматривается как существо, целиком зависимое от объективных факторов его бытия: космоса, природы, мирового разума, божественного провидения, фаталистически понимаемой социально-исторической закономерности. (К примеру, структуралистская антропология, операционно-бихевиористская концепция, социобиология, философия физикализма, неотомистская антропология и др.).

Различные по своему содержанию философско-антропологические концепции описывают и соответственно конструируют определенный, но всегда достаточно односторонний образ человека, образ, который затем сознательно или неосознанно используется конкретными гуманитарными науками в их исследованиях, а также и в практике реальной работы с людьми. Именно поэтому каждая из современных человеческих, в частности психологических школ, изучая феномен человека-личности, как правило, акцентирует свое внимание лишь на особых его качествах. Так, предметом теоретического анализа выступают: человек-игрок, человек-робот, человек-компьютер, человек-вместилище нужд, инстинктов, потребностей, или, наконец, человек — система реакций на различные стимулы и т.д.

По справедливому заключению Э. Кассирера, односторонность каждой из подобных теорий — это своеобразное «прокрустово ложе», на котором под заданный образец подгоняются все возможные эмпирические данные (5). В результате в области человековедения царит анархия идей и фактов. Но богатство фактов, лишенных единого концептуального основания, это еще не богатство мыслей. («Многознание не означает мудрости» — Гераклит).

Вместе с тем сближение различных позиций в философской антропологии представляется весьма возможным. Обязательное условие к этому — выявление той «базисной структуры», то конкретно-всеобщей основы существования человека, которая детерминирует и в определенном смысле порождает все разнообразные формы его (человека) жизнедеятельности. В поиске такого основания «нитью Ариадны», как нам представляется, может стать концепция предметной деятельности Маркса. В истории философско-антропологической мысли общественно значимая целенаправленная преобразовательная деятельность человека впервые стала рассматриваться в качестве ведущего способа его бытия в трудах немецких классиков. Правда, последние (Кант, Фихте, Гегель) трактовали эту деятельность сугубо рационалистически в единстве главных и самодостаточных (с точки зрения авторов) ее аспектов: познавательного и нравственного. Марксу удалось представить жизнедеятельность людей в качестве особого по форме и структуре, но естественного и тем самым объективного по существу природного взаимодействия. Предметом его доктрины стал не мир сам по себе (объективистский подход), не человек сам по себе (субъективистский подход), а «мир человека», т.е. его бытие в деятельно преобразуемом им же самим природном и социальном ландшафте. Известное утверждение Маркса, что «... история промышленности и сложившееся предметное бытие промышленности является раскрытой книгой человеческих сущностных сил, чувственно представшей перед нами человеческой психологией» (9), несмотря на свою, казалось бы, явную метафоричность, содержит глубокой методологический смысл. Он достаточно основательно проанализирован в трудах российских философов и психологов (Ильенков Э.В., Туrowsкий М.Б., Михайлов Ф.Т., Выготский Л.С., Леонтьев А.Н. и др.) В контексте нашего анализа важно подчеркнуть лишь следующее. Конституирующей особенностью человеческой жизни как формы обмена веществ является не пассивное видоспецифическое, а «производительное потребление» (преобразовательная орудийная деятельность). Именно оно логично приводит к перестройке естественной природы *homo sapiens*'a, в составе которой появляются сформированные прижизненно новые «функциональные органы» (Леонтьев А.Н.), или «сущностные силы» (Маркс К.). И, значит, главный атрибут человека — его сознание — это не сложившаяся эволюционно новая субстанция (будь то некая духовная организация — душа или особая физиологическая структура мозга), а сформировавшийся в рамках деятельности способ выражения новой, отличной от биологической формы полагания природного объекта как осваиваемого предмета

жизнедеятельности, полагания по всеобщей форме, т.е. как цели, как знания.

Овеществление или объективизация в предметном теле орудий (а позднее в их знаковой форме — слове, символе, жесте) самих способов созидательной активности людей возможна только в системе общественной (и значит, надиндивидуальной детерминации усилий каждого субъекта, а также при условии фиксации их результатов в общественно значимой (обобщенной, культурной форме). В системе деятельного сотрудничества, предполагающего со-мыслие, со-чувствие всех участников этого процесса, образ результата их деятельности необходимо теряет инстинктивный характер; он символизируется, становится средством выражения цели и, соответственно, программы ее достижения. Человек изначально входит в свою историю как демиург, как преобразователь (15).

Преобразуя природный мир, переводя натуральное в культурное, человек производит не только необходимый ему предмет. Он производит многообразную совокупность новых форм сотрудничества, результатом чего оказывается обновленная общественная жизнедеятельность, а, значит, и новый по своим активным качествам человек.

Живая общезначимая деятельность людей, создающая каждый раз новые культурные формы, отливается и застывает в них. Живой труд переходит в труд мертвый. Но последний снова оживает, будучи втянутым в процесс преобразовательного и созидательного самоутверждения человека в мире. Поэтому истинный генофонд человечества — это материальная и духовная культура. А человек потому и универсальное существо, что, будучи носителем деятельности, составляющей содержание всего мира культуры, он репрезентирует своим бытием ее (культуры) целостность. Субъект, творящий мир своего бытия, не только познает его, но и отыскивает при этом всеобщий смысл самого своего существования.

Итог сказанному. Деятельностный подход, по нашему заключению, — это именно та методологическая позиция, которая обеспечивает возможность объективного решения фундаментальной проблемы философской антропологии. Конечно, само понятие предметной деятельности, представление о ее структуре не позволяет дать исчерпывающее объяснение сложному феномену человеческой природы, включающей все глубоко личностные движения души каждого индивида, все многообразие языковых, знаково-символических форм общения и поведения, всех типов деятельностно-семиотической переработки собственно не орудий, а их значений. Но потому и называют концепцию Маркса подходом, что, не решая многих из означенных проблем, он позволяет



наметить направление и основные ориентиры исследования. А это, как известно, уже половина дела.

Деятельностный подход обнаруживает явные преимущества перед другими методологическими позициями современной философской антропологии.

1. Он позволяет преодолеть односторонность концепций как субъективистского, так и объективистского толков, используя при этом и их рациональные моменты.

2. Отстаивая приоритетное значение социокультурной сферы бытия человека, он не отрицает роли собственно природных факторов. Через культуру как «вторую природу» воспроизводится единство мира собственно природного и человеческого.

3. Деятельностный подход позволяет наметить пути решения одной из ведущих антропологических проблем — проблемы социального и биологического, хотя, на наш взгляд, сама постановка последней не совсем корректна. Уже на стадии антропосоциогенеза формируется принципиально новый тип организации живого. Морфофизиологические особенности его организма представляют собой предпосылку и прямой результат истории развития и закреплённых в культуре форм и способов человеческой деятельности. В соматической наследственности *homo sapiens*'а закладывается лишь механизм онтогенетического приспособления к общению и к орудийной деятельности. Иначе говоря, основную программу своей жизни человек находит не в устройстве своего тела, не в его органических функциях, а в предметных формах культуры, в способах и средствах общения. «Открытость» системы — Человек для любого вида социальных деятельных отношений — это специфика существа, не имеющего аналогов в биологическом мире. В этом плане распространённое в научной, в том числе и в психологической литературе положение о том, что каждый новорождённый — только «кандидат в люди», на наш взгляд, не строго. Оно противоречит диалектическому принципу саморазвития, согласно которому движущие факторы становления любого системно сложного объекта содержатся уже в его исходном основании.

Известный психолог Рубинштейн С.Л. полагал, что ребенок входит в мир с уже заложенной способностью жить в нем по-человечески. Первым криком своим он подтверждает свою готовность быть «зеркалом» другого человека и соответственно видеть в нем себя как в зеркале (12). Вместе с тем, для антропологии очевидным стал и тот факт, что общение (со-мыслие, со-чувствие, со-действие) как основополагающий фактор человеческой жизнедеятельности привело по-своему к драматическому последствию, а именно к резкому снижению собственно биологической приспособ-

ленности, выражающемся в размытии норм реакций в видовом поведении человеческих предков. Биологические способы разрешения этого феномена оказались непродуктивными. Поэтому, чтобы включиться в исторически конкретную систему творимой им культуры, человек сам должен быть освоен, освоен в качестве естественного существа. Эта двойственность его характеристик и представляет, на наш взгляд, основание для конкретной постановки проблемы социального и биологического, определения ее исторического состава. Абстрактного решения эта проблема в принципе не имеет.

4. И, наконец, самое главное для основной цели нашего суждения. Понятие предметной деятельности оказалось возможным использовать как средство функционального объяснения и обоснования целостности предмета такой ведущей гуманитарной науки как психология. Работы ведущих российских психологов Выготского Л.С., Леонтьева А.Н. и др. это подтвердили. Совокупность высших психических функций человека была реинтерпретирована в рамках их концепций в качестве функциональных органов его деятельности, что открыло путь к объяснению происхождения психики как таковой.

Почему среди многих гуманитарных дисциплин, идеи которых могут быть ассимилированы в общую теорию медицины, мы выделяем именно психологию? Потому, что только эта наука способна трансформировать общие философско-антропологические понятия в собственно медицинские. Ведь предметом и героем психологии (как и в медицине) является человек, представленный не абстрактно, не как некое «родовое» существо (Фейербах Л.), а как конкретный живой индивид, как личность, становящаяся, страдающая и радующаяся, творящая мир и мир своего бытия.

Психология рассматривает каждого человека как целостную материальную систему с различными уровнями упорядочивающей динамической интеграции, высшим из которых является уровень психики. Психика составляет необходимое условие жизни человека, она включает и каждое из «человеческих отношений к миру».

Психика опосредует все жизненные отправления личности, она обеспечивает в целом функцию ориентации человека в своем внешнем и внутреннем мире, способность управления своей жизнедеятельностью, в том числе и своим организмом. И в этом смысле вряд ли оправдано категоричное истолкование известного афоризма: «В здоровом теле здоровый дух». Ведь действительна и обратная связь: здоровая психика — основа нормального физиологического состояния человека.

Для психологии проблематика философской антропологии и полученные от ее изучения результаты имеют вполне однозначный методологический смысл. Он заключается в требовании изучать индивидуальную природу личности в контексте анализа ее жизнедеятельности в системе исторических по своему характеру общественных отношений. Для каждого индивида эти отношения проявляются в способе гражданской производственной и бытовой субординации социальных «ролей» окружающих его людей, а также совокупностью нравственно-эстетических ценностей, обуславливающих духовно-психологическую атмосферу его макро- и микросоциума.

Старая философия (Декарт, Фихте) нередко связывала категорию «личность» с понятием рефлексия, или самосознания, толкуя его как простое самочувствие, как способность индивида ощущать и оценивать свое внутреннее душевное и физическое состояние. И хотя способность к самоанализу является одним из существенных качеств личности, обеспечивающая ее поведению определенную последовательность и устойчивость, жизнь нередко убеждает в том, что самочувствие человека может быть неадекватным, иллюзорным. Другими словами, личность нередко по самой своей сути представляет собой далеко не то, что она сама о себе думает.

В научной литературе нет единого однозначного определения личности. Многие авторы вместо дефиниции выделяют лишь факторы, ее (личность) формирующие. Это: «индивидуальные свойства человека как предпосылки развития личности, исторический образ жизни как источник развития личности и совместная деятельность как основание осуществления жизни личности в системе общественных отношений» (1). За каждым из этих факторов стоят различные и пока недостаточно соотнесенные между собой области знания. Но одно соображение объединяет их. Понять индивидуальное своеобразие личности возможно лишь на пути «от общего к частному», т.е. проследив, как характерные человеческие качества, нравственно-эстетические ценности, потребности и их мотивация, особенности того или иного типа темперамента формируются и своеобразно проявляются у данного индивида. Психология личности призвана разрабатывать свои понятия и оценки на стыке с общегуманитарными дисциплинами. Последние составляют систему взглядов на место человека в мире, они исследуют всеобщие способы чувственно-практического, нравственно-эстетического освоения и созидания человеком мира. Психологию интересует проблема — каким образом всеобщие (а, значит, обезличенные) формы деятельности и общения усваиваются индивидом, определяют его потребности, способности и все другие личные ка-

чества. Отличие психологии от общегуманитарного видения человека в какой-то мере отражает различие между «сущностью» и «существованием» человеческой индивидуальности, обусловленных соответственно всей совокупностью социальных отношений и той локальной зоной этих связей, в которой существует и формируется конкретный индивид.

Чтобы специалисту-психологу (равно как и медику) составить целостное представление о личности, надо выбрать адекватную своему предмету методологию анализа. При этом сразу возникает вопрос, — а возможно ли в принципе представить в понятиях иерархически сложную организацию индивида, включающую множество уровней и факторов его существования, каждое из его «отношений к миру — зрение, слух, обоняние, вкус, осязание, мышление, созерцание, ощущение, хотение, деятельность, любовь — словом, все органы его индивидуальности» (Маркс К.) (8).

Личность — это живой естественный индивид с особой характерной только для него морфофизиологической организацией. Поэтому исследование феномена личности предполагает определение ее психофизиологической целостности, в рамках которой ум, душа и телесность взаимосвязаны и взаимообуславливают друг друга. Как же соотнести изучение психических функций и неотделимых от них физиологических механизмов, исключив при этом рецидивы психофизиологического параллелизма или одностороннего физиологизма?

Современное движение «системников» (Берталанфи Л., Ланге О., Месарович М., Боулдинг К. и др.) пришло к однозначному заключению: разрабатываемая ими универсальная модель системы, претендующая стать аналогом для любого конкретного научного системного исследования, всегда формальна. Она не может учитывать качественно специфические механизмы становления структурно-сложного динамичного по своей сути объекта. Содержательно определить такой объект возможно только в рамках генетического анализа, направленного на выявление в процессе становления (генезиса) объекта такого способа его действия, а точнее, взаимодействия (если система открытая), которое, выступая односторонне, лишь как одно из функциональных проявлений системы, вместе с тем выражает и полагает ее сущность как целостной (2).

Чтобы использовать этот метод в психологии, надо предварительно решить вопрос о том, что же следует рассматривать в качестве функциональной единицы психофизиологического статуса личности. В свое время в этой роли выступали: ощущение, реакция, рефлекс. Но, как известно, построить с их помощью модель

системы «Человек» не удалось. Необходимые параметры для выбираемых единиц системного анализа наиболее четко, на наш взгляд, сформулировал родоначальник деятельностного подхода в психологии Выготский Л.С.

1. Единица должна быть не диффузным или синкретическим целым, построенном из элементов путем их соединения, а связанной психологической структурой.

2. Единица должна содержать в противоположном виде свойства целого.

3. Единицы, сохраняющие структурные свойства целого, должны быть способны к развитию, в том числе и к саморазвитию, т.е. они должны обладать порождающими свойствами и возможностью их трансформации в нечто иное по сравнению с исходными формами. Иначе говоря, единица должна быть живой частью целого.

4. Единицы должны не только отражать внутреннее единство психических процессов, но и позволять исследовать отношение изучаемой психологической функции ко всей жизни сознания в целом (3).

С точки зрения Выготского, анализ, расчленяющий сложное целое на подобные единицы, дает возможность выработки синтетического представления об органическом единстве изучаемого объекта.

В психологии деятельностного подхода в качестве такой понятийной функциональной единицы, такой «клеточки», которая отражает сущность жизнедеятельного психофизиологического статуса личности, т.е. ее индивидуально неповторимой субстанции, выступает понятие «потребность».

Потребности любого живого организма — это его актуализированная нужда в чем-либо, необходимом для жизни и развития (веществе, энергии или информации). Все жизненные функции проявляются в форме потребностей, а реальная активность организма осуществляется в способах деятельного их удовлетворения. В этом смысле «категория потребности исключительно универсальна, поскольку она применима ко всему пути эволюции живой природы от ее простейших форм до познавательной и творческой преобразующей деятельности человека» (13). Потребность замечательна тем, что она не одна из многих «рядом положенных» функций организма, а такая его функция, которая интегрирует в себе остальные, побуждая организм к активному самоутверждению и самодвижению. «Естественные нужды» (Леонтьев А.Н.), с которыми рождается человек, не есть еще его естественные потребности. Способы удовлетворения нужд (в тепле, пище, воздухе), осво-

енные ребенком с помощью других людей, выступающих для него в качестве средства деятельности и общения, переводят нужды в осознанные культурно-оформленные предметно представленные желания, в потребности. «...приобретенное орудие удовлетворения ведет к новым потребностям, и это порождение новых потребностей является первым историческим актом», т.е. первым актом собственно человеческой биографии, началом формирования сознания и соответствующих механизмов высшей нервной деятельности» (7). Определение потребности как существенного момента предметной деятельности изменило традиционную схему старой психологии: потребность — деятельность- потребность на новую: деятельность — потребность — деятельность. Исторический характер деятельности и культуры обуславливает конкретно-исторический характер потребностей. Предметная ориентация потребностей личности, способы их удовлетворения в значительной мере зависят от целей и направленности их общественного регулирования. Изучением содержания потребностей занимаются многие гуманитарные дисциплины. Предметом собственно психологического исследования потребность личности выступает в качестве субъективного образа ее предстоящей деятельности, направленной на оформление своего бытия и соответственно на самостановление себя как индивидуального «Я», как личности.

На базе основных потребностей (потребность в пище, отдыхе, безопасности, общении, продолжении рода, самоактуализации и др.) строится все поведение человека. По определению Петленко В.П. и Сержантова В.Ф., потребности выступают в форме осознания индивидом своих жизненных («витальных») функций, переживание которых и есть переживание чувства желания жить и притом в каждый момент определенным образом (10).

В психологии справедливо критикуется одностороннее толкование концепции потребностей, ориентирующее рассматривать мир человека только под углом зрения его внешней полезности, а саму человеческую деятельность — как подчиненную универсальному принципу обладания. Но разве активное стремление одухотворенного творческого индивида к деятельному продуктивному общению, к самовыражению, т.е. его желание «быть» (Фромм Э.), противостоящее желанию «иметь», не есть также потребность?

В теории развития психики Выготского содержится понятие сенситивного периода развития тех или иных систем или органов индивида. Известно, что дефицит общения в младенческом возрасте приводит к существенным задержкам в развитии интеллекта и речи ребенка. Горький тому пример — заторможенное развитие детей, живущих в печально известных домах ребенка.

Та же логика «работает» и в отношении потребностей. Потому важной задачей психологии личности является установление возрастных границ, регламентирующих возможности формирования различных по уровню и направленности потребностей человека. Для психологии, равно как и для педагогики, медицины и других «человеческих» наук необходимо выявить тот сенситивный период, в рамках которого формируются потребности в новых действиях и деятельности, потребности в обогащении их содержания и совершенствования способов, т.е. таких, без которых человек не станет активным создателем собственной личности.

Дифференциация потребностей по их предметному содержанию, духовной ценности, обуславливающей способы самовыражения личности — одна из задач психологии.

Потребности как побудительная сила существования человека синтезируют в своем содержании все формы и уровни его психики. Прежде всего индивид осознает свои желания, порывы и способы их удовлетворения как личностные жизненные функции, переживание которых определяет его общее психофизиологическое самочувствие. Отражая зависимость человека от предметного содержания культуры (материальной и духовной), потребности осознаются им в виде субъективных образов предстоящей или осуществляемой деятельности. Мотивация потребностей не только осознается индивидом, но и эмоционально переживается им. Став предметом постоянных эмоционально оценочных отношений, личностные идеалы, обязанности, нормы поведения превращаются в устойчивые стереотипы жизненной активности. Развитие, становление человека как личности находит свое отражение в своеобразном триедином процессе: расширение и обогащение круга потребностей формирует разнообразные социально ценные мотивации, которые в свою очередь обогащают, делают предметно содержательными эмоции человека.

Принятие решения, оправдывающего тот или иной из конкурирующих в сознании мотивов поведения, требует от личности внутренних усилий, необходимых для осуществления данной цели деятельности, а это актуализирует ее волю.

Единство содержания конкретной потребности и способа ее удовлетворения, включающего все формы человеческой психики (чувства, мышление, волю), обеспечивается механизмом установки, т.е. складывающимся на основе опыта устойчивым predispositionом индивида к определенной форме реагирования. По определению Узнадзе Д.Н., установка — это общепсихологическая готовность индивида к реализации активированной потребности в данной ситуации. Она имеет сложную структуру, содержащую

смысловые (когнитивные), эмоциональные и поведенческие (готовность к действию) аспекты. Механизм установки не позволяет в содержании потребности вычленить в чистом виде отдельный психологический акт.

Целостному с точки зрения ее многообразия в своем единстве содержанию потребности соответствует необходимый для ее реализации физиологический механизм, представляющий особое, формирующееся прижизненно, функциональное объединение. Целевая и функциональная направленность этого объединения, параметры его нормы всецело зависят от характера потребности. Разносторонность потребностей человека обуславливает разнообразие его функциональных физиологических систем-органов (Леонтьев А.Н.), или физиологических органов (Ухтомский А.А.), специфические отправления которых выступают в виде проявляющихся психических способностей и функций, реализующих человеческие потребности. Как отмечает Леонтьев, физиологические органы функционируют так же, как и морфологические постоянные органы, однако они отличаются от последних тем, что представляют собой новообразования, возникающие в процессе индивидуального (онтогенетического) развития. Экспериментальные работы, осуществляемые в рамках концепции Выготского-Леонтьева, позволяют выделить некоторые особенности этих органов:

1. Сформировавшись, они функционируют как единый орган. (Это обстоятельство порождает иллюзию врожденных способностей);

2. Эти органы устойчивы. Они не подвержены угасанию как простые условные рефлексы;

3. Отвечая одной и той же задаче, они могут иметь различную структуру. Это обеспечивает широкую возможность взаимокompенсации специфически человеческих функций. Функциональные физиологические органы человека — это его социализированная физиология.

Из сказанного выше следует, что потребность как функциональная единица психофизиологической системной субстанции личности сама требует системного рассмотрения. Каждый элемент потребности как жизненно важно деятельности активности человека (предмет, ее цель, мотив, оценочные эмоции, воля, установка, физиологический механизм), взятый сам по себе, не открывает тайны своего содержания. Только представленные соотносительно в рамках единой системы — потребности — они обнаруживают свою содержательную взаимодейстеринованность. Вне этой системы, как справедливо отмечает Лефевр В.А., встреча «сознания» и «тела» может в принципе не состояться.



В лучшем случае в отношении между физиологической и психологической лабораториями возобладает принцип дополнительности, и тогда принцип корреляции можно сформулировать так: «чем больше известно о деятельности мозга некоторого субъекта, тем меньше информации можно добавить о его психологическом состоянии» (6) и соответственно — наоборот. Итак, в феномене потребности органически сочетаются различные ипостаси деятельного бытия личности, в нем отражается неразрывное единство социально-личностного мира человека и его организма.

Понятие «потребность» дает возможность наметить принципы системно-целостного подхода к человеку и выявить исходные параметры его психофизиологического оптимума, т.е. его здоровья.

Психосоматическая целостность индивида исключает определение здоровья только с помощью параметров нормального физиологического состояния его организма. Понятие здоровья гораздо шире. Дееспособность — вот основной признак полноценности естественного человеческого существования. Критерии здоровья должны отражать гармоничность психофизиологического статуса человека. Нам представляется, что в качестве таковых и следует рассматривать содержание и способы проявления человеческих потребностей.

Качественные признаки потребностей, в меру необходимых, способствующих психофизическому развитию способностей человека, обеспечению его нормального дееспособного тонуса — это и есть критерии разумных или здоровых потребностей.

Половые, возрастные, профессиональные, личностные особенности людей, равно как и морфофизиологические индивидуальные качества их организма не позволяют выработать общую универсальную модель здоровья, но в этом и нет необходимости. Определение здоровья через призму потребностей даст возможность наметить принципы индивидуального подхода к становлению возрастных, половых, социально-психологических цензов нормальной человеческой жизнедеятельности. При выяснении показателей индивидуального психофизиологического оптимума оказывается возможным принять показатели здоровых потребностей личности за необходимые «точки отсчета», обуславливающие границы нормы функционирования соответствующих физиологических органов.

Разработанная на стыке философской антропологии, психологии и медицины концепция потребностей, включающая обоснованное определение их характера, путей и способов формирования и реализации может быть положена в основу общей теории

медицины. В условиях общей психосоматической ее направленности ведущей врачебной профессией призвана стать специальность психоаналитика, понимаемая в самом широком смысле этого слова (14). Психологически и, соответственно, биоэтически сориентированная медицина, определяя и внедряя в повседневную жизнь людей оправданные гигиенические нормы их бытия, контролируя, оптимизируя процессы развития человека как субъекта своей жизни, сможет во многом способствовать формированию у населения здоровых потребностей и здорового образа жизни.

К примеру, научно-технический прогресс, радикально изменивший ритм жизни и усиливший интеллектуальное, эмоциональное и психологическое напряжение деятельности любого вида, привел к резкому снижению физической активности людей, что губительно повлияло на состояние их организма. Острую форму приобрело противоречие между чрезмерной рационализацией жизни человека и вызванным этим обстоятельством кризисом эмоциональности, основные направления которого: состояние стресса, эмоциональная дисгармония, отчужденность, незрелость чувств.

Понятно, что борьба с подобными недугами не может ограничиться подбором необходимых фармакологических средств. Она предполагает осознание социальных истоков этих патологических отклонений и соответственно выработки социально-психологических мер, побуждающих людей к здоровому образу жизни.

Биоэтический смысл здравоохранительной социальной политики в свете сказанного видится в следующем. Принципы осознанного целостного восприятия человеком самого себя в диалоге с осваиваемой им природой отражает известная формула триединства, онтологический смысл которой отстаивали многие философы (Платон, Соловьев В.С.): «Истина требуется, чтобы знать мир; добро, чтобы сохранить его; красота, чтобы восхищаться им». Восстановить эту формулу в культуре общества, сделав ее определяющим мотивом всех потребностей человека можно, если подчинить все стороны общественной жизнедеятельности началам экологической этики, содержащей в себе новый ценностный подход к природе, к человеку, к собственному здоровью. Принцип равноправия всего живого («благоговения перед жизнью» — Швейцер А.) в рамках экологической (=биологической) этики скорректирован относительно высшего смысла бытия человека. Он означает воплощенное в человеке стремление природы стать универсальной жизнью. Из этого следует, что субъектом биологической этики может быть только гармонично развитая личность, сочетающая в себе на основе телесно-чувственно-разумной целостности духовное

богатство, нравственную чистоту и физическое совершенство. Сущность такой личности «социально природна, космически универсальна» (11). Атрибутами целостной личности являются взаимодополняющие друг друга творчество и любовь (в ее философском значении всеобщей любви), помогающие человеку понять и проникнуть в гармонию природы.

Перед лицом глобального экологического кризиса основная задача современной культуры, опирающейся на все социальные институты, — создать объективные материальные, социальные и духовные предпосылки к переориентации человека на биоэтическое, т.е. созидательно-творческое, эстетическое и нравственно значимое отношение к себе, обществу, природе. «Важный аспект обретения гармоничности — синтез истинного, благого и прекрасного в творчестве природы человеком» (4).

\* \* \*

Вернемся к началу нашего рассуждения о статусе общей теории в системе медицинского знания. Мы пришли к заключению, что ее основу должна составить междисциплинарная концепция психосоматической целостности человека.

Построение такой доктрины предполагает теоретическую интеграцию представлений философской антропологии, психологии и медицины о человеке. Первые две, представляя собой фундаментальные теории человековедения, призваны постулировать методологические основания частных его ветвей и, естественно, в первую очередь — медицины. Их идеи и принципы обусловят целевую направленность и логическую последовательность многоэтапного процесса исследования в рамках конкретных медицинских дисциплин сложной по своей внутренней структуре системы — Человек. Именно такой подход, как нам представляется, и способен привести к разработке ее (медицины) общей теории. Это утверждение принимается многими специалистами, работающими в данном проблемном поле, однако, как ни прискорбно сознавать, оно и сегодня не выходит из разряда лишь благих пожеланий. Сотрудничество медицины, философской антропологии и психологии пока только декларируется, оно еще не стало реальным.

В системе высшего медицинского образования, к примеру, отсутствует такая наука, как психология личности, в содержательном взаимодействии с которой настоятельно нуждаются прикладные медико-психологические дисциплины: психиатрия, нейропсихология, психофармакология и др.

Вот почему вывод из всего сказанного выше достаточно неутешителен.

Обсуждение новых и столь важных для медицины и, в частности, для онкологии проблем, не подкрепленное аргументами из сколько-нибудь проработанной концепции человека как социопсихо-естественного существа, обречено еще долгое время оставаться достаточно абстрактным. А это значит, что вероятность получения столь ожидаемых обоснованных и практически значимых рекомендаций пока еще весьма условна.

### *Литература:*

1. *Асмолов А.Г.* Психология личности.//М. — МГУ. — 1990. — с.170.
2. *Блок А.М.* Методологический смысл системного подхода к современной науке.//«Методологические проблемы современной биологии». — М. — 1972.
3. *Выготский Л.С.* История развития высших психических функций.//М. — 1983. — Собр.соч. — т.3.
4. *Горелов А.А.* Человек — гармония — природа.//М. — Наука. — 1990. — с.178.
5. *Кассирер Э.* Опыт о человеке. Введение в философию человеческой культуры.//«Проблема человека в западной философии». — М. — Прогресс — 1988. — с.12.
6. *Лефевр В.А.* От психофизики к моделированию души.//Вопросы философии. — 1990. — №7. — с.30.
7. *Маркс К., Энгельс Ф.*//Соч. — т.12. — сс.717-718.
8. *Маркс К., Энгельс Ф.* Из ранних произведений.//М. — 1956. — с.591.
9. *Маркс К., Энгельс Ф.* Из ранних произведений.//М. — 1956. — сс.594-595.
10. *Петленко В.П., Сержантов В.Ф.* Проблема человека в теории медицины.//Киев. — «Здоровье». — 1984.
11. *Полис А.Ф.* Оптимизация эмоциональной жизни как пограничная проблема экологии человека.//«Взаимодействие общества и природы». — М. — Наука. — 1986. — с.288.
12. *Рубинштейн С.Л.* Основы общей психологии.//М. — 1948.
13. *Симонов.* Потребность как фундаментальное понятие биологии и психосоматической медицины.//«Биология и медицина». — М. — 1985. — с.132.
14. *Тополянский В.Д., Струковская М.В.* Психосоматические расстройства.//М. — «Медицина». — 1983.
15. *Туровский М.Б.* Природа и человек.//«Постижение культуры». — М. — 1995. — Вып.3-4.
16. *Туровский М.Б.* Философские основания культурологии.//М. — 1997. — с.12.
17. *Шелер М.* Положение человека в космосе.//«Проблема человека в западной философии». — М. — Прогресс. — 1988. — с.32.

### 1.3.3. УЧЕНИЕ ПРАВОСЛАВНОЙ ЦЕРКВИ О БОЛЕЗНИ, СМЕРТИ И ЗАГРОБНОЙ ЖИЗНИ

*«Бог хочет, чтобы все люди спаслись  
и достигли познания истины».*  
(1 Тим., 2,4).

Отчего люди болеют? Почему бывают болезни неизлечимые, неминуемо приводящие к смерти? Что такое смерть? Исчезнет ли мое самосознание, мое ощущение собственного Я, моя личность с наступлением смерти или есть какая-то загробная жизнь?

Перед величием этих вопросов меркнут все остальные; все остальное — ничтожество перед ними; все остальное не имеет никакого смысла. Ведь когда человек рождается на этот свет, про него с полной уверенностью можно сказать только одно: этот человек умрет. Умрет рано или поздно. Про все остальное можно говорить только с некоторой степенью вероятности: может быть, вырастет, а может быть, и нет; может быть, получит образование, а может быть, и нет; может быть, будет человеком хорошим и добрым по отношению к другим людям, а может быть, и нет; может быть, родит своих детей, а может быть и нет; может быть, доживет до старости, а может быть, и нет и т.д. и т.п.

Все существующие в мире философские учения и системы имеют своей целью ответить на эти самые главные вопросы человеческого существования. Некоторые из этих систем претендуют на то, чтобы называть себя религиями. В Православной Церкви сравнительным изучением различных философских и религиозных систем занимается специальная наука, называемая сравнительным богословием. К ней мы и отсылаем тех, кто хочет сравнить различные взгляды на вопросы, поставленные в начале лекции. Следует отметить, что данная лекция будет не интересна и тем, кто не задумывается над вышеперечисленными вопросами, а ведет растительно-животный образ жизни. Да пожалуй, они эту лекцию и не откроют, прочитав ее название. Мы постарались в этой лекции высказать не свое собственное мнение, а изложить максимально точно, последовательно, по возможности — полно, но кратко **Учение Православной Церкви о болезни, смерти и загробной жизни.**

*Современный мир — секуляризм, оторванность от духовной жизни, атеизм, материализм.*

Горе современных людей заключается в том, что нынешняя культура уже давно оторвалась от Церкви, чуждается ее, в тайне даже боится ее. Этот отрыв различных сфер культуры от Церкви называется секуляризмом (т.е. отделением от Церкви), — и понятно, что процесс секуляризации, начавшийся в Западной Европе уже с конца XIII века, наложил свою печать на всю современную культуру. Особой силы и влияния этот процесс достиг в области науки и философии, которые очень рано стали претендовать на «автономию», т.е. на полную независимость от Церкви. Слово «автономия», состоящее из двух греческих слов — *autos* (сам) и *nomos* (закон), как раз и означает, что современная наука и философия уверены в том, что они сами себе закон, они не ищут ни основания, ни поддержки в религиозных верованиях. Чрезвычайные успехи знания и техники, особенно в двух прошедших последних столетиях, вовсе не связаны с этой автономией науки — достаточно указать на то, что во всех областях знания и техники очень много трудились лица духовного звания, всегда строго державшиеся учения христианства. Но многим кажется, что развитие науки и техники как бы свидетельствует о полной зрелости ума, как бы подтверждает самодостаточность нашего разума при размышлениях истины. Чтобы разобраться в этих претензиях нашего ума, в его самоутверждении, надо вникнуть в вопрос об **источниках знания**.

Человечество обладает двумя бесспорными способами познания — первый способ познания опирается на опыт и эксперименты, второй — на прозрения ума. Исторически раньше созрел второй способ познания, — значение же опыта и эксперимента окончательно было осознано в Европе только к концу XIV века. Это обращение к опыту, особенно развитие экспериментального метода носит название **эмпиризма**, — и о нем нужно сказать, что эмпиризм является действительно могучим средством познания мира. Все главные достижения науки и техники обязаны более всего именно опыту и эксперименту. Но и тот способ познания, который опирается на рассуждения ума и который именуется **рационализмом**, есть тоже могучее средство познания. Достаточно указать на то, что все математическое знание, занимающее огромное место в современной науке, является чисто рациональным.

Претензии на полную свободу и автономию характерны только для рационализма: только рационализму свойственна безграничная уверенность в себе, желание все подчинить нашему разу-

му. Рационализм отвергает все, что не укладывается в формы нашего разума, — и отсюда его нетерпимость и самоуверенность. Рационализм поэтому отвергает возможность чуда, т.к. во всяком чуде есть нечто, необъяснимое для разума. Вопрос о возможности и действительности чудес имеет первостепенное значение для религии, которая вся связана с верой в то, что Бог может стать выше законов природы и совершить то, что остается необъяснимым для нас: невозможное для человека, возможно для Бога. Рационализм утверждает, что непостижимое только пока необъяснимо для нас, но что по мере развития знания объем необъяснимого будет все уменьшаться и когда-то сведется к нулю. Соотношение веры и знания часто преподносится нам в такой форме, что вера будто бы связана со слабым развитием ума и знания, что человек, стоящий на высоте современного знания, уже не может жить верой, а может жить только знанием.

Что касается эмпиризма, то он свободен от таких категорических утверждений, он прислушивается к опыту, готов порой допустить и чудо, но в атмосфере секуляризма и он заражается равнодушием к вере и Церкви. Современная культура вообще уводит души от веры и Церкви. Современная жизнь как бы напоена безбожием, нечувствием того, что есть НАД миром, — и это скептическое отношение к вере, к Церкви впитывается в нашу душу, отравляет ее.

А между тем жить без веры не только трудно, но и страшно, бессмысленно. В нашей душе живет неистребимая потребность всецелой правды, потребность приближаться к Вечному Основанию жизни; смерть обесмысливает всю нашу жизнь, превращает жизнь в неразрешимую и мучительную загадку. Со смертью не может примириться наша душа, — это хорошо знают те, у кого умерли близкие, дорогие люди. В свете смерти жизнь представляется каким-то обманом, чьей-то ненужной насмешкой, бессмысленной суетой. Душа наша не может не любить мир, не любить людей; но эта любовь только терзает наше сердце, т.к. мы не можем, если в нас нет веры, примириться с тем, что все это исчезнет навсегда. Жизнь мира — страшная загадка для тех, кто не верит в бытие Бога, кто не чувствует Его близости к нам.

Расхождение веры и знания есть выдумка тех, кто борется против веры и Церкви; вся современная культура так глубоко связана в своих корнях с христианством, что ее нельзя оторвать от христианства. Этим мы не хотим сказать, что нет таких точек, в которых и знание, и культура трудно соединимы с христианством, но **по существу** ни наука, ни философия, ни искусство не могут отвергать христианства.

Знание находится в постоянном движении и развитии, благодаря чему в знании сменяются одна за другой теории и гипотезы. То, что казалось в науке бесспорным вчера, бесследно исчезает сегодня. И эта смена руководящих идей в знании неизбежна и законна. Науке должна быть предоставлена полная свобода в построении любых гипотез для объяснения тех или иных явлений, только надо помнить, что все эти гипотезы могут быть заменены другими гипотезами. Христианство же говорит нам о том, что остается неизменным с того времени, когда Господь Иисус Христос был на земле. Между христианством и наукой могут быть серьезные расхождения в одну эпоху, но они могут сами собой рассеяться в другую эпоху. Да и не в отдельных расхождениях трудность сближения христианства и знания, а в принципах, в существе дела.

Не входя в исследование соотношения веры и разума по их существу, укажем только на то, что христианство настолько высоко ценит разум, что может быть названо «религией разума»: Сын Божий, Господь Иисус Христос именуется в Евангелии (Иоанн, гл.1., ст.1) «ЛОГОСОМ», а «логос» означает и «слово» и «разум». Ничего неразумного нет и не может быть в христианстве, хотя его истины и превосходят наш разум: они сверхразумны, но не неразумны.

Христианство не знает никакого мировоззрения, «обязательного» для верующих (11). И вместе с тем, Православное вероучение представляет собой настолько стройную, гармоничную, логичную и непротиворечивую конструкцию, что даже более или менее серьезное знакомство с ней неминуемо приведет Вас к выводу, что такое учение не могло быть создано одними людьми, оно — боговдохновенно, оно дано людям самим Богом.

*Наше отличие от предков — уровень образованности, причем не в нашу пользу.*

Если мы задумаемся о том, чем мы отличаемся от наших предков (которые все были Православными христианами), то первое, что нам приходит в головы, это уровень образованности, объем знаний. Многим из нас кажется, что мы знаем больше, чем наши бабушки и дедушки. Однако, это мнение глубоко ошибочно. Действительно, мы отличаемся от наших предков уровнем образованности, но, поверьте нам, не в нашу пользу. Мы не знаем многого из того, что было для наших пращуров совершенно известно, в чем они не сомневались, что они знали точно. Вот какими словами рассказывает об этом современный православный журналист диакон Андрей Кураев (4): «В моей жизни впервые интерес к Пра-



вославию проявился, когда я увидел глаза верующего человека. Я учился тогда на кафедре научного атеизма и никакого личного интереса к Православию не испытывал. Студенты МГУ вместе с «по-братимами» из «братской социалистической Венгрии» поехали на экскурсию в Троице-Сергиеву Лавру. Туристическая толпа «вывалилась» из Собора, как вдруг уже на пороге юноша, который шел прямо передо мной, обернулся и, глядя на иконостас, перекрестился и поклонился. Он смотрел мимо меня, за мою спину — на образа. И его глаза я увидел прямо перед собой. В них не было никакой мистической экзальтации. Они были вполне обычны — и это-то и поразило меня. Как же так? Почему он молится? Он — мой сверстник. Он учился в такой же советской школе, как и я. Как и мне ему рассказывали всевозможные гадости из истории Русской Православной Церкви. Но почему тогда я здесь — как ничего не понимающий интурист, а он — как паломник у родной святыни? Он знает все, что знаю я. Но, если при этом он молится — значит, он знает что-то, что закрыто для меня. И меня пронзила такая досада и на свое невежество и на «советскую власть», сделавшую меня иностранцем в своей собственной стране, что я решил побольше узнать о Православии» (4).

Диакон А. Кураев является в настоящее время одним из самых эрудированных православных богословов. Однако, если мы откроем учебник по основному богословию, изданный до 1917 года для семинарий (т.е. для обучающихся, с целью получить **среднее** образование), то мы найдем в нем многое из того, чего современные богословы не знают или считают слишком сложным для современной аудитории. А для наших дедов и прадедов это было обязательным знанием для **среднего** образования. Конечно, некоторые из них не имели среднего образования, а те, кто жили в деревне, могли быть и неграмотными. Но все они регулярно молились Богу, посещали Храм, знали Православную службу, Псалтырь. И именно это служило им главным источником знаний о мире, Боге, спасении, смерти, загробной жизни и т.п. А значит, наши предки были более образованы по сравнению с нами в гуманитарных областях и богословии, их вера была осмысленна, а не основана на незнании и необразованности, как представляется сейчас многим нашим современникам.

*Сотворение мира. Взгляд современной физики  
на происхождение Вселенной.*

Мир был сотворен. Об этом свидетельствует вся современная физика. Момент творения Мира физики называют «Большим

Взрывом». Теория большого взрыва и распада Вселенной явилась результатом общей теории относительности Эйнштейна. Однако сам Эйнштейн внес математическую поправку в свою теорию, чтобы не допустить неминуемого вывода о том, что «вселенная нестатична», так как и математические, и логические теоремы приводили к такому выводу. Эйнштейн был слишком укоренен в статическом воззрении XIX века на неизблемость мира и на стабильность вселенной, чтобы согласиться со своими собственными выводами.

К такому выводу пришел, однако, в 1922 году вскоре после опубликования теории относительности (1915 г.) не сам Эйнштейн, а русский ученый, физик и математик, Александр Фридман. Выводы Фридмана были чисто теоретические. Практически они были подтверждены американским астрономом Эдвином Хабблом, открывшим в 1924 г., что мир состоит не из одной только нашей галактики, поскольку он обнаружил и изучил при помощи мощного телескопа девять галактик. Теперь мы знаем, что каждая галактика состоит из сотен тысяч звезд. Хабблом был физически доказан факт расширения пространства между галактиками, что подтверждало вычисления Фридмана о расширении вселенной во все стороны. Эта теория предсказала существование реликтового излучения, которое было в 1965 г. обнаружено А. Пензансом и Р. Уилсоном в радиодиапазоне (5). Современным физикам следует собраться на Всемирный конгресс и объявить о том, что они не имеют никаких возражений против Богооткровенного учения о сотворении мира.

Для православного христианина главным источником познания является Откровение, данное нам в БИБЛИИ. Религиозное Откровение отчасти сопоставимо с тем, как учитель сообщает ученику знания, которые он на своей стадии развития не может постигнуть без помощи учителя. Слушая учителя, ученик сначала все сказанное ему принимает на веру. И уже потом, в зависимости от жизненных обстоятельств, он может некоторые из сообщенных ему сведений проверить на опыте; другие же так и останутся для него на всю жизнь предметом веры. Все мы можем проверить, как происходит та или иная химическая реакция, о которой только что говорил учитель. Но не у всех есть возможность, например, проверить существуют ли иные материки или верны ли вычисления астрономов.

Творение представляет собой акт, для которого необходима причина, пребывающая вне его. Творение нельзя смешивать с воспроизведением уже существующих форм, с воспроизведением, которое мог бы осуществить и сам человек. Может ли человек про-

извести живое из неживого? Предположим, что это бы произошло. Было бы это творением? Ответ ясен — нет. Рассмотрим простой пример. Предположим, что наши далекие предки, не умевшие разводить огонь и ограничившиеся перенесением его к себе от лесных пожаров, вдруг сумели бы самостоятельно добыть огонь. Было бы это творением огня? Ответ ясен — нет. Возможность бытия огня уже существует в природе. Эта возможность была уже сотворена.

Творение есть акт, настолько выходящий за пределы окружающей нас действительности, что невозможно дать ему ни описания, ни логического определения в системе понятий об уже существующем.

Говоря о происхождении мира, невозможно соотнести акт творения с каким-либо моментом бытия мира, т.к. мир может быть мыслим только существующим во времени, и само время может быть мыслимо только в существующем мире. Творение мира есть и творение времени (12). А значит, что ТВОРЕЦ существует ВНЕ ВРЕМЕНИ и ВНЕ ПРОСТРАНСТВА. Об этом и учит Православная Церковь.

В заключение первых разделов лекции, основной предмет которых изучает еще одна богословская наука, называемая апологетикой (к ней мы и отсылаем желающих ознакомиться с рассмотренными вопросами подробнее), мы хотим привести кантовское доказательство существования Бога, за которое герой «Мастера и Маргариты» Иван Бездомный хотел сослать философа в Соловки «года на три». Первый тезис Канта: все в мире подчинено закону причинности. Все события в мире соединены причинно-следственными связями, и ничего в нем не происходит без надлежащих причин, с необходимостью вызывающих к бытию свои следствия. Второй тезис: если человек тоже подчинен этому закону, то он не может нести нравственную ответственность за свои поступки. Третий тезис: если мы утверждаем нравственную вменяемость человека, мы должны постулировать его свободу. Вывод: следовательно, человек живя в мире, не подчиняется основному закону мироздания. Значит человек — неотмирный, т.е. обладает статусом экстерриториальности. Ничто в мире не может действовать свободно, а человек — может. Выходит, человек есть нечто большее, чем мир. Таким образом, в человеческом нравственно свободном опыте проступает иное измерение бытия — бытия, неограниченного пространством, временем, детерминизмом и одаренного свободой, нравственностью и разумом. Такое бытие на языке философии именуется Богом. Человек свободен — а значит, бытие богаче, чем мир причинности; человек свободен — а значит морально необходимо признать бытие Божие (3,7).

Завершая этот раздел лекции, мы хотим отметить, что в наши дни только человек необразованный, зашоренный, с чрезвычайно узким кругозором может не верить в Бога. Вера в Бога — это не мода, а показатель уровня знаний человека, его внутренней культуры, его способности думать, вести внутреннюю духовную жизнь.

*Мир видимый и мир невидимый. Простота устройства мира, его гармоничность и красота. Сотворение человека.*

«В начале сотворил Бог небо и землю» (Быт., 1,1). Величественно стоит, возвышаясь независимо от древних мифологических сказаний о происхождении мира, от разных сменяющих друг друга гипотез о начале и развитии мирового порядка, начертанное на первой странице Библии, боговдохновенное Моисеево повествование о сотворении мира. Оно чрезвычайно кратко, но в этой краткости охвачена вся история мироздания.

Из данной Моисеем величественной схемы происхождения мира следует ряд выводов:

1) о том, как возник мир:

- а) мир не существует вечно, а появился во времени;
- б) не сам собою образовался, а обязан воле Божией;
- в) явился не в один миг, а создавался в последовательности от простейшего к более сложному;
- г) сотворен не по необходимости, а по свободному хотению Божию;
- д) сотворен Словом Божиим с участием животворящего Духа;

2) о том, какова природа мира:

- а) мир **по существу** отличен от Бога, он не есть ни часть Его существа, ни Его эманация (исхождение), ни Его тело;
- б) сотворен не из какого-нибудь вечно существовавшего материала, а приведен в бытие из полного небытия;
- в) все, что есть на земле, создано из земных стихий, кроме души человека, носящей в себе образ и подобие Божие;

3) о том, каковы следствия творения:

- а) Бог остается по Своей природе отличным от мира, и мир от него;
- б) Бог не потерпел никакой убыли и не приобрел для Себя никакого восполнения от создания мира;
- в) в мире нет ничего несотворенного, кроме Бога;

г) все сотворенное прекрасно, значит, зло не явилось вместе с творением мира.

Только на этих основах возможна истинная религия. Без признания ЛИЧНОГО Бога мы не могли бы Его любить, Его прославлять, благодарить, искать у Него помощи, Ему молиться; мы были бы как сироты, не знающие ни отца, ни матери (13).

Некоторые Отцы Церкви в первых словах книги Бытия разумеют под небом не физическое небо, образованное в последствии, а небо невидимое или жилище горних сил, бесплотных духов, ангелов. Бог создал ангелов далеко прежде видимого мира и при создании последнего они уже предстояли пред лицом Творца и служили Ему. Ангелы — духи бесплотные, и поскольку принадлежат к миру невидимому, не поддаются лицемерию нашими телесными очами (13). Впрочем, бестелесным и невещественным называется ангел только по сравнению с нами. Ибо в сравнении с Богом, Единым несравнимым, все оказывается грубым и вещественным; одно Божество всецело невещественно и бестелесно (13).

Человек сотворен Богом по образу и подобию Божию; состоит человек из души и тела, и поэтому связан как с природой (телом), так и с Богом (душой). Тело человека тленно, а душа — бессмертна. Происходя по телу из земли и тем самым будучи земным собратом всем земным существам, произошедшим из этой же земли, человек есть образ и подобие Бога на Земле и, как носящий в себе дыхание Творца, есть существо, выходящее за пределы тварного ряда, хотя и завершающее собой весь этот тварный ряд. Человек создан как вещь и представляет собой одну из вещей на Земле, но как образ и подобие Божие, как носитель **божественного дыхания**, он уже не создан, а сотворен и уже не есть вещь. Он первый и единственный из всех тварей **отпущен на свободу**, чтобы поднявшись из праха земного, из состояния природной необходимости, из состояния раба окружающих его условий, стать усыновленным Богу, стать сотрудником Бога на Земле и затем войти в вечность для единения с сотворившим его Богом. Человек возник к бытию, в себе самом соединяя:

- 1) материальное (в самом предметном смысле этого слова);
- 2) психическое;
- 3) духовное.

Он есть единство всех планов бытия, как бы некий связующий стержень, пронизывающий Вселенную и содержащий в себе все ее элементы. Человек призван к обожению, т.е. к единству с Творцом. Человек призван выйти из рамок тварной Вселенной, чтобы вознестись в духовное небо для соединения с Творцом. **Человек сотворен животным, получившим повеление стать богом, — резю-**

мирует христианское учение о человеке св. Василий Великий. Созданный из праха земного человек — вершина мироздания, его завершение, осмысление (12).

*Западный стандарт прав человека. Главный недостаток — отсутствие понятия греха.*

В годы проходящей сейчас в мире всеобщей глобализации с особой ясностью проявился секуляризм современной культуры. Навязываемый сейчас России западный стандарт прав человека вырабатывался без всякого участия Православия или хотя бы учета его мнения. В итоге в этом стандарте совершенно отсутствует понятие греха. А между тем «всякий, делающий грех, делает и беззаконие; и грех есть беззаконие» (1 Ин., 3,4) [9]. И главная забота человека — излечиться от греха. «Ибо возмездие за грех — смерть, а дар Божий — жизнь вечная во Христе Иисусе, Господе нашем» (Рим., 6,23). «...Как одним человеком (Адамом) грех вошел в мир, и грехом смерть, так и смерть перешла на всех человеков, потому что в нем все согрешили» (Рим., 5,12).

Врачи, лечащие больных, условием выздоровления их ставят исполнение их предписаний. Они прописывают больному известные лекарства, назначают известную диету, от употребления и исполнения которых зависит их телесное здоровье.

Вот и Господь Бог, как опытный врач наш душевный, предписывает условия нам, больным грехом и его последствиями. Да, все мы больны грехами, души и тела наши подтачивает страшная язва грехов.

Грехи являются причиной смерти; и не только телесной, но и духовной, т.е. такой, когда душа, совершенно погруженная в грехах, теряет образ и подобие Божие (дарованные нам Господом от сотворения мира) и, таким образом, как бы умирает для вечного блаженства, предназначенного ей Богом-Создателем (2).

Откуда же возник грех, нравственное зло? Бог создал мир чистым, совершенным, свободным от зла. Зло вошло в мир вследствие падения, которое произошло сначала в мире бесплотных духов, а затем в роде человеческом (13).

По свидетельству слова Божия начало греха идет от диавола. «Кто делает грех, тот от диавола, потому что сначала диавол согрешил» (1 Ин., 3,8). Один из разумных духов, ангелов, сотворенных Богом, уклонился на путь зла. Обладая, как все разумные существа, свободой, данной ему для совершенствования в добре, он в истине не устоял и отпал от Бога. «... Он был человекоубийца от начала и не устоял в истине; ибо нет в нем истины. Когда говорит он

ложь, говорит свое; ибо он лжец и отец лжи» (Иоан., 8,44). Причиной его грехопадения была гордыня (13).

*Греховность земной жизни. Невозможность противления греху без Божьей помощи. Значение утренних и вечерних молитв. Умная молитва.*

У человека нет источника Вечной жизни внутри него самого. Человек сотворен по природе ни смертным, ни бессмертным. Ибо, если бы Бог сотворил его вначале бессмертным, то сделал бы его богом, если же наоборот, сотворил его смертным, то Сам явил бы причину его смерти. Итак, Он сотворил человека способным и к тому и к другому. Сам по себе человек не имеет ни необходимости умереть, ни полноты, необходимой для бессмертия. Он обладает лишь некоей потенцией: к чему «прислонит» он свое бытие — таким и станет.

Человек может дышать Богом, и тогда он становится бессмертным. Но, если он замкнут в себе самом и в мире невечных творений — он умрет. Человек, каким его видит Православие, похож на водолаза, который получает воздух по шлангу с корабля. И вот этот водолаз неосторожным движением зажемял шланг и задыхается. Бесполезно ему сверху кричать, ругать его или напротив, ласково сообщить ему о том, что капитан не сердится на него за испорченное имущество. Нужно, чтобы кто-то другой прыгнул сверху и принес новый шланг с живительным воздухом и дал вдохнуть неудачнику. И плач людей Ветхого Завета к Богу — о том, что «нет между нами посредника» (Иов., 9,33). Некому донести до тонущего человека Горнее Дыхание (3).

Нельзя представлять дело так, будто Бог гневается на нас и наказывает поколение за поколением за проступок Адама. Просто мы сами сотворили смерть. Мы — виновники тому, что весь мир стал подчиняться закону тления. Бог, напротив, ищет — как спасти нас от смерти (3).

Современный мир полагает, что в принципе всегда все было хорошо. Отсюда требование массового сознания к христианству: «Утешьте нас, скажите, что мы можем жить по стандартам потребительского общества, можем ежедневно исповедовать практический материализм, а за это Иисус вместе с Буддой введут нас после расставания с телом в миры и более богатые, и более красочные и более счастливые. Мы ничего не знаем о мире религий — и поэтому для нас все религии равны. Не мешайте нам считать себя христианами при том, что Евангелие мы листали лишь однажды, а не исполняли никогда» (3). Наш ответ на это: ну что ж, мы можем вы-

бирать духовные пути, мы можем следовать или нет духовным законам. Но сами эти законы столь же независимы от нашего желания, как и законы астрономии. Бог открыл для нас духовный путь, на котором можно найти Его, и предупредил о том, в каких случаях Царство Божие не наследуется людьми. Поэтому нельзя совмещать служение Христу с «контактерством» и почитанием иных «божеств» (3).

Для духовного возрастания человека потребна борьба с грехом, ибо естество наше, хотя и очищенное в крещении, не лишено свободы выбора между добром и злом. Мир весь во зле лежит, и грех ополчается на нас сразу с трех сторон (1 Иоан., 2,16). Сердце верующего, как и весь род человеческий, подобны полю, на котором Господь Иисус Христос сеет семя благодати, а мир грешный и враг-диавол — плевелы, греховные мысли и дела (Мф., 13). Плевелы могут заглушить семя благодати, если, во-первых, верующий не будет бороться сам с грехом, не будет употреблять усилие «ибо Царство Небесное силою берется, и употребляющие усилие восхищают его» (Мф., 11,12); и, во-вторых, если верующий не будет получать от Господа особую благодатную силу для очищения грехов и искоренения из сердца плевел. Эта особая благодать, очищающая грехи, подается в таинстве покаяния через священников, которым дана от Бога власть вязать и разрешать грехи (Мф., 18,18) [6].

Некоторые люди покаяние смешивают с исповедью, но это ошибочно, т.к. исповедь лишь завершает, или заканчивает покаяние. Истинное покаяние состоит из следующих ступеней:

- 1) **Сознание** своих грехов, — для чего нужно припомнить свои грехи и познать степень их тяжести;
- 2) **Сокрушение**, или печаль о своих грехах;
- 3) **Решимость** избежать греха, бороться с ним;
- 4) **Исповедь**, или свободное признание отцу духовному во всех содеянных грехах с верою в милосердие Божие и надеждою на полное очищение исповеданных грехов (6).

Молитва, как говорит Иоанн Златоуст, есть наша беседа с Богом и занятие равноангельское. Что кровь для тела, то и молитва для души, поэтому кто не молится, тот душою своею мертв, он есть живой труп. Молитва разделяется на внешнюю и внутреннюю (или умную), на домашнюю и церковную. Внешняя молитва при возношении сердца к Богу проявляется наружно в словах, крестном знамении, поклонах и прочее, а внутренняя молитва состоит в одном возношении сердца к Богу без телесных движений: первой молитвой — внешней молятся все христиане, а второй — внутренней достигшие совершенства и получившие особый дар молитвы;



эти последние воистину исполняют заповедь Ап. Павла: «непрестанно молитесь» (1 Фесс., 5,17). Условия успешности молитвы следующие:

- 1) Прежде, чем начнешь молиться, приготовь себя (Сир.,18, 23), постой некоторое время молча, лучше с закрытыми глазами, пока рассеянные мысли не соберутся во едино, а на сердце, волнующемся чувствами, не ощутишь тишину: не в буре Господь, но в тихом веянии духа ( 3 Цар., 19, 12);
- 2) Представь себя перед Лицом Милосердного Бога, на тебя взирающего и приемлющего молитву твою;
- 3) Молись с крепкой верой, ибо «все, чего попросите в молитве с верою, получите» (Мф., 21, 22);
- 4) Молись с постоянством, с неустанностью: — нынче, завтра, год, два и т.д. до тех пор, пока наконец получишь, если не за добродетель, то за неотступность свою (Лук., 11,8 );
- 5) Молись со смирением, с сокрушением о грехах;
- 6) Молись всем сердцем, пламенно, горячо, — если можешь то молись со слезами, а не одними устами и языком, чтобы не была напрасна твоя молитва;
- 7) Молясь о потребностях земных, о насущном, не молись о чем-нибудь суетном, скоропреходящем, что для гордости и что от лукавого, как то: богатство, власть, слава и пр., но проси благ вечных, духовных, переходящих и за гроб, как-то: веру, надежду, любовь, смирение, дар молитвы, мудрость духовную, преданность воле Божией и т.п.;
- 8) Молись с сердцем, примиренным с твоими недругами, иначе напрасна будет твоя молитва: «когда стоите на молитве, прощайте, если что имеете на кого. — Если не прощаете, то и Отец ваш Небесный не простит вам согрешений ваших» (Марк, 11,25). Поэтому молитесь и за врагов (Мф., 5,44) [6]. Молитва приближает нас к Богу и просвещает нас, чем чаще станем молиться, тем лучше.

Всякий православный христианин, как завещает св. Иоанн Златоуст, должен молиться:

- 1) утром, вставши от сна, благодаря Бога за сохранение в ночи и прося благословения на предстоящий день и труд;
- 2) вечером, отходя ко сну, благодаря Бога за проведенный день и прося сохранить в ночи;
- 3) днем, перед началом каждого дела и по окончании его, перед принятием пищи и после нее (1 Кор., 10,30-31).

Стол (трапеза) без молитвы, говорит св. Иоанн Дамаскин, мало чем отличается от стойла животных. Молитва сопровождается крестным знамением, поклонами и творится перед святыми ико-

нами с призыванием Господа Бога, Пресвятой Богородицы и Святых (6). Лучше всего пользоваться Православным молитвословом и не использовать неуставных (не включенных в молитвослов) молитв.

*Цель человеческой жизни — стяжание Святого Духа.*

Создавая человека, Господь Бог сказал: «создадим человека по образу Нашему и по подобию Нашему» (Быт., 1,26). В образе и подобии Божиим, которые находятся в душе человека, и заключается весь смысл нашей жизни, высшая ее цель: по своему образу и подобию мы должны стремиться к **Первообразу**, т.е. Богу, чтобы более и более Ему **уподобляться** и в соединении с Господом находить свое блаженство; короче говоря, — цель существования человека **«богоуподобление»**. Господь Иисус Христос спасает грешных, указывает истинный путь жизни, дает истинное удовлетворение всем силам человека: «Я есмь путь и истина и жизнь» (Иоан., 14,5). Господь Иисус Христос есть **«путь»**, следовательно только через Него познаем смысл бытия, через Него достигаем спасения; Он — **«истина»**, следовательно только через Него просветимся, достигнем премудрости; Он — **«жизнь»**, следовательно только через Него достигнем блаженства и покоя души.

*Святые Отцы и Вселенские Учителя о болезни.*

Главную причину малодушия и ропота на Бога во дни страданий у многих бывает недостаток веры в Бога и надежды на Его Божественный Промысл. Истинный христианин верует, что все, случающееся с нами в жизни, делается по воле Божией; что без воли Божией и волос с головы нашей не падет на землю. Если Бог посылает ему страдания и скорби, то он видит в этом или посылаемое ему от Бога наказание за грехи его, или испытание веры и любви к Нему; и потому он не только не малодушествует и не ропщет за то на Бога, но, смирясь под крепкую руку Божию, еще благодарит Бога за то, что не забывает его; что по милосердию Своему Бог хочет временными скорбями заменить для него вечные муки; поражаемый скорбью, он говорит с праведным Давидом: «Благо мне, Господи, яко смирил мя еси, да научуся оправданием твоим» (Св. Феофан Затворник)[10].

Во время болезни всякий должен думать и говорить «Кто знает? Может быть, в моем недуге мне отворяются врата вечности?». В болезни, прежде врачей и лекарств, пользуйся молитвою и таинствами: исповедью, причащением и соборованием. (Св. Феофан Затворник)[10].

Господь послал тебе болезнь не зря, и не столько в наказание за прежние грехи, сколько из любви к тебе, чтобы оторвать тебя от греховной жизни и поставить на путь спасения. Благодарю за это Бога, заботящегося о тебе (Игум. Никон)[10]. Как огонь очищает железо от ржавчины, так и болезнь врачует душу.

Господь из любви к нам посылает по силе каждого болезни и скорби, но дает и терпение их, чтобы сделать и нас участниками своих страданий; кто здесь не страдал Христа ради, тот будет угрызаться совестью в будущем веке, — ведь можно было показать свою любовь ко Христу терпением болезни и скорбей, и не сделал этого, стараясь уклониться и избежать всяких скорбей... Не в гневе, не для наказания посылает нам Господь болезни и скорби, а из любви к нам, хотя и не все люди, и не всегда понимают это (10).

Следует упомянуть так же о том, что Св. Отцы предлагают освящать принимаемое лекарство: так, преп. Варсонофий Великий рекомендовал одному ученику принимать лекарство — розовое масло со св. водой. Тот же старец при болезнях не советует усиленно молиться об исцелении, ибо мы не знаем, что нам полезно [10]. **«Бог хочет, чтобы все люди спаслись и достигли познания истины».** (1 Тим., 2,4).

*Болезнь как средство нравственного очищения человека  
и его подготовки к загробной жизни.*

В предыдущем разделе мы попытались раскрыть этот вопрос на основании высказываний некоторых Св. отцов. От себя добавим, что великий светоч Православия прошедшего XX века Святой Праведный Иоанн Кронштадский умер от рака мочевого пузыря. А значит, Господь посылает людям болезни, в первую очередь, для очищения, а не как наказание за грехи, ибо св. Праведный Иоанн Кронштадский был, конечно, человеком уже при жизни совершенным, исцелявшим больных, изгонявшим бесов из одержимых и даже воскрешавшим мертвых. Об этом подробно рассказано в Житии этого святого, к которому мы и отсылаем интересующихся подробностями. И вместе с тем, следует отметить в дополнение к ранее сказанному, что безгрешным был один Иисус Христос, а любой человек, даже проживший на земле всего два часа, уже грешник, и для того, чтобы попасть после смерти в рай ему необходимо нравственное очищение, одним из средств которого и является болезнь.

В заключение этого раздела лекции приведем дивный рассказ из «Писем Святогорца» (14).

Один больной, изнемогая, с воплем просил Господа прекратить его страдальческую жизнь. «Хорошо, — сказал явившийся однажды больному Ангел, — Господь, как неизреченно благ, соизволяет на твою молитву. Он прекращает твою временную жизнь, только с условием: вместо одного года страдания на земле, согласен ли ты пробыть три часа в аду? Твои грехи требуют очищения в страданиях собственной твоей плоти; ты должен быть в расслаблении год, потому что как для тебя, так и для всех верующих нет другого пути к небу, кроме крестного, проложенного Богочеловеком. Тот путь тебе уже наскучил на земле; испытай, что значит ад, куда идут все грешники; впрочем, только испытай в течение трех часов, а там — молитвами Святой Церкви ты будешь спасен».

Страдалец задумался. Год страданий на земле — это ужасное продолжение времени. «Лучше же я вытерплю три часа», — сказал он, наконец, Ангелу. Ангел тихо принял на свои руки его страдальческую душу и, заключив ее в аду, удалился со словами: «Через три часа явлюсь я за тобой».

Господствующий повсюду мрак, теснота, долетающие звуки неизъяснимых грешнических воплей, видение духов злобы в их адском безобразии, все это слилось для несчастного страдальца в невыразимый страх и томление. Он всюду видел только страдание, и ни ползвуха радости в необъятной бездне ада: одни лишь огненные глаза демонов сверкали в преисподней тьме, и носились пред ним их исполинские тени, готовые сдвинуть его, сожрать и сжечь своим геенским дыханием. Бедный страдалец затрепетал и закричал, но на его крик и вопли отвечала только адская бездна своим замирающим вдали эхом и клокотанием геенского пламени. Ему казалось, что уже целые века страданий протекли: с минуты на минуту ждал он к себе светоносного Ангела.

Наконец, страдалец отчаялся в его появлении и, скрежеща зубами, застонал, заревел, что было сил, но никто не внимал его воплям. Все грешники, томившиеся в преисподней тьме, были заняты собою, только своим собственным мучением.

Но вот тихий свет ангельской силы разлился над бездною. С райской улыбкой подступил Ангел к нашему страдальцу и спросил: «Что, каково тебе, брат?»

— «Не думал я, чтоб в устах ангельских могла быть ложь», — прошептал едва слышным, прерывающимся от страданий голосом страдалец.

— «Что такое?», — возразил Ангел.

— «Как что такое?», — произнес страдалец. — «Ты обещал взять меня отсюда через три часа, а между тем целые годы, целые века протекли в моих невыразимых мучениях.»

— «Что за годы, что за века?», — кротко и с улыбкой отвечал Ангел. — «Час еще только прошел со времени моего отшествия отсюда, и два часа еще быть тебе здесь.»

— «Как два часа?», — в испуге спросил страдалец. — «Еще два часа? Ох, не могу терпеть, нет силы! Если только можно, если только есть воля Господня, умоляю тебя — возьми меня отсюда! Лучше на земле я буду страдать годы и века, даже до последнего дня, до самого пришествия Христова на суд, только выведи меня отсюда. Невыносимо! Пожалей меня!», — со стоном воскликнул страдалец, простирая руки к светлому Ангелу.

— «Хорошо,» — ответил Ангел, — «Бог, как отец щедрот, удивляет на тебе благодать Свою.»

При этих словах страдалец открыл глаза и видит, что он по-прежнему на своем болезненном ложе. Все чувства его были в крайнем изнеможении; страдания духа отозвались и в самом теле; но он с той поры уже в сладость терпел и переносил свои страдания, приводя себе на память ужас адских мучений и благодаря о всем милующего Господа.

### *Смерть, как переход к вечной жизни в мире духов.*

Смерть есть общий удел всех людей. Но она есть для человека не уничтожение, а только отрешение души от тела. Истина бессмертия души есть одна из основных истин христианства. «Бог не есть Бог мертвых, но живых, ибо у Него все живы». Состояние души по смерти, по ясному свидетельству слова Божия, не бессознательное, а сознательное. Вот что говорит нам об этом сам Спаситель Господь Иисус Христос в своей притче о богатом и Лазаре (Лук., 16,19-31): «Некоторый человек был богат, одевался в порфиру и виссон и каждый день пиршествовал блистательно. Был также некоторый нищий, именем Лазарь, который лежал у ворот его в струпьях и желал напиться крошками, падающими со стола богача; и псы приходили лизать струпья его. Умер нищий и отнесен был Ангелами на лоно Авраамово; умер и богач, и похоронили его; и в аде, будучи в муках, он поднял глаза свои, увидел вдали Авраама и Лазаря на лоне его, и возопив, сказал: отче Аврааме! Умилосердись надо мною и пошли Лазаря, чтобы омочил конец перста своего в воде и прохладил язык мой, ибо я мучусь в пламени сем. Но Авраам сказал: чадо! Вспомни, что ты получил уже доброе твое в жизни твоей, а Лазарь злое; ныне же он здесь утешается, а ты страдаешь; и сверх того между нами и вами утверждена великая пропасть, так, что хотящие перейти отсюда к вам не могут, также и оттуда к нам не переходят. Тогда сказал он: так прошу те-

бя, отче, пошли его в дом отца моего, ибо у меня пять братьев: пусть он засвидетельствует им, чтоб и они не пришли в это место мучения. Авраам сказал ему: у них есть Моисей и пророки; пусть слушают их. Он же сказал: нет, отче Аврааме! Но если кто из мертвых придет к ним, покаются. Тогда АВРААМ сказал ему: если Моисея и пророков не слушают, то, если бы кто и из мертвых воскрес, не поверят».

В этой притче есть два поразительных момента. Богач просит Авраама за пятерых братьев, которые живут, не догадываясь об ожидающих их загробных мучениях. Страдая сам, он просит за братьев, а значит, по всем нашим устоявшимся представлениям, этот богач — добрый, хороший человек. И этот «хороший человек» в аду! Выходит, чтобы избежать адских мук, мало быть просто «хорошим человеком», нужно еще что-то. Но именно об этом «что-то» люди слушать не хотят. И тогда, действительно, какой смысл посылать мертвых к тем, кто уже не поверил Моисею и пророкам!

Мертвые не приходят к живым, и потому мы должны верить Священному писанию — об этом говорит евангельская притча. Но, видимо, времена, в которые мы живем, и в самом деле последние. Ведь уже много лет подряд мы получаем свидетельства от тех, кто умер, но снова вернулся к жизни (1).

По смерти человек подвергается суду, который называется частным, в отличие от всеобщего последнего суда. О реальности такого суда также свидетельствует вышеприведенная притча.

Нам не дано знать в Священном писании, как происходит частный суд по смерти человека (13). Мы можем лишь отчасти судить об этом, по отдельным выражениям, встречающимся в слове Божию. Так, естественно думать, что и при суде частном большое участие в судьбе человека после смерти принимают как добрые ангелы, так и злые: первые являются орудиями благодати Божией, а вторые — по Божиюму попущению — орудиями правды Божией. На основании ряда указаний Священного писания издревле св. Отцы Церкви изображали путь души, разлученной с телом, как путь через такие духовные пространства, где темные силы ищут поглотить слабых духовно, и где поэтому особенно нужны защита ангелов небесных и молитвенная поддержка со стороны живых членов Церкви. Путь души по ее исходе из тела принято называть «мытарствами».

### *Воздушные мытарства.*

Из древних Отцов говорят об этом св. Ефрем Сирин, Афанасий Великий, Макарий Великий, Василий Великий, Иоанн Злато-

уст и др. Наиболее подробно развивает мысли этого рода св. Кирилл Александрийский в «Слове на исход души», обычно печатаемом в Следованной псалтыри; а картинное изображение этого пути представлено в житии преп. Василия Новаго, где усопшая блаженная Феодора, в сонном видении Василиева ученика, передает, что она видела и испытала по разлучении ея души с телом и при восхождении души в небесные обители. По поводу образности сказаний о мытарствах московский митрополит Макарий в «Православном Догматическом Богословии» замечает: «должно однако твердо помнить наставление, какое сделал ангел преп. Макарию Александрийскому, едва только начал речь о мытарствах: «земные вещи принимай здесь за самое слабое изображение небесных», — и представлять мытарства следует сколько возможно в смысле духовном, скрывающемся под более или менее чувственными, человекообразными чертами» (13).

### *Устройство загробной жизни.*

О состоянии души после частного суда Православная Церковь учит так: «Веруем, что души умерших блаженствуют или мучатся по делам своим. Разлучившись с телами, они тотчас переходят или к радости или к печали и скорби: впрочем не чувствуют ни совершенного блаженства, ни совершенного мучения. Ибо совершенное блаженство или совершенное мучение каждый получит по общем воскресении, когда душа соединится с телом, в котором жила добродетельно или порочно» (Послание Восточных Патриархов о православной вере, член 18; цит. по [13]). Таким образом, Православная Церковь различает два разных состояния после частного суда: одно для праведников, другое для грешников; иначе говоря, — рай и ад. Отцы Церкви, на основании слова Божия, полагают, что мучения грешников до Страшного суда имеют характер предначинательный. Эти мучения могут быть облегчаемы и даже могут быть сняты по молитвам Церкви (13). Для умершего за гробом покаяние невозможно. Это открывается из Священного писания, которое учит, что настоящее время есть время сеяния, а будущая жизнь — только жатва (2).

*Духовная жизнь больного: любить свою болезнь, молитва самого больного и молитвы родственников и близких за болящего, исповедь, причастие, соборование.*

О духовной жизни больного мы сказали кратко выше. Главное — не роптать против Бога, верить, что болезнь попущена Бо-

гом для блага болящего. Современный подвижник Благочестия архимандрит Иоанн (Крестьянкин), насельник Псково-Печерского монастыря, прямо призывает больных любить свою болезнь и за все благодарить Господа. Необходимо непрестанно молиться, выполняя молитвенное правило и, получив благословение духовника, молиться умною молитвой.

Сборник «Молитвы святым» (8) указывает, что при раковой болезни следует молиться Божией Матери, пред иконой ее «Всецарица» (празднование 15/28 августа). Чудотворная икона Пресвятой Богородицы, именуемая «Всецарица» («Пантанасса»), была написана в XVII веке и находится в одном из монастырей Святой Горы Афон (в Ватопедской обители). Образ этот широко почитается и за пределами Греции. Через него Матерь Божия подает всем прибегающим к Ее заступничеству исцеление от раковых болезней. Этот особый дар подтверждается тысячами случаев исцеления от рака. В Москве почитаемый список «Всецарица» находится в храме Всех Святых бывшего Алексеевского монастыря. Этот же сборник указывает, что по бытующему в православном народе преданию, за больного раком следует 40 раз прочитать акафист Божией Матери, пред иконой Ее «Скоропослушница» (празднование 9/22 ноября).

Родственникам больного, желающим действительно ему помочь, целесообразно регулярно посещать Храм и подавать записки на проскомидию о здравии «болящего»; заказывать сорокоусты о его здравии, водосвятные молебны. Это можно делать не только в ближайшем к дому, т.н. приходском Храме, но в любом Православном Храме, даже если он находится в другом городе или другой стране.

Самому онкологическому больному следует регулярно исповедоваться и причащаться, собороваться. Исполнение этих обязанностей христианина не следует откладывать. Целесообразно прибегнуть к помощи Матери-Церкви уже при первом подозрении на злокачественное новообразование. В случае, если диагноз рака будет подтвержден, больному следует как можно чаще говеть, исповедоваться, причащаться, собороваться и верить, что по молитвам его самого, родственников, друзей и Матери-Церкви Бог пошлет ему облегчение в его страданиях и ни в коем случае не прибегать к помощи «экстрасенсов», бабок, гадалок и т.н. «народных целителей». Современная научная онкология имеет весьма эффективные способы лечения злокачественных опухолей, правда, в основном, на ранних стадиях выявления заболевания.

Есть многочисленные свидетельства чудесных исцелений от рака по молитвам Преподобному Афанасию Афонскому, игумену



(память 5/18 июля) и Святому Праведному Иоанну Кронштадскому (память 20 декабря/2 января).

Цитированный нами ранее сборник молитв (8) рекомендует при всякой немощи телесной молиться также Божией Матери пред иконой Ее «Всех скорбящих радость» (празднование 24 октября/6 ноября); Великомученику и Целителю Пантелеимону (память 27 июля/9 августа); Бессеребренникам и Чудотворцам Косме и Дамиану (память 1/14 июля и 1/14 ноября); Мученикам и Бессеребренникам Киру и Иоанну (память 31 января/13 февраля); Преподобному Сампсону Странноприимцу (память 27 июня/10 июля); Святителю Спиридону, Епископу Тримифунтскому, чудотворцу (память 12/25 декабря) и Мученику Трифону (память 1/14 февраля).

### *Действия родственников сразу после смерти больного.*

При конце жизни человека, при отходе его из этого мира над ним читается особый канон — собрание песен-молитв, составленное по определенному правилу. В «Православном молитвослове» этот канон называется так: «Канон молебный ко Господу нашему Иисусу Христу и Пречистой Богородице Матери Господни при разлучении души от тела всякого правоверного». Этот канон читается «от лица человека, с душою разлучающегося и не могущего глаголати» (говорить), обыкновенно он называется **отходною** (молитвою). В момент смерти человек испытывает тягостное чувство страха, томления. По свидетельству святых отцов, человеку бывает страшно при разлучении души с телом: особенно тяжело душе первые три дня вне тела. При выходе из тела душа встречает Ангела-хранителя, данного ей при Святом Крещении, и духов злобы (бесов). Вид последних так ужасен, что душа мечется и трепещет при виде их. Канон читается родными или близкими над умирающим человеком, чтобы облегчить душе выход из тела. Родным и близким умирающего нужно быть мужественными, дабы, попрощавшись с любимым человеком, постараться молитвою облегчить не столько телесные, сколько душевные его страдания (15).

Когда тело усопшего омоют, оденут и уложат в гроб (15), вокруг гроба зажигают свечи (или хотя бы одну свечу) в знак того, что умерший перешел в область света — в лучшую загробную жизнь. Затем сразу же начинают читать канон, называемый «Последование по исходе души от тела» (см. «Православный молитвослов»). Если человек умер не дома, и тела его дома нет, то в день его смерти все равно читают этот канон. Канон читается «за единоумершего», т.е. за только что умершего человека. Поэтому не следует, чи-

тая припев, произносить еще имена или недавно умерших знакомых, или родителей, родственников и т.п. Канон читается только **за него одного** (15).

Затем в течение трех дней над умершим читают и Псалтырь. Она помещена в «Православном молитвослове». Псалтырь **читается непрерывно** (днем и ночью) над гробом христианина во все то время, доколе умерший остается непогребенным. Так как у ближайших родственников усопшего в первые три дня бывает много хозяйственных забот по организации похорон, то читать Псалтырь приглашают кого-либо из друзей, знакомых. Совершать чтение Псалтыри по усопшему может всякий благочестивый мирянин. За час или полтора часа перед выносом тела из дома над телом умершего еще раз читают «Последование по исходе души от тела».

### *Церковное отпевание.*

В храме гроб с телом умершего ставят посреди церкви лицом к алтарю и по четырем сторонам гроба возжигают светильники.

По учению Церкви, душа человека на третий день после смерти проходит страшные мытарства. В это время душа усопшего имеет великую нужду в помощи Церкви. Чтобы облегчить душе переход в другую жизнь, над гробом православного христианина читают канон и Псалтырь, а в церкви совершают чин отпевания.

По прочтении Апостола и Евангелия священник читает **разрешительную молитву**. Этою молитвою разрешаются бывшие на умершем запрещения и грехи, в которых он не покаялся (или которые при покаянии не мог вспомнить), и умерший с миром отпускается в загробную жизнь. Текст этой молитвы тут же полагается в правую руку умершего.

Родные и близкие усопшего обходят гроб с телом, с поклоном просят прощения за невольные обиды, в последний раз целуют умершего (венчик на его голове или икону, находящуюся на груди). После этого тело целиком закрывают простыней, и священник крестообразно посыпает его землею (или чистым речным песком) с молитвою. Гроб закрывают крышкой, после чего уже не открывают. При выносе гроба с телом из храма лицо умершего обращают к выходу и поется Ангельская песнь — Трисвятое. Часто случается, что церковь находится далеко от дома усопшего, тогда по нему совершается заочное отпевание. Родственники умершего заказывают отпевание в ближайшей церкви. После чина отпевания родственникам дается венчик, разрешительная молитва и земля (или песок) с панихидного стола. Дома умершему в правую руку вкладывают разрешительную молитву, на чело полагают бума-

жный венчик, а после прощания с ним на кладбище тело его, закрытое простыней с ног до головы, крестообразно, от головы к ногам, с правого плеча на левое, посыпают песком, чтобы получился правильной формы крест.

В могиле усопшего полагают лицом к востоку, при опускании гроба с телом в могилу вновь поется Трисвятое, в ногах усопшего ставят восьмиконечный крест правильной формы (15).

*Душа после смерти, поминовение усопших, 3-ий, 9-ый и 40 день, год. Родительские субботы.*

Святая Церковь молится постоянно о всех «прежде почивших отцов и братьях наших», но она также совершает особое молитвенное поминовение о каждом усопшем, если есть к этому наше благочестивое желание и нужда. Такое поминовение называется **частным**, к нему относятся третины, девятины, сорочины и годовщина.

О поминовении усопших в **третий день** после смерти повествует предание апостольское. В нем говорится, что Господь воскрес на третий день, поэтому и нам надо в этот день усиленно Ему молиться, памятуя, что скончавшийся крещен был во имя Отца, и Сына, и Святого Духа, Бога Единого в Троице. Кроме богословского значения поминовения усопшего в третий день, оно имеет еще значение таинственное, касающееся загробного состояния души. Когда преподобный Макарий Александрийский просил Ангела, сопровождавшего его в пустыне, объяснить значение церковного поминовения в третий день, то Ангел ответил ему: «Когда в третий день бывает в Церкви поминовение (за душу усопшего), тогда душа умершего получает от стерегущего Ангела облегчение в скорби, которую чувствует от разлучения с телом, получает потому, что славословие и приношение в Церкви Божией за нее совершено, от чего в ней рождается благая надежда, ибо в продолжении двух дней позволяется душе вместе с находящимися при ней Ангелами ходить по земле, где хочет. Посему душа, любящая тело, скитается иногда около дома, в котором положено тело, и таким образом проводит два дня, как птица, ища себе гнезда. Добродетельная же душа ходит по тем местам, в которых она имела обыкновение творить правду. В третий же день, Тот, Кто Сам воскрес в третий день из мертвых, повелевает, в подражание Его Воскресению, вознестись христианской душе на Небеса, для поклонения Богу всяческих».

**Девятый день.** В этот день Святая церковь совершает молитвы и бескровную Жертву об усопшем также по преданию апостольскому. Макарий Александрийский, по откровению ангельскому,

говорит, что после поклонения Богу в третий день повелевается показать душе различные приятные обители святых и красоту рая. Все это душа рассматривает в шесть дней, удивляясь и прославляя Творца всяческих, Бога. Созерцая все это, она изменяется и забывает скорбь, которую чувствовала, находясь в теле и после выхода из него. Но, если она виновна в грехах, то при виде наслаждений святых она начинает скорбеть и укорять себя: «Увы мне! Сколько я осуетилась в этом мире? Увлечшись удовлетворением похотей, я провела большую часть жизни в беспечности и не послужила Богу, как должно, дабы и мне удостоиться сей благодати и славы, Увы мне, бедной!»

По рассмотрении же шести дней всей радости праведников, она опять возносится Ангелами на поклонение Богу.

**Сороковой день.** Преподобный Макарий Александрийский, рассуждая о состоянии души после смерти тела, продолжает: «После вторичного поклонения Владыка всех повелевает отвести душу в ад и показать ей находящиеся там места мучений, разные отделения ада и разные мучения нечестивых людей, в которых души грешников непрестанно рыдают и скрежещут зубами. По этим разным местам мук душа носится тридцать дней (с девятого по сороковой), трепеща, чтобы и самой ей не быть заключенной в них. В сороковой день она опять возносится на поклонение Господу Богу, и теперь уже Судия определяет приличное ей по делам место заключения».

Что мы можем сделать для умерших в течение сорока дней после смерти? Как только человек умрет, необходимо сразу же **позаботиться о сорокоусте**, т.е. ежедневном поминовении во время Божественной литургии. По возможности, хорошо заказать сорок обеден, и даже в нескольких храмах.

**Годовая.** День смерти христианина есть день его рождения для новой лучшей жизни. Вот почему мы празднуем память наших братий по истечении года со дня их смерти, умоляя благоутробие Божие, да милостив будет Господь душам их, да подаст им вожделенное отечество в вечное наследие и сотворит их жителями рая.

Следует помянуть усопших в дни их земного рождения, в дни их именин (день памяти святого, имя которого они носили). В дни их памяти закажите их поминовение на Литургии, закажите панихиду об упокоении.

**Днями сугубого (особого) поминовения усопших являются пять вселенских родительских суббот:** Мясопустная — за две недели до начала Великого поста; Троицкая — на 49 день после Пасхи, перед днем Святой Троицы; вторая, третья и четвертая субботы Велико-го поста.

**Частные родительские дни:** Вторник Фоминой недели (девятый после Пасхи день); 11 сентября (нового стиля) — в день Усекновения главы Иоанна Предтечи; Дмитриевская родительская суббота (совершается за неделю перед 8 ноября).

*Православное воспитание детей. Молитва за усопших.*

Мы надеемся, что из основного содержания лекции уже стала ясна необходимость такого воспитания. Если мы верим, что молитвы за усопших способствуют облегчению загробной участи их душ, то наши дети — наша главная надежда на то, что после нашей смерти кто-то будет регулярно молить Бога об облегчении и нашей участи за гробом. При этом неважно, сколько лет прошло после смерти человека. В Православной церкви существует благочестивый обычай служить панихиды даже над могилами праведников до тех пор, пока они соборно не будут причислены к Лику Святых.

*Второе Пришествие Христово и страшный суд.*

Первый период загробной жизни всех людей закончится Вторым Пришествием Христовым. Оно будет внезапным, равно для всех явным: «как молния исходит от востока и бывает видна даже до запада, так будет пришествие Сына Человеческого» (Матф., 24,27). Прежде всего — «явится знамение Сына Человеческого на небе; и тогда восплачут все племена земные» (ст.30). В великий день пришествия Сына Человеческого совершится всеобщее воскресение мертвых в преображенном виде. Воскресение мертвых будет всеобщее и одновременное, как праведников, так и грешников. Начнется Всеобщий суд.

*Литература:*

1. Басов Д. Православные чудеса XX века.//А.В.К.Издательство. — 2001. — 158с.
2. Вечные загробные тайны.//сост. Игумен Антоний. — М. — 2000. — 208с.
3. Диакон Кураев А. Дары и анафемы.//Москва. — 2001г.
4. Диакон Кураев А. Куда идет душа.//Троицкое слово. — 2001. — 575с.
5. Епископ Василий (Родзянко). Теория распада вселенной и вера отцов.//М. — 1996. — 237с.
6. Еп. Павел. От святой купели и до гроба. Краткий Устав жизни православного христианина.//Москва. — 1994.
7. Кант И. Критика практического разума.//Соч. — М. — 1965. — т.4. — ч.1. — с.458.

8. Молитвы святым в болезнях, житейских нуждах и печалях.//М. — Даниловский благовестник. — 1977. — 288с.
9. Новый Завет, синоидальное издание.
10. Об искушениях, скорбях, болезнях и утешении в них. Собрано из творений Святых Отцов и подвижников благочестия.//Паломник. — 2000. — 255с.
11. *Прот. Зеньковский В.* Апологетика.//Рижская Епархия. — 1992. — 262с.
12. *Прот. Иванов Н.* И сказал Бог...//Клин. — 1997. — 381с.
13. *Протопресвитер Помазанский М.* Православное догматическое богословие.//Новосибирск. — 1993. — 240с.
14. Тайны загробного мира.//*сост. архим. Пентелеимон.* — М. — 1997. — 272с.
15. У Бога все живы. Православный обряд погребения.//Саратов. — 2001. — 94с.

### **1.3.4. ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ. ЭТИКА ПРАКТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ СКВОЗЬ ПРИЗМУ ПРОБЛЕМЫ ЭВТАНАЗИИ**

#### **Введение**

Успехи научно-технического прогресса и практической медицины, расширив область критических состояний человеческого организма, позволили вторгаться в процесс умирания и даже до определенной степени управлять им. Смерть предстала не как цельное явление, одновременно поражающее все жизненные функции организма, а как процесс, растянутый во времени и более или менее изолированно поражающий отдельные комплексы систем жизнеобеспечения. Образно говоря, появилась возможность повернуть ладью Харона вспять и переплыть Стикс в обратном направлении.

Барьер, за пределами которого человеческая душа не может более вернуться в круг живых, раздвинулся, отделив жизнь от смерти пограничной полосой протяженностью в 4-6 минут. Но эти же вырванные у смерти минуты, поставили новые проблемы, не существовавшие до той поры, когда гибель человеческого существа являлась единовременным актом. В частности стал ясен тот факт, что биологическое существование не тождественно социальному, и более того, что эти два качества человеческой лично-

сти могут сосуществовать порознь, вступая в противоречие друг с другом.

С небывалой остротой проявилась утилитарно-прагматическая грань медицины, ибо образовался и постоянно расширяется круг лиц, нуждающихся в такой медицинской помощи, которая требует значительных затрат со стороны общества в виде как нагрузки на физическую и эмоциональную сферу медицинских работников, так и сложности непосредственных и подсобных технических устройств, необходимых для того, чтобы поддерживать хрупкое равновесие на грани, разделяющей более-менее полноценную жизнь и то, что по словам В.А. Неговского «уже не является жизнью, но еще не является смертью» (22).

В статье «Право на смерть» (33) описана больная Нэнси Крусэн из американского штата Миссури, которая, попав в автомобильную аварию в январе 1983 г., с тех пор находится в так называемом «стабильном вегетативном состоянии». Она может дышать, у нее поддерживается кровообращение, она получает питание через зонд. Однако, мозг ее не реагирует на окружающее, и сознание ее безвозвратно потеряно. Специалисты считают, что в таком состоянии пациентка, которой в 1989 г. было 32 года, может прожить еще 30-40 лет. К слову, в стабильном вегетативном состоянии в США находится 10 тысяч пациентов.

Другой случай, который приводит в той же статье ее автор С. Федорин. Содержание одной престарелой пациентки, которая находится в Нью-Йоркской больнице в коматозном состоянии, уже обошлось в 100 тыс. долларов, платить которые не желают ни муж потерпевшей, переставший вносить деньги по счетам уже через год после помещения ее в больницу, ни администрация стационара.

И хотя в принципе возможна ситуация, когда существование человеческого организма путем протезирования его отдельных жизненных систем может поддерживаться сколь угодно долго, каждый новый этап в развития медицины порождает больше новых проблем, нежели достигается его разрешением. Причем, сложность ситуации обусловлена не столько техническими трудностями (то, что они «в конце концов» преодолимы, и что все-таки не в них дело, достаточно наглядно продемонстрировали эксперименты по подключению искусственного сердца к человеку, проведенные в США в начале 80-х гг.), сколько возникающие при этом конфликты этического порядка и неоднозначность сопутствующего им морального выбора. Вот что пишет по этому поводу Р. Маслоу, президент Всемирной ассоциации неврологов: «У нас в США существуют четкие критерии мозговой смерти, и с регистра-

цией этого момента, собственно, никаких сложностей нет. О, если бы проблема исчерпывалась только этим. Нет, не исчерпывается; есть пациенты в безнадежном положении, чей мозг серьезно поврежден, но еще не мертв. Поставьте себя на место нейрохирурга, который должен удалить раковую опухоль мозга и подарить человеку полгода-год жизни в качестве бездумного растения. Этика нашей профессии все более становится непосильным, изматывающим душу бременем» (8).

### **Эвтаназия и динамика норм медицинской этики**

#### *Эвтаназия как проблема практической медицины*

Нас интересует та критическая ситуация, которая сложилась на узкой полоске между жизнью и смертью, и в которую так или иначе вовлечены врач и больной, а точнее, морально-юридический и даже юридический аспект ее. Надо ли вмешиваться в этот драматический процесс умирания, замедляя или, наоборот, ускоряя его? Если замедлять, то имеем ли мы право, отбирать пациентов определенным образом для этой процедуры, производя иными словами селекцию? И если да — то как, и если нет — то почему? И каким образом все это соотносится с традиционными нормами медицинской этики? Является ли право на жизнь не только правом, но и долгом или обязанностью, и должно ли общество охранять и сохранять жизнь человека помимо или вопреки его воле? — Вот комплекс тех вопросов, которые концентрирует в себе проблема эвтаназии, и в правильном разрешении которых самым непосредственным образом заинтересованы не только клиническая реаниматология, но трансплантология, педиатрия с неонатологией, геронтология, хирургия — в общем, вся та область общественного разделения труда, которая именуется медициной.

Мы погружаемся здесь в фундаментальные вопросы человеческого бытия, или, как принято говорить теперь, затрагиваем экзистенциальные проблемы, становимся лицом к лицу с проблемными ситуациями. «Проблемные ситуации» в медицине — это такого рода моральный выбор в клинической практике, и исследованиях, когда он «не обеспечен» предшествующим опытом врачебной этики, когда он всякий раз оказывается исторически новым, когда хотя бы в одном из альтернативных вариантов выбора содержится угроза отступления от требования гуманизма» (12).

Понятие эвтаназии в современном сознании тождественно понятию «убийство из милосердия», а как врачебная практика оно означает сокращение руками медиков (через прямые действия или



посредством бездействия) жизни больных определенной категории. В энциклопедическом словаре эвтаназия определяется как намеренное ускорение смерти неизлечимого больного с целью прекращения его страданий (37).

Во время средневековых войн практиковалось умерщвление тяжелораненых на поле боя, что рассматривалось как акт христианского благодеяния. Для этой цели использовались кинжалы или короткие мечи с рукоятками в виде креста с надписью на них *Miserecordia* («милосердие»). Нередко, впрочем, благодеяния такого рода превращались в обычное мародерство. Существовали также и тайные общества под названием «Утоли мои Печали», которые по договоренности с родственниками производили умерщвление тяжело больных.

Как мы видим, эвтаназия не являлась тогда собственно медицинской проблемой, что не удивительно, ибо умирающий человек вообще не попадал в поле зрения общественного сознания того времени. Характерно высказывание одного из крупнейших гуманистов эпохи возрождения Леона-Баттиста Альберти, взятое из его «Жизнеописания»: «На вопрос, — что является для смертных наиболее важным?, — ответил — надежда; что — наименее?, — воскликнул, — нечто между человеком и трупом!» (2).

Пионерами эвтаназии в Новейшее время, придавшими ей к тому же массовый характер, стали нацистские медики, которые скрупулезно выполнили секретный приказ об эвтаназии, претворявший в жизнь официальную доктрину 3-го рейха о чистоте расы и «расовой гигиене». 1 сентября 1939г. Гитлер на своем личном бланке подписал следующий секретный приказ: «Рейсхляйтеру Боулеру и доктору медицины Брандту поручается под их ответственность расширить полномочия назначенных для этого поименно врачей в том направлении, чтобы из гуманных соображений неизлечимо больным в случае критической оценки их болезненного состояния обеспечивалась легкая смерть» (23). Были созданы методы отбора больных, выделен бюджет, и с целью сохранения «чистоты расы» в период с сентября 1939 г. по август 1941 г. в клиниках и больницах Германии, переоборудованных под «заведения эвтаназии», было уничтожено более 275 тысяч больных следующих категорий: психические больные и эпилептики, больные паркинсонизмом, множественным склерозом и параличом, а также некоторыми другими заболеваниями, которые были зачислены в разряд безнадежных.

Эти бесчеловечные акции вместе с другими деяниями фашистской антимедицины были осуждены Военным трибуналом в Нюрнберге, приговор которого по делу нацистских медиков по-

служил основой как «Нюрнбергского кодекса», в котором сформулированы неперемненные этические и юридические условия клинических экспериментов, так и принятые в 1949 г. «Международного кодекса медицинской этики», где врачам вменяется в обязанность «сохранять человеческую жизнь» и недвусмысленно отрицается эвтаназия.

Тем не менее, ясно выраженная позиция ВОЗ не смогла воспрепятствовать проникновению эвтаназии в практику медицины. Новейшая история эвтаназии ведет отсчет со знаменитого дела Карин Энн Куинлэн 1976 г., 26-летней пациентки со стойким отсутствием сознания и самостоятельного дыхания, которые возникли после того, как она на вечеринке приняла небольшую дозу алкоголя с транквилизаторами. Многомесячное судебное разбирательство между родителями потерпевшей, требовавшими прекратить жизнеподдерживающие мероприятия (до сих пор не ясно, по каким причинам — материального, религиозного или иного свойства), и врачами, отказывавшимися отключить аппарат ИВЛ, не только вывело наружу конфликты, исподволь накапливавшиеся в глубинах современной медицины по мере ее прогресса, но и ознаменовалось первым легальным применением эвтаназии в медицинской практике. После судебного решения, обязывавшего медиков прекратить жизнеподдерживающие мероприятия, они сначала отказывались сделать это, но когда через 2 месяца все-таки отключили аппарат искусственного дыхания, то Карин Куинлэн задышала сама! Ее перевели в приют для больных, нуждающихся в соответствующем уходе, где она, не приходя в сознание, и скончалась 10 лет спустя в 1986г. К слову, при патоморфологическом исследовании у нее не было обнаружено никаких повреждений в коре головного мозга; очаги деструкции наблюдались только в глубинных структурах, в частности в лимбической системе.

В Детройте доктор Джек Геворкян по прозвищу «Доктор Смерть» сконструировал специальную «машину смерти», которая способствовала сокращению жизни ряда больных, в частности некоей Джанет Эткинс, 54 лет: после официального экспертного заключения ей через капельницу ввели смесь сильнодействующих лекарственных веществ (точный состав держится в секрете), и которая (как уверял Геворкян) умерла в сладких грезах ?!

Нидерланды стали первой страной, впервые легализовавшей эвтаназию: еще в 1992 г. эвтаназия стала там одним из «нормальных» путей окончания жизни. В 1997 г. эвтаназия законодательно была оформлена в Австралии. Легализована она и в ряде штатов США. В Испании основана «Ассоциация за право умереть достой-

но», а в Дании «Ассоциация добровольной эвтаназии», действующая уже более 20 лет, пользуется все более широкой поддержкой.

В нашей стране эвтаназия безоговорочно запрещена в статье 45 «Основ законодательства по охране здоровья граждан Российской Федерации». Несколько лет назад положение о неприменении эвтаназии было введено и в Клятву врача Российской Федерации. Появился и ряд работ на данную тему (30).

Вообще «убийство из милосердия» предлагается осуществлять в отношении следующих категорий больных (34):

1. Неизлечимые больные, испытывающие постоянные физические страдания (онкобольные с генерализованным патологическим процессом);
2. Больные в коме, неспособные существовать без аппаратной поддержки;
3. Больные с безнадежно поврежденным мозгом, даже если все прочие органы действуют нормально;
4. Новорожденные с врожденными аномалиями, не способные выжить без хирургического вмешательства (вопрос об эвтаназии как отказе от операции ставится в том случае, если родители отказываются от младенца);
5. Хронические больные с необратимыми возрастными изменениями — в случае, если они высказывают соответствующее желание;
6. Больные, сознательно отказывающиеся от лечения в тех случаях, когда отказ немедленно должен привести к смерти.

За более чем 15 лет, прошедших со времени опубликования данного списка, в составе групп больных не произошло никаких существенных изменений. Возможно, лишь обострилась суть проблемы.

### *Классификация эвтаназии*

Удивительно, но процедура, так и незаконная в медицине за 2500 лет ее существования, обладает довольно развитым категориальным аппаратом, хотя общепризнанной классификации эвтаназии еще нет.

Опираясь на данные литературы и собственный 20-летний клинический опыт работы в качестве врача анестезиолога-реаниматолога, автор предлагает следующую классификацию эвтаназии, составленную парными понятиями:

1. активная — пассивная;
2. прямая — непрямая;

### 3. добровольная — принудительная.

Активная эвтаназия — это такая ее форма, когда жизнь больного прерывается через воздействие на «базисные» системы жизнеобеспечения (дыхание и кровообращение), и смерть наступает в непосредственно обозримом периоде.

Пассивная эвтаназия — это отказ от жизнеподдерживающих мероприятий и лечения, ведущий к смерти в более отдаленном периоде.

С этой точки зрения отключение аппарата ИВЛ или прекращение введения вазопрессоров при прогрессирующем снижении АД следует рассматривать как активную эвтаназию, а прекращение зондового питания или парэнтерального питания — как пассивную.

Деление эвтаназии на прямую и непрямую затрагивает мотивационную сферу деятельности врача: в первом случае речь идет о намеренном, целенаправленном умерщвлении больного, во втором — об ускорении его смерти как побочном результате манипуляций иного, иногда лечебного характера. Например, к непрямой эвтаназии могут быть отнесены случаи ускорения смерти тяжелых онкобольных при избыточном введении наркотических препаратов с целью обезболивания. Смертельные осложнения во время диагностических или лечебных процедур также относятся к этой группе.

Добровольная эвтаназия предполагает выполнение желания самого больного; в этом случае она может рассматриваться как врачебное содействие при самоубийстве. Что же касается принудительной эвтаназии, то ее название говорит само за себя: ей, в частности, могут быть подвергнуты дети с порками развития (тяжелые нарушения деятельности ЦНС или ахалазия пищевода).

Само множество клинических случаев и ситуаций, потенциально несущих в себе возможность эвтаназии, указывает на важность данной проблемы, которая, помимо своего клинического содержания, становится также предметом интереса со стороны массового сознания и средств массовой информации. Проблема эвтаназии, как в фокусе, концентрирует в себе целую гамму крайне важных — если не самых важных — для медицины вопросов, суть которых заключается в кризисе традиционных норм медицинской этики (гиппократовых норм), так или иначе вступающих в противоречие с потребностями развития медицины.

Кодекс профессиональной медицинской этики, сложившийся в Древней Греции 2500 лет тому назад в так называемой школе Гиппократов на о. Кос, может быть сведен к четырем этическим императивам:

1. «исцелить»;
2. «не навреди»;
3. принцип равного отношения к пациентам вне зависимости от их возраста, пола, материального положения и т.д. (принцип справедливости);
4. принцип абсолютного приоритета жизни (восприятие жизни больного как высшей ценности).

Последний императив, затрагивающий проблему эвтаназии, в частности выражен в следующих словах из знаменитой клятвы Гиппократата: «Я не дам никому просимого у меня смертельного средства и не покажу пути для подобного замысла».

Естественно, что за время, прошедшее с той горы, когда классическая медицина Древней Греции заложила основные предпосылки для теории и практики современной медицины, жизнь породила множество таких явлений и ситуаций, которые не могли быть предусмотрены постулатами гиппократовой этики в эпоху ее формирования.

В частности, императив «исцелить» дополняется теперь за счет более широкого императива «твори благо», что указывает на включение в круг интересов медицины и таких больных, которым невозможно вернуть полноценное здоровье.

Но этого мало. Многое из того, что по праву рассматривается как завоевания человеческого разума и нравственности, прямо или косвенно противоречит сегодня данным императивам. Так, искусственное прерывание беременности — деяние абсолютно недопустимое в нормах гиппократовой этики, соучастие в котором было неприемлемым и даже преступным в ряде стран еще в начале XX в. (последний смертный приговор врачу по делу о криминальном аборте, повлекшем за собой смерть пациентки, был вынесен в Великобритании в 1898г.), — почти повсеместно сделалось ныне исключительно врачебной и при этом рутинной процедурой. А трансплантация органов, открывшая целую эпоху в медицине, в том случае, если она производится от живых доноров, прямо противоречит императиву «не навреди!». То же относится и к новейшим инвазивным способам диагностики, не говоря уже о таких противоестественных с точки зрения гиппократовых канонов действиях, как новые технологии деторождения или генетическое манипулирование.

Как, каким образом разрядить этот антагонизм, в который давно уже переросли противоречия? Оставить складывавшиеся веками правила в неприкосновенности, подогнав к древним образцам все многообразие новых жизненных ситуаций? Или, может быть, наоборот, подвергнуть эти нормы коренной «переоценке

ценностей», т.е. попросту отбросить их как пережившие себя бесполезные фикции, полагаясь на то, что подсказывают обстоятельства и соображения обыденного рассудка и соглашаясь с мнением одного из крупных американских специалистов в области медицинской этики Э. Пеллегрино утверждающего, что «универсально принятый набор медицинских этических норм не воскресить» (26).

Основанием для радикальной ревизии постулатов традиционной гиппократовой этики (в том числе и тех положений, которые затрагивают отношение к эвтаназии) является деление практической медицины и соответствующих ей этических кодексов (деление несколько произвольное, как будет показано ниже) на две системы: патерналистскую и автономную. Профессиональная этика в патерналистской системе представляет собой комплекс определенных предписаний, которым беспрекословно обязаны следовать как больной (если речь идет о принимаемых врачом решениях), так и врач (если речь идет о рекомендованных к исполнению профессиональных правилах). Во главу угла здесь ставятся абсолютный авторитет врача, который всегда принимает решения за больного и даже помимо его воли, тогда как всякое сомнение последнего в истинности предписаний является недопустимым и рассматривается как безосновательное. На смену патерналистской этике — с точки зрения тех, кто исповедует такое деление — должна прийти автономная система, которая предусматривает полноправное соучастие пациента в выработке стратегии лечения, включая сюда полную информированность его о своем состоянии, методах лечения и возможном его прогнозе, вплоть до права больного совсем отказаться от медицинской помощи и даже умереть.

Оценивая правомерность подобного деления, прежде всего надо сказать, что медицина вообще как сформировавшаяся и обособившаяся область общественного разделения труда является до определенной степени патерналистской, ибо, как бы там ни было, врач более компетентен в своей профессиональной сфере, нежели больной, и потому стремление пациента на равных соучаствовать в процессе принятия решений по поводу тактики лечения все же безосновательно, как бы высок ни был образовательный уровень населения. Но именно такой точки зрения придерживаются в США, где трансформация медицинской этики приняла наиболее явный характер.

С тех пор, как судебное решение по делу Карин Куинлэн впервые установило, что родственники и врачи по взаимному согласию могут прерывать процесс поддержания жизни у коматозного больного, происходит все больше судебных процессов, в кото-

рых пациенты и их семьи отстаивают право на «самоопределение». «Компетентные пациенты, или, когда они не компетентны, их доверенные лица, имеют моральное право принимать собственные решения об отказе или воздержании от тех или иных способов медицинского воздействия, включая меры по оживлению» (24).

Доктрина «информированного согласия», принятая в США как руководство в медицинской практике, предусматривает возможность не предпринимать реанимационных мер и прекратить усилия, направленные на поддержание жизни, если такова воля родственников или подобное желание зарегистрировано в «прижизненном завещании», где определено, насколько тщательно следует лечить данное лицо, если оно находится в состоянии комы. «Такое завещание может составить пациент, которому в процессе болезни грозит необратимая потеря сознания. В завещании он формулирует те условия, при которых считает возможным подвергнуться эвтаназии» (39). В некоторых больницах США принято вывешивать на кроватях определенной категории тяжелобольных табличку с тремя буквами «NRA» — «не оживлять».

Вообще в США (по Сафару) существуют 4 градации оказания помощи (3):

1. помощь в полном объеме, включая сердечно-легочную реанимацию (СЛР);
2. все виды помощи, кроме СЛР;
3. отказ от любых реанимационных мер, иногда даже от кормления через зонд, от введения жидкостей и антибиотиков;
4. прекращение всех реанимационных мероприятий, включая ИВЛ.

В некоторых случаях предусматривается даже прекращение парентерального питания и экстубация, хотя и после коллегиального решения врачей и с согласия родственников (4), что представляет собой активную эвтаназию в полном смысле этого слова. Однако, самое серьезное в этих прецедентах — не сами факты эвтаназии (достаточно еще единичные), а то, что неуклонно размывается грань между пациентами, имеющими и не имеющими право на жизнь, и в категорию последних попадают все новые группы больных.

Общим направлением судебных решений (которые вообще могут приниматься помимо законов на основе лишь прецедентов, ибо законы в США толкуются чрезвычайно широко и в каждой штате по-своему), начиная с дела Карин Куинлэн, стало терпимое отношение к прекращению жизнеподдерживающих мероприятий. Смерть констатируется в случае необратимой (фактически неопределенно длительной) потери сознания (коматозное состояние),

хотя бы при этом и продолжалось отправление простейших функций мозга. Согласно критериям, принятым в ряде американских штатов, человек, находящийся в стабильном вегетативном состоянии, у которого поддерживается искусственным путем дыхание, стимулируется деятельность кровообращения, и осуществляется питание через зонд — такой человек не считается живым, и в отношении него возможна эвтаназия. Сначала она допускалась для больных в коме с разрешения лиц, юридически представляющих их интересы. Постепенно практика, расширяясь, стала включать больных с меньшими поражениями мозга и, наконец, эвтаназии была подвергнута пациентка, которая находилась в ясном сознании, но хотела умереть. Кроме отключения аппаратов ИВЛ, юридически разрешенными способами стали диализ и прекращение гидратации. «Большинство этих дел опиралось на судебные интерпретации права на частную жизнь» (25).

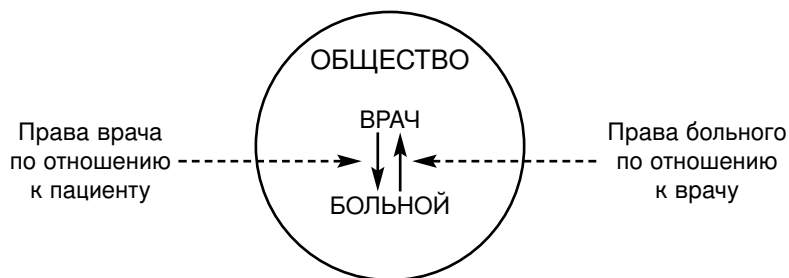
Резюмируя все сказанное выше о способах согласования потребностей современной медицины с ее традиционными нравственными нормами, можно сказать, что процедура замены канонов гиппократовой этики принципами «автономии» и «взаимного согласия» вряд ли является особенно продуктивной. Нас вряд ли могут успокоить аргументы типа «таков суровый закон жизни», и все же самым важным доводом против подобного способа разрешения противоречий является тот факт, что отработанные веками правила заменяются всего лишь субъективным произволом, который ничем не лучше старого патернализма, как бы заманчиво этот произвол ни именовался. Абстрактно понятое права личности и «плюрализм моральных ценностей» легко могут быть приспособлены к выгоде, посторонней интересам конкретного больного и поэтому не могут служить надежным ориентиром в ситуациях морального выбора, которые так часто и с такой остротой встают перед медициной современности.

### *Взаимоотношения врача и больного: структура и контекст*

Чтобы разрешить указанную проблемную ситуацию, следует рассмотреть центральное для медицинской этики звено — отношения между врачом и больным. Эти взаимоотношения не есть изолированный феномен — они пронизаны ценностями, установками и предрассудками, которые разделяются в обществе, неизбежно несут на себе его печать и являются общественным продуктом в самом прямом значении этого слова. Современный врач, склонный скорее действовать, чем рассуждать, и средневековый представитель цеха врачей, занятый преимущественно абстрактным



теоретизированием по поводу того — «больной скорее здоров, чем болен», или «больной скорее болен, чем здоров», — оба они люди, всецело принадлежащие своему времени и обществу. И, хотя во взаимоотношениях врача и больного происходили и постоянно происходят изменения, совершаются они в рамках сложившегося издавна трехкомпонентного единообразия, не претерпевшего за две с лишним тысячи лет качественной трансформации.



«Обязанность есть то, что у каждого отдельного существа соответствует правам другого. Там, где нет прав, нет и обязанностей», — пишет И. Кант (14). Взаимная пропорциональность в системе прав и обязанностей каждого из субъектов взаимоотношений, величина столь же относительно переменная, сколь и абсолютно постоянная, поддерживается за счет уравнивающего воздействия всего социума в целом.

Следовательно, для продуктивного решения рассматриваемой проблемы надо выйти за пределы узкого понимания отношений между врачом и пациентом как отношения двух изолированных от общества лиц и перевести вопрос в плоскость поиска закона функционирования всех норм межчеловеческого взаимодействия в социуме.

Прежде всего, следует отметить тот факт, что взаимоотношения людей основываются не только и не столько на непосредственном волевом принуждении, сколько на согласии, скрепленном рядом взаимно принятых условностей — то, что деятели Французского Просвещения именовали «общественным договором», — фундаментом которого является общая система социальной жизни и вытекающего отсюда разделения труда. Составляющие ткань общества более мелкие социальные группы (в пределах которых и протекает собственно жизнь человека) разделены для каждого индивида на половину, общность «своих», в которой отношение че-

ловека близко к «золотому правилу нравственности» («относись к другому так, как ты хотел, чтобы относились к тебе») и на половину или общность «чужих», по отношению к которым данное правило действует далеко не всегда и при необходимости может вообще утрачивать свою действенность. Все дело в том, насколько широка и охватна «своя» система межчеловеческих отношений.

Чем более замкнут, ограничен и примитивен социум, тем сильнее отношения людей в нем выражены как система запретов и внешних ограничений (на уровне «социального нуля» — вообще как система табу), а во взаимодействии представителей этого социума с внешним миром царит полный произвол. Например, францисканский монах Плано Карпини, посланный в XIII в. Ватиканом в Китай, писал о монголах Чингиз-хана, что грехом, совершение которого влекло за собой смерть, считались у монголов только следующие вещи: прикасаться ножом к огню и этим ранить пламя; ударять лошадь уздой; выплевывать пищу; стирать белье и мочиться в пределах ханской ставки. Все остальное считалось у монголов безразличным и дозволенным.

По мере того, как социум входит в более интенсивный контакт с внешним миром, он обогащается за счет коллективного опыта соседей, цивилизуется в процессе обмена культурой; взаимоотношения внутри самого социума теряют форму жесткой силовой принудительности и приобретают собственно нравственный характер, откристаллизовываясь в виде правил, принятых как естественная норма поведения, а круг «своих» (людей, к которым можно собственно и относиться морально) расширяется. При этом складывавшиеся веками правила не отбрасываются, но как бы переходят из внешней области социальных институтов во внутреннюю сферу личной ответственности индивида. Обязанности, принимаемые человеком на себя, становятся его правом, а вместе с правами возрастает и степень свободы. Именно в этом смысле Гегель и говорил, что история человечества есть прогресс в понятии свободы.

Так социум превращается постепенно во все более саморегулирующуюся систему, что, в свою очередь, открывает перед ним новые пласты бытия, нормы взаимодействия, людей, по отношению к которым они еще не отрегулированы до автоматизма и требуют новой системы ограничений.

Общая закономерность в движении общественных норм налицо: неприкосновенная безусловность «закона-запрета» сменяется избирательностью «закона-разрешения», регулирующая сила которого подкрепляется действенностью нравственных регуляторов, причем в область юрисдикции переходит то из прежде абсо-

лютно запретного, что уже стало для людей их осознанной необходимостью, но не превратилось еще в естественную потребность, имеющую «прочность народного предрассудка» (20).

### ЗАПРЕТ → ЗАКОН → МОРАЛЬ

Иными словами, «закон-запрет» на какое-либо явление при достаточной степени актуализации этого явления рано или поздно переходит в «закон-разрешение», который, легимитируя его, одновременно определяет те условия, согласно которым явление может проявить себя. Если брать область медицины, то, скажем, безусловный запрет в отношении хирургических вмешательств на сердце (Т. Бильрот во второй половине XIX в. как-то сказал, что врач, рискнувший оперировать на сердце, всегда будет рассматриваться как преступник), сменился в недавнем прошлом системой правил, регламентирующих практику подобного рода операций.

Но для того, чтобы «закон-запрет» превратился в «закон-разрешение», необходимо выполнение по меньшей мере двух условий:

1. Достижение обществом (которому подчинены взаимоотношения врача и пациента) определенного материального и культурного уровня (иными словами, преодоление некоторого порога цивилизованности), соответствующего радикальности пересмотра норм, ибо, во-первых, линия, разделяющая общественные «дозволено!» и «не дозволено!», проходит и внутри отношения врач-больной, а во-вторых, уровень взаимоотношений между ними не может быть выше уровня взаимоотношений, сложившихся в обществе в целом.

«Нравственный закон» не столько «внутри вас», как утверждал Кант, сколько в окружающей социальной действительности, в объективных тенденциях ее развертывания, которые открываются человеку через нормы общества в целом и составляющих его групп в частности, и в следовании которым этот «нравственный закон» как раз и реализуется. Мораль лишь постепенно входит внутрь субъекта по мере того, как он усваивает общественные нормы, становящиеся регулятором его повседневного поведения (что справедливо как в фило-, так и онтогенетическом отношении). Именно превращение общественной нормы в естественную, автоматически безусловную (т.е. осознанно-бессознательную) потребность, приобретающую прочность «народного предрассудка» в самых широких социальных слоях, дает «добро» на регламентацию безусловно недопустимых до того действий в специальной сфере, преобразуя тем самым «закон-запрет» в «закон-разрешение».

Там же, где какая-либо общественная норма не откристаллизовалась еще в своей актуальности и не способна поэтому обрести характер осознанного внутреннего запрета, там проявление ее всегда в той или иной степени носит оттенок аморальности, ибо отсутствие у кого-либо из партнеров понимания истинного значения совершаемых действий ставит их в заведомо неравноправное положение, давая одному преимущества за счет другого, как это происходит, например, в Индии, при трансплантации почек. Вряд ли всерьез можно вести речь о добровольном согласии там, где люди из нищих кварталов Калькутты продают свою почку за 30 долларов.

2. Другим условием, дающим запретным прежде действиям права на осуществление, является высокая степень актуализации потребностей жизни, полнота которой вступает в противоречие с ее же собственными формальными рамками. Как известно, даже принятый в Англии в конце XIX в. «драконовский» закон, который предусматривал смертную казнь для врача за проведение аборта (последний смертный приговор врачу по этому поводу был вынесен в 1898 г.), не смог противостоять потребности в эффективном регулировании рождаемости в современном обществе и был поэтому вскоре отменен.

При этом от науки вообще и медицины в частности требуется достаточная надежность практических рекомендаций, обоснованных теорией и прошедших опытную проверку.

Если в малой степени не выполняется хотя бы одно из этих двух условий, на проведение требуемых действий должен быть наложен запрет. В противном случае эти действия могут превратиться в бесконтрольное и бессмысленное злоупотребление, наподобие тех, которые имели место в Кампучии, где во времена пол-потовского режима прошедшие месячную подготовку «народные врачи», упражнялись в хирургической технике на живых пациентах, уверяя при этом, что они лечат людей.

### **Эвтаназия: аргументы «за» и «против»**

#### *Практический аспект*

Теперь из более широкой сферы общеэтических вопросов вернемся к проблемам практической медицины.

Два указанных выше условия представлены собственно в кодексе традиционной гиппократовой этики, хотя, возможно, и выражены не очень четко. «Моральная» часть представлена принципом бескорыстия, самоотверженного служения врачебному долгу,

обязанностью уважать как личную жизнь больного, так и собственную профессию. «Практическая» часть выражена знаменитым императивом «*non posere!*», согласно которому всякие лечебные действия врача должны быть строго выверены и обоснованы с точки зрения возможностей медицины вообще и надежности конкретных рекомендаций в частности и направлены прежде всего на благо данного больного. В «Клятве Гиппократата» и «Международном кодексе медицинской этики» человеческая жизнь рассматривается как безусловная ценность, сохранение которой вменяется в обязанность врачей, и ясно отрицается возможность проведения эвтаназии.

Как выяснилось, кодекс медицинской этики не есть система жестких непререкаемых догм. Его рамки то раздвигаются, то наоборот, суживаются, согласуясь с потребностями жизни. Это — факт. Но вот является ли достаточно продуктивным радикальный пересмотр этого кодекса, переходящий порой в прямое отбрасывание основных его положений (в частности, запрет на эвтаназию) — это еще вопрос.

Сначала рассмотрим стратегию такого пересмотра с точки зрения его практической целесообразности и научной обоснованности.

Ссылки на то, что негласно осуществляемая эвтаназия уже имеет место в практике медицины, и потому придание ей законного характера позволит поставить ее под эффективный контроль, следует с самого начала отбросить как безосновательные. Широкое распространение каких-либо явлений в обществе совсем не обязательно свидетельствует о необходимости примириться с их существованием, в противном случае следовало бы оправдать такую аномалию, как преступность. Более серьезными представляются аргументы экономического порядка. Успехи медицины действительно расширили контингент лиц, которым в результате медицинской помощи продляется жизнь, но не может быть возвращено ее качество. Здравоохранение вообще, реанимационная помощь в частности, а уж тем более протезирование отдельных функций человеческого организма требуют от общества значительных материальных затрат, причем тем больших, чем значительнее прогресс в данной области. В результате создается впечатление, что страдают те, кого можно было бы с большей степенью вероятности, вернуть к полноценной жизни, и что поэтому ресурсы общества расходуются нерационально.

Подобная логика имеет свои резоны. Здравоохранение вообще, реанимационная помощь в частности, а уж тем более протезирование отдельных функций человеческого организма требуют от

общества значительных материальных затрат, причем тем больших, чем значительнее прогресс в каждой конкретной области. Ресурсы общества действительно не безграничны, и потому объем медицинской помощи реанимационным больным, как и все на этом свете, должен иметь разумные пределы. Однако, на современном уровне развития медицины вряд ли можно достаточно четко обозначить их. Сложность заключается в том, что медицина, как правило, не пользуется экспериментом, в строгом значении этого слова, (если понимать под ним создание специальных условий с целью искусственного воспроизведения какого-либо явления); ее предмет — люди, и потому результат экспериментов в ней — это произведенные под определенным углом зрения обобщения непосредственного клинического опыта, в лучшем случае немного преобразованного по сравнению с естественными условиями. Между клиническим экспериментом и выходом в практику проходит, как правило, немало времени, а за тот срок, в течение которого так резко проявились нежелательные эффекты медицинского прогресса, вряд ли могло накопиться достаточно данных, позволяющих производить надежный отбор среди реанимационных больных.

«Противопоказания к реанимации» — это вполне оправданный в медицине термин, как и «ортотаназия» (32), если понимать под нею прекращение действий, требующих чрезмерных усилий и затрат и понапрасну продляющих мучения безнадежно больных людей. Но понятия «умирающий больной», «безнадежное состояние» и т.д. до сих пор в значительной степени носят оценочный характер, не являются строго клиническими, и потому необходимы еще клинические исследования с целью выделения четких научно подтвержденных критериев для определения случаев, в которых показана только паллиативная терапия.

Относительно больных, длительное время пребывающих на грани клинической смерти, также не существует достаточно надежного опыта по оценке безнадежности. Помимо того, что есть существенная разница между апаллическим или иначе стойким вегетативным состоянием (необратима декортикация) и «смертью мозга» (при которой биологическая смерть наступает в результате остановки сердца не позднее 72 часов после воздействия повреждающего ЦНС агента), последняя может симулироваться рядом отравлений, гипотензией, гипотермией, полирадикулоневритами (3). Если к тому же принять во внимание, что все прогнозы о глубине комы носят вероятностный характер (4), то и без эвтаназии риск диагностических и прогностических ошибок весьма велик.

Известно клиническое наблюдение, когда в Норвегии был реанимирован мальчик, в течение 40 минут после утопления находившийся подо льдом. Лебедева Р.Н. приводит пример с ребенком 7 лет, у которого при диагностическом зондировании сердца по поводу врожденного «синего» порока сердца произошло острое нарушение кровообращения в стволе мозга, и который после 40-суточного коматозного состояния и ИВЛ на 60-ый день пришел в себя, а через 3 месяца был выписан из больницы (16). Хотя любое из подобных наблюдений можно рассматривать как частный случай и никогда не следует абсолютировать, в целом они говорят об относительности наших познаний и заставляют с пиететом относиться в такому феномену, как человеческая жизнь, продлить которую люди научились совсем недавно. Излишнее усердие всегда вредно, но не менее вредно неумение и нежелание действовать, которое всегда находит убедительные причины для того, чтобы не предпринимать никаких усилий. Академик АМН СССР Бадалян пишет: «Среди некоторых врачей бытует мнение, что не следует оживлять детей, рожденных с тяжелой асфиксией. Когда я сталкиваюсь с этой точкой зрения, то на память приходит новелла Томаса Манна, посвященная Гете. Там приводится малоизвестный факт: великий поэт Германии родился «иссиня-черным», то есть с тяжелой формой неонатальной асфиксии. Но из этого ребенка вырос Гете. Сын Гете родился без каких-либо осложнений, но вырос умственно отсталым. Сегодня наука пока еще не может предсказать интеллектуальную судьбу ребенка, мы оживляем всех, кого при рождении постигла эта беда» (8).

Сегодня 3 из 5 рожденных в асфиксии недоношенных младенцев выживает в США в результате усилий врачей. Каков баланс подобной практики, еще до конца не ясно. Но надо помнить, что вредно бывает не только излишнее усердие. Не менее вредно неумение и нежелание действовать, которое всегда с успехом отыскивает убедительные причины для того, чтобы не предпринимать никаких усилий. Как заметил кто-то из крупных хирургов, от аппендицита умирают не более четверти процента заболевших им пациентов, но зато каждый из них — на все 100%. Каждый из членов общества вправе рассчитывать на то, что при необходимости будет сделано все, чтобы спасти и продлить ему жизнь.

### *Моральный аспект*

Теперь подробнее рассмотрим другую, «моральную» компоненту в динамике «переоценки ценностей». Каким образом можно обосновать пересмотр традиционных положений медицинской

этики (в том числе и тех, что затрагивают проблему эвтаназии)? Что можно поставить на место этих положений в случае их замены? И будет ли такая замена продуктивной? — Вот те вопросы, которые возникают в свете социальных и нравственных эффектов, вызванных коренным пересмотром норм медицинской этики.

Теоретической базой подобного пересмотра являются абстрактно понятые интересы и абстрактно трактуемая свобода изолированных от общества индивидов (21), (в данном случае — врача и пациента) и вытекающий отсюда плюрализм моральных ценностей. «Мы не можем больше принимать старейшую систему моральных принципов в медицине. В ныне действующем кратком перечне Американской медицинской ассоциации отражен тот факт, что существует немного предписаний, которые могут быть общепринятыми» (28). — Поскольку новые принципы взаимоотношений предусматривают большую самостоятельность пациента, то на смену традиционным канонам должны прийти соображения взаимной выгоды равных партнеров.

Надо сказать, что «автономия пациента», если понимать под нею право на большую информированность и самостоятельность со стороны больного, явление вполне закономерное в эпоху роста общей культуры населения, в свете которой тускнеет прежний, священный блеск врачебного авторитета. Так что, может быть, в самом деле пациент должен теперь играть первую скрипку в отношении выбора, ибо он лучше знает и понимает то, что касается его самого? Ведь врач «в конце-концов» — не бог, он может ошибаться, причем ошибки в медицине более частое явление, чем в других областях научного познания, ибо медицина как научная дисциплина еще далеко не завершила своего формирования и не приобрела той безусловной точности и определенности, которые являются достоинством естественных наук, раньше ее достигших зрелости?

Ответить на эту дилемму следует так: высшей инстанцией в отношении истины является общество, опыт которого в борьбе с настигающими человека страданиями представлен соответствующей отраслью разделения труда — здравоохранением. А носителем этого опыта, как и теоретических знаний, является врач, и в этом смысле можно сказать, что медицина всегда в той или иной степени несет на себе отпечаток авторитарности, если понимать под нею заслуженный авторитет, а не собрание непререкаемых догм.

Другое дело, что не в каждом конкретном случае врач оказывается прав или достоин этого авторитета, как и не во всем совершенной бывает система здравоохранения. Но ставить под сомнение приоритет врача в специфических медицинских вопросах на



этом основании и уж тем более подменять проверенные опытом нормы взаимоотношений между врачом и больным, ссылаясь при этом на право самоопределения (27), это значит заранее рассматривать врача как слепого исполнителя воли пациента, тем самым отрицая медицину как систему знаний, а профессию врача сводя до уровня цирюльника. Не так, важно, что этот ремесленник новейшего времени будет вооружен компьютером и способен осуществлять операции на генетическом уровне — в любом случае техника и умение остается здесь лишь придатком, которым можно манипулировать по субъективной прихоти.

Медицина — это социальный институт со своими правами, правилами, нормами, предписаниями и распределением социальных ролей, которые зафиксированы еще в кодексе гиппократовой этики. Именно эти правила сделали лекарское искусство медицинской и сформировали здравоохранение как общественную сферу. Именно в этом ее специфика, благодаря которой она приобретает такое большое значение в жизни современного общества. Лишенная регулирующего воздействия со стороны этих правил, она рискует выродиться в субъективный произвол, если не в чистое шарлатанство, обслуживающее прихоти сильных мира сего по принципу «Кто платит деньги, тот и заказывает музыку», и легко способна быть орудием в сговоре двух лиц против третьего. Помните сцену в «Скупом рыцаре» А.С. Пушкина, где ростовщик предлагает Альфреду, обнищавшему рыцарю, мечтающему заполучить богатства отца, «помощь» некоего аптекаря:

«Он составляет капли... право, чудно.  
Как действуют они?  
В стакан воды налить... трех капель будет  
Ни вкуса в них, ни цвета не заметно;  
А человек без рези в животе,  
Без тошноты, без боли умирает.»  
Альфред:  
«Твой старичок торгует ядом?»

Итак, если под маской целесообразности, объективной необходимости, взаимной договоренности и т.д. так или иначе страдают принципы гиппократовой этики, это говорит о том, что в систему «общество-врач-больной» вклиниваются посторонние медицинские интересы, не имеющие ничего общего с ее гуманными задачами. Я помню, как неприятно поразила меня — еще интерна, сцена, когда заведующий отделением, ведущий хирург крупной городской больницы, узнав о том, что больной онкологическим заболеванием брюшной полости (крупный мужчина 50-ти с не-

большим лет, которому операция наверняка могла бы помочь) заподозрил свой диагноз и категорически отказался от лечения, не пошел побеседовать с пациентом, а с удовлетворением и даже с радостью воспринял это известие, так как он мог теперь взять на операцию «выгодного» больного.

Не хотелось бы, как в старые добрые времена, провозглашать приоритет отечественной медицины и клеймить погрязший в чистогане «загнивающий Запад», но то, что в моральном отношении с медицинской там не все в порядке, вряд ли подлежит сомнению. «Плюрализм моральных ценностей» распахивает двери либертарианской этике в медицине, которая рассматривает в качестве допустимого почти любое действие, если врач и пациент установили в отношении них свободное согласие. Определенные группы врачей, главным образом психоаналитического толка, уже защищают право врачей вступать с пациентами в сексуальные контакты, оправдывая это интересами лечения. В свое время много шума наделали сообщения о замораживании живых людей. Первым данной процедуре по собственному желанию был подвергнут 73-х летний профессор психологии, которого после проведения ИВЛ и ИКВ в течение нескольких часов и замены крови охлаждающей жидкостью поместили в стальную капсулу при температуре  $-96^{\circ}\text{C}$ . Вслед за ним последовали вскоре еще несколько человек, один из которых был заморожен при  $-273^{\circ}\text{C}$ . Место захоронения их держится в тайне. Не говоря о том, что совершенно недопустимо производить по отношению к людям манипуляцию, сомнительную или не прошедшую клиническую проверку (в эксперименте оживлялись только мелкие млекопитающие, да и те через несколько часов погибали), в данном случае имело место самое настоящее медицинское умерщвление людей, если можно так выразиться, ибо постепенное замораживание (тогда как шансы на успех может дать только одновременное замораживание всех тканей) заведомо имеет следствием гибель живого существа.

Создание искусственного механического сердца, подключение больного к которому впервые было осуществлено в госпитале г.Сакраменто Уильямом Деврисом в 1983г., также с большой натяжкой можно было рассматривать как триумф современной медицины. Теперь ясно, что исследования по его созданию, фактически, тогда не вышли еще из стадии эксперимента, и потому операции носили скорее рекламный характер, нежели служили интересам больных. Не говоря о том, что данное вмешательство, заведомо не гарантирующее даже минимально допустимого для нормального существования качества жизни, эквивалентно по стоимости 11 экстренным операциям средней тяжести (36).

Любопытно, что причины, побуждающие пациентов и их родственников обращаться в судебные инстанции с претензиями на качество медицинского обслуживания, как правило, в корне противоположны у нас и в США. Если у нас жалобы предъявляют по поводу того, что врач, по мнению лиц, получающих медицинскую помощь, недостаточно качественно выполняет свои традиционные профессиональные обязанности, то «там» в качестве негативно оцениваемых деяний рассматривается как раз отказ совершить действия, идущие в разрез с кодексом традиционной, медицинской этики. Так в случае Карин Куинлэн судебное разбирательство было затеяно родственниками, требовавшими отключения аппарата ИВЛ. Достаточно красноречивым является следующий пример, о котором пишет Г. Литвинова в статье «Грань допустимого» (17). Жизнь 7-летнего мальчика с тяжелой формой патологии почек могла спасти только операция пересадки искусственной почки. Родители ребенка предлагали свою, однако, помочь могла лишь детская почка, в крайнем случае, почка недоношенного плода. Тогда родители ребенка по договоренности с врачом решили зачать ребенка-донора «на стороне». Так и поступили. Впоследствии у женщины, носившей этот плод, были вызваны преждевременные роды. Вслед за чем у плода сразу же была изъята почка. Плод, естественно, погиб, но 7-летний ребенок был спасен, любопытно, что несмотря на квалификацию этого деяния при судебном разбирательстве как убийства, врач был оправдан.

Налицо противоположное понимание задач, возложенных на врача в частности и на медицину вообще: врач как исполнитель профессионального долга, согласующий свой профессиональный кодекс с жизненными обстоятельствами (которые всегда богаче, нежели любые правила), и врач как исполнитель «заказа». В последнем случае проигрывает и врач, и пациент.

Пациент — потому, что за всеми его «автономиями» так или иначе проступает отношение к нему не как к цели, а как к средству (извлечь прибыль, провести эксперимент и т.д.). На первый взгляд, усиление прав больного в системе «общество-врач-больной» должно вести к усилению ответственности врача, но в действительности оно имеет прямо противоположный эффект, ибо перевес одной из сторон нарушает равновесие всей системы норм, посредством которой общество способно оказывать свое содействие субъекту. В результате элемент «врач-больной» изолируется от общества, взаимоотношения врача и больного сводятся к взаимодействию двух сторон, где один из них (врач) в силу положения и сложившихся обстоятельств приобретает статус высшего и безусловного авторитета, а другая (больной) в силу принятых условий

лишается возможности апеллировать к каким-либо иным инстанциям и оказывается в полной зависимости от субъективного благорасположения первого. Не удивительно, что плюрализм моральных кодексов и предписаний «в конце-концов» направляет медицину по линии уменьшения объема врачебных обязанностей (29).

Гипертрофия юридических прав пациента легко может обернуться атрофией его прав на здоровье, особенно если оплата медицинских услуг совершается негласно. Сделка, лишенная регулирующего содействия в лице общества (т.е. не отрегулированная законом), не увеличивает степень свободы пациента, а, наоборот, снижает ее, поскольку в такой ситуации снижается степень ответственности врача перед пациентом. В результате качество медицинской помощи низводится до весьма невысокого уровня, что наглядно видно на примере республик бывшего СССР, где негласная оплата медицинских услуг была правилом (Закавказье, Средняя Азия).

Что же касается врача, то, идя на поводу у узко материально-го интереса, он лишается содействия и помощи со стороны общества, особенно в случае осложнений или смерти пациента, оказываясь один на один с родственниками пострадавшего. Вспоминается строка из летописи времен Ивана III про одного иноземного лекаря, которого жаждущие возмездия родственники «свели под мост и зарезали яко овцу».

### *Медицинская этика и проблемы практической медицины*

Никакие этические нормы сами по себе не решают практических вопросов. Однако, они создают механизм, способствующий их решению и страхующий медика от кары со стороны общества в случае неудачи. Если же создается впечатление, что эти отшлифованные тысячелетней практикой постулаты вступают в противоречие с целесообразностью сегодняшнего дня, то это отнюдь не свидетельствует об их устарелости. Это говорит только о том, что целесообразность истолковывается слишком узко, ограниченно и примитивно. Она может дать эффект на какой-то короткий промежуток времени, но не способна служить ориентиром в более сложных и неоднозначных ситуациях, тогда как регулирующая сила этической нормы, вобравшей в себя опыт разрешения бесчисленного множества всех предшествующих конфликтов, обладает несравненно большей степенью надежности.

Движение, изменение, развитие в системе вещественных норм, в том числе и тех, что затрагивают область медицинской этики — это закономерное явление. Но совершаться оно должно в

равновесии всех составляющих его сторон, без перекося как в сторону авторитарности, вступающей в антагонизм с потребностями развития, так и в сторону абстрактно-ситуационного нарушения сложившихся правил. И для того, чтобы этого не произошло, необходимо ориентироваться на наиболее фундаментальные принципы этики, корректируя их относительно специфики данной сферы человеческой деятельности. Эти принципы могут расширяться, уточняться, переходить из области ведения общественных институтов в область полномочий отдельных лиц, но они должны сохраняться в коренных своих основах.

В укреплении морали собственно и заключается общественный прогресс. Мораль человека — с тех пор, как он стал человеком — в сущности остается неизменной: не убий, не укради, не возжелай ни жену ближнего своего, ни вола его, ни осла его... другое дело, являются ли эти заповеди естественным человеческим побуждением, что принципиально становится возможным только с распространением этих заповедей на всех людей без исключения, или же эти заповеди нуждаются в принудительной поддержке со стороны закона по той простой причине, что в своей повседневной жизни человек помимо своего сознания и даже вопреки ему производит деление окружающих на тех, к кому следует относиться морально и тех, от кого следует отгородиться законом.

Впервые такое «безразличие» к племенным, родовым, национальным, государственным, социальным, имущественным, классовым и т.д. качествам достигается в принципе медицинского гуманизма, согласно которому недопустимо отдавать предпочтение одним пациентам перед другими. Это как бы предвосхищение того идеального состояния, к которому сквозь все противоречия своей истории идет человечество и в то же время тот компас, благодаря которому мы способны сохранить ориентацию в мире лавинообразно нарастающих проблем. Согласно 2-му пункту Международного Кодекса медицинской этики «врач должен заниматься своим делом, не руководствуясь при этом мотивом получения прибыли» (9). Милосердие, уважение и сочувствие к больному со стороны врача и доверие к врачу со стороны больного — согласие, не купленное за деньги или иные блага в качестве воображаемого билета в воображаемый рай, а вытекающее из добровольно взятых на себя обязанностей — вот основа права (а, следовательно, и свободы) каждого из них: врача на беспрепятственное выполнение своих профессиональных обязанностей, и на защиту со стороны общества в случае неудачи; больного — на медицинскую помощь в максимально допустимом объеме. Чем более прочными являются эти нормы морали, чем плотнее входят они в повседневный быт

людей (в данном случае — во взаимоотношения врача и пациента), тем меньше нуждается межчеловеческое взаимодействие в регулировании извне, тем больше уходит в прошлое древнее «Non licet!» («Не дозволено!»). Важно только правильно согласовывать эти нормы с потребностями жизни для того, чтобы рамки закона соответствовали ее движению, не застывшая в догмах (как это было у нас), но и не превращаясь в фикции, способные легко оформить любую произвольную прихоть.

Гиппократова заповедь о неприкосновенности человеческой жизни, равное уважение к праву любого человеческого существа на существование — это нравственный закон, который по своей социальной целесообразности опережает жизненную практику с ее противоречиями. Этот закон достиг своего совершенства и не может быть изменен без вреда для физического и духовного здоровья общества. «...в истинно врачебном «veto» на проведение активной эвтаназии как бы опережающе предвидятся неизбежные противоречия, с которыми столкнутся люди, если допустят введение активной эвтаназии» (10). Противоречия эти носят двоякий характер.

Во-первых, эвтаназия представляет собой не подлинное решение проблемы, а мнимо воображаемое, являясь фактически самоустранением, уходом от необходимости решать проблему жизни и смерти, оставляя врача с тем же самым научным и понятийным инструментарием, когда проблема возникает вновь. А во-вторых, и это самое главное, эвтаназия нарушает как право на жизнь — высшее право человека, так и принцип равноценности человеческой жизни. Лишенные направляющего воздействия этих регуляторов, мы становимся на очень шаткую почву текущей целесообразности, оказываемся не в силах устоять перед давлением жизненных обстоятельств и оказываемся во власти «ситуационной этики» Дж. Флетчера, согласно которой любое действие считается допустимым, если оно направлено к взаимной выгоде заинтересованных лиц и оправдано соображениями текущего момента.

Нарушение принципа равноценности человеческой жизни, без чего эвтаназия невозможна, даже в минимальной степени может послужить началом к разделению и селекции людей. Хотя соблюдение такого принципа — это только идеал, и невозможно исключить различных жизненных ситуаций, в которых необходимо отдать предпочтение одному пациенту перед другим (и любой из практикующих врачей пусть хоть однажды, но обязательно сталкивался с подобной дилеммой), надо все же по возможности сводить произвольность в отношении права на жизнь к нулю, сознавая тем не менее, что полностью исключать ее невозможно. Не

уважая права на жизнь в отношении каких-либо определенных категорий больных, мы не сможем провести достаточно четкую грань между иными социальными группами, которые в иных обстоятельствах тогда тоже можно будет рассмотреть как недостойные такого права. Грань, отделяющая людей, допущенных к обладанию таким благом, как жизнь, от людей, такого права лишенных, станет в этом случае неопределенной, и не исключено, что в иных обстоятельствах она может сделаться весьма подвижной: лишая в одном случае прав на существование безнадежных больных, мы можем в другом случае включить в ту же категорию людей с врожденными уродствами, потом распространить эвтаназию на психических больных, на больных со СПИДом. Впоследствии на очереди окажутся и определенные социальные группы, вредные с точки зрения текущей целесообразности, как это произошло с проститутками в Китае 50-х гг., которых как неподдающихся «перевоспитанию» и не способных узреть «Свет с Востока», грузили на баржи и топили в Шанхайском заливе в эпоху «Большого скачка».

В этом свете противопоставление патерналистской этики автономной (38) и обоснование необходимости отбрасывания каких-либо справедливых для всех норм (27), на котором сторонники эвтаназии основывают необходимость повсеместного введения ее в практику, представляется ложным. Если согласиться с тем, что термины «патернализм» и «автономность» несут в себе какое-то реальное содержание, то содержание это весьма косвенно отражается данными терминами. «Патернализм» — это только состояние здравоохранения и медицины, временное и преходящее, объяснимое объективными сложностями, но отнюдь не допустимое в качестве обоснования практики отбрасывания сложившихся норм. Этика осознается как патерналистская только тогда, когда потребности и запросы человека перерастают уровень сложившихся на более низком уровне развития отношений и соответствующих им правил, в результате чего «общественный договор» между общественным институтом и конкретным индивидом перестает быть добровольным. В частности данное обстоятельство — отсутствие взаимного согласия и вытекающая отсюда авторитарность общественных мероприятий — а не только слабость материальной базы, обеспечило неудачу программы всеобщей диспансеризации в нашей стране. До тех пор, пока это противостояние не проявилось достаточно четко в общественном сознании, до тех пор неравенство субъекта и государственного института не является неравенством в строгом смысле этого слова, и потому не воспринимается как патернализм. Абсурдно, например, вообразить, чтобы

аборигены Новой Гвинеи предъявляли претензии к системе здравоохранения на том основании, что она представляется им слишком «патерналистской».

С другой стороны, автономия — это, прежде всего, естественно-осознанное следование требованиям общества, не нуждающееся во внешней корректировке со стороны его институтов, а отнюдь не потакание любым побуждениям и порывам своего горячо любимого «я», права на чрезмерную свободу проявления которых «в конце-концов» всегда покупаются за деньги.

Таким образом, для всего нормального функционирования медицина должна содержать в себе спаянные в единое целое и «патернализм», и «автономность», надлежащая пропорция которых определяется потребностями жизни и выверяется с помощью принципов традиционной медицинской этики. «...Каждый шаг врача-клинициста, врача-исследователя должен быть этически контролируемым, а всякий риск — этически оправданным» (11).

Завершая рассмотрение эвтаназии сквозь призму динамики этических норм, следует коснуться еще некоторых аргументов, посредством которых отстаивается право эвтаназии на существование.

Доводом против гиппократовых норм как фермента, необходимого для нормального функционирования медицины, рассматривается то обстоятельство, что в США, где эти нормы наиболее радикально подточены «моральным плюрализмом», не наблюдается явного развала системы здравоохранения. Скорее, наоборот. Однако, истина не всегда лежит на поверхности, как проницательно заметил в свое время Козьма Прутков, и данное противоречие также имеет свое рациональное объяснение, которое заключается в той различной роли, какую мораль с нравственными нормами вообще играет в разных общественных системах.

В обществе, основой которого является частная инициатива, мораль всегда ведет двойное существование: ее нормы представляют собой заведомо неосуществимые принципы (фактически — благие пожелания), тогда как в практической жизни на первое место выходят соображения непосредственной практической пользы и материального расчета. Закон и юридические предписания в целом определяют реальные границы, допустимые для конкурентной борьбы, в пределах которых силовое противостояние индивидов друг другу может уходить в бесконечность согласно кодексу бизнесменов — «юридический минимум — этический максимум». В том случае, если общество обладает значительным материальным богатством, то оно может позволить себе роскошь играть в «плюрализм моральных ценностей» и финансировать несколько



систем здравоохранения, как в США или кое-где в Западной Европе. Если же оно такими возможностями не обладает, то здравоохранение там явно не процветает.

Наше общество в силу исторических обстоятельств создавалось как система общественных обязанностей, направляемых не столько тяготением частного интереса, сколько организованных и направленных силой и авторитетом государства. (Отчего многое в этой организации оказалось далеко от идеала, это отдельный большой разговор.) Взаимоотношения людей в таком социуме опосредствованы «третьей силой» в лице государства, и еще не известно так ли это бесповоротно плохо, как пытаются представить многие из тех, кто однозначно негативно оценивает наш 70-летний эксперимент. Отношения людей друг к другу в такой системе теряют характер непосредственной материальной выгоды, но зато приобретают более «нормативный» характер и позволяют рассчитывать на содействие со стороны внешней силы, которая поддерживает эту «нормативность». Попытки молниеносно заменить эту социальную систему чисто «правовой», скроенной на манер западной системы, рамки которой определяют лишь допустимые приемы «борьбы на выживание», ведут к тому, что забота о собственном благе становится для субъекта его сугубо личным делом, а общественные блага, которые исторически являются не столько индивидуальным, сколько коллективным достоянием, теперь отсекаются от субъекта. Разрушительные последствия постулата «разрешено все, что не запрещено законом», превращенного в руководство к действию, у вас перед глазами.

Отсюда вытекает принципиально противоположное значение норм гиппократовой этики для зарубежной и отечественной систем здравоохранения. «Там» предусмотренное законом отклонение от норм не обязательно свидетельствует о том, что они должны нарушаться непременно в каждом конкретном случае — факт их нарушения зависит от конкретных обстоятельств и положения заинтересованных лиц. Более того, периодическое нарушение норм предусмотрено законами функционирования системы и входит в правила игры. В «нашем» же случае нормы не допускают двойного «обстоятельственного» их истолкования, и потому даже небольшая щель в их цельности распахивает двери этической вседозволенности. Нормы тут либо существуют в своей полноте, либо не существуют вовсе.

Не трудно представить себе, в каком направлении будет работать и мысль медицинских работников, если эвтаназия будет допущена в практику — она станет средством облегчать тяготы жизни столь скудно обеспеченных всем необходимым реанимационных

отделений, в частности, и разрешать проблемы отечественного здравоохранения в целом. Эвтаназия тогда делается полностью бесконтрольной и превратится в повседневное явление, не ограниченное ничем, кроме субъективных склонностей врачей и их настроением. «Необходимо отдавать себе отчет, — пишет А.М. Гурвич, — что по ряду позиций мы пока не готовы к полноценному осуществлению перечисленных законодательных положений, если бы они и были приняты в ближайшее время. Основной причиной этой неподготовленности является явно недостаточный уровень профессионального обучения реаниматологов, практическое отсутствие медико-психологической службы, предельно низкий уровень обеспечения реанимационной службы необходимыми неврологическими консультациями и соответствующими клинко-нейрофизиологическими исследованиями» (5).

#### **Феномен добровольной эвтаназии: этическая оценка**

До сих пор проблема эвтаназии рассматривалась применительно к первой компоненте в системе «врач-больной», а именно к той ее составляющей, где ведущая, активная роль принадлежит преимущественно врачу, а пациент играет роль пассивного субъекта. Теперь рассмотрим проблему с противоположной стороны, а именно применительно к праву самого больного на эвтаназию.

Проблема страданий и отношения человека к ним стара как мир и существует с тех пор, как человек стал сознательным существом. Не случайно в «Книге Иова», в той части Библии, где впервые возникает проблема человека как автономного существа, и впервые делается попытка осознать его место в мире и очертить пределы его свободы, такое понимание передается через описание физических и душевных страданий Иова, благочестивого и благополучного человека из города Уц, которого бог, чтобы испытать его благоверность и преданность, сначала лишает богатства, семьи дома, а напоследок поражает и его самого тяжелыми болезнями: «...и поразил Иова злыми язвами от подошвы стопы его по самое темя его». «После этого отверз Иов уста свои и проклял день свой. И начал Иов и сказал:

«Да сгинет день, в который рожден я,  
и ночь, что сказала: «зачат муж!»  
День тот — да будет тьма...  
(...) Кто хочет смерти, и нет ее,  
кто рад бы добыть ее, как клад,  
до восторга бы возликовал  
и восхитился, обрета гроб...

Вместо хлеба моего мне вздохи мои,  
и льются, как воды, стоны мои,  
ведь чего я ужасался, постигло меня,  
и чего я боялся, приходит ко мне.  
Нет мне затишья, и нет мне покоя,  
и нет мне мира,  
но пришла смута!»

Вот описание физических мук Константина Левина, умирающего от чахотки («Анна Каренина» Л.Н. Толстого): «Не было положения, в котором бы он не страдал, не было минуты, в которой бы он забылся, не было места, члена его тела, которые бы не болели, не мучали его... Вся жизнь его сливалась в одно чувство страдания и желания избавиться от него.».

«Все знали, что он неизбежно наполовину мертв уже. Все одного только желали — чтобы он как можно скорее умер, и все, скрывая это, давали ему из склянки лекарства, искали лекарств, докторов, обманывали его, и себя, и друг друга. Все это была ложь, гадкая, оскорбительная и кошунствующая ложь».

А вот строки Н.А. Некрасова из его «Последних песен»:

«Двести уж дней,  
Двести ночей  
Муки мои продолжаются:  
Ночью и днем  
В сердце твоём  
Стоны мои отзываются,  
Двести уж дней,  
Двести ночей!  
Тяжкие зимние дни,  
Светлые зимние ночи...  
Зина! закрой утомленные очи.  
Зина! усни!»

Это стихотворение написано за несколько месяцев до смерти, причиной которой послужила тяжелая запущенная форма рака прямой кишки. Операция наложения колостомы, которую провел специально приехавший в Россию Теодор Бильрот, немного продлила жизнь, но, разумеется, ничего не могла изменить радикально.

Итак, какое поведение допустимо перед лицом смерти? Имеет ли право безнадежный и тяжело страдающий больной требовать не только облегчение страданий, но и полного избавления от них тем способом, какой предлагает эвтаназия? Как должны отнестись

к такой просьбе окружающие, поскольку вряд ли можно слишком серьезно спрашивать с тяжело больного человека? Имеет ли врач моральное и юридическое право выполнить просьбу такого больного и/или его родственников об ускорении смерти?

Эта проблема не нова. Другое дело, что современная медицина придала ей специфическое звучание; нельзя сказать, что люди не пытались разрешить ее по-своему.

В начале 30-х гг. нашего века польская актриса Уманьская застрелила своего приятеля, больного раком и тяжело страдающего, по его просьбе. Суд в Париже в 1934 г. оправдал ее, после чего она, вернувшись в Польшу, ушла в монастырь. В 20-е гг. в УК РСФСР была даже особая статья под номером 84, освобождающая от уголовного наказания за умышленное убийство, совершенное по настоянию убитого из чувства сострадания (18).

Известнейший отечественный юрист А.Ф. Кони, практиковавший до революции, считал, возможным допустить эвтаназию в медицинскую практику, правда при наличии и строгом соблюдении следующих условий:

1. сознательные и устойчивые просьбы больного;
2. невозможность облегчить страдания больного известными средствами;
3. точная доказанность невозможности спасти жизнь больного и единогласное коллегиальное решение врачей об этом;
4. предварительное уведомление органов прокуратуры (13).

В отечественной и зарубежной литературе в последнее время довольно часто высказывается мнение о том, что эвтаназия вполне допустима, а опасения, по поводу нарушений норм права, злоупотреблений и ошибок преувеличены и в принципе вполне устранимы (19). Малеин Н.С. считает, что эвтаназия должна включать в себя как «право больного быть усыпленным, так и отказ от реанимации, дабы сократить предсмертные страдания» (18). Литвинова Г., доктор юридических наук, фактически поддерживает такую точку зрения, говоря о назревшей якобы необходимости разработки правового акта, регламентирующего условия ухода из жизни в том случае, если эвтаназия будет допущена в практику медицины. «И решать такой вопрос для себя может только сам человек, находясь в здравом рассудке» (17). (Любопытно, что идею эвтаназии высказывают главным образом юристы и почти никогда — представители врачебной специальности).

Но тут важно смотреть в существо дела. Если не принимать во внимание тот факт, что активная эвтаназия вообще не является разрешением противоречия между жизнью в смертью, то, прежде всего, возникают сомнения как в способности больного человека

совершенно здраво и беспристрастно судить о своем состоянии и прогнозе своей болезни, так и в полной независимости и свободе принятия решения уйти из жизни («для себя... сам», как сказано у Г. Литвиновой), ибо нет никакой гарантии, что такая идея не является «наведенной» — либо особо неблагоприятными обстоятельствами, либо прямым внушением и даже принуждением со стороны лиц, заинтересованных именно в таком способе разрешения ситуации.

«Если больной, долгие годы прикованный к постели, испытывающий жесточайшие страдания постоянно призывает смерть, которая избавит его от мучений — не верьте ему, это не есть его действительное желание, — пишет И. Кант, — Разум, правда, подсказывает ему это, но инстинкт против этого восстает. Если он и взывает к смерти — избавительнице от страданий..., то вместе с тем он всегда требует еще некоторой отсрочки и постоянно находит повод для того, чтобы отодвинуть окончательный приговор. Принятое в диком смятении чувств решение самоубийцы положить конец своей жизни не противоречит сказанному: это — действие аффекта, граничащего с безумием экзальтации» (15).

Кстати, ни Иов, имя которого вообще стало синонимом безумно страдающего человека, ни Константин Левин не требуют смерти, хотя испытывают жесточайшие муки.

Идея эвтаназии чаще всего возникает не из императива любви к ближнему, а наоборот, из чрезмерно развитого индивидуализма окружающих, здоровых лиц, из абстрактного ужаса их «я» перед страданием как таковым, из чрезмерной любви их к собственному «я», которому всегда больно видеть страдания другого, тем более близкого ему существа. Там, где рекомендуется эвтаназия по отношению к родственнику, нет чистоты намерений, лишенных задней мысли, ибо люди, требующие ее, «сознательно или бессознательно могут идти на действия, которые они не применили бы к себе, находясь в таком же состоянии» (35). В романе Роже Мартина дю Гара «Семья Тибо», один из ее главных героев Антуан Тибо предпринимает отчаянные усилия, чтобы излечиться от заболевания, по поводу которого он с братом много лет назад заставил отца принять смертельную дозу морфия.

При обосновании права на эвтаназию делается ложная посылка: одна дилемма («либо жизнь — либо смерть») подменяется другой («либо жизнь — либо страдание»). Тем самым категория жизни, совместимая в иерархии человеческих ценностей только со смертью, сопоставляется с принципиально иной качественной категорией, более низкой — со страданием. В результате делается вывод, что страдание несовместимо с жизнью, затем формула «ли-

бо страдание — либо жизнь» легко переходит в формулу «либо страдание — либо смерть». Хотя на самом деле болезнь и страдание — это тоже жизнь, только до предела ограниченная в проявлении своей свободы как выразился однажды К. Маркс.

Логика, оправдывающая эвтаназию, сводится к следующему: если человек, делает свой выбор сознательно и с полным пониманием, то общество просто обязано помочь ему в этом. Перед нами еще одно из проявлений реализации «либертарианской этики» или «ситуационной этики» одного из ее столпов Дж. Флетчера, в кодексах которого управляющая человеком мораль есть не выражение общественных, складывавшихся на протяжении длительных исторических периодов из всего богатства человеческой практики, а индивидуально-субъективистская линия поведения, вырабатываемая под воздействием текущих обстоятельств, апология конъюнктуры под маской «взаимного согласия», которая делает допустимым любое деяние, в том числе и осуществление «права на смерть», оправдывая его доведенным до абсурда «правом свободного выбора».

Но как бы там ни было, право на добровольную эвтаназию признается в США, как частное проявление «свободы выбора», ставящей во главу угла интересы конкретного индивида, а вместе с ними якобы и всего общества.

В американском «Словаре медицинской этики» добровольная эвтаназия квалифицируется как помощь при самоубийстве или убийство по просьбе. Вообще при эвтаназии перед нами фактически самоубийство, которое согласно воле конкретного лица должно осуществить общество руками врачей.

Если не касаться этих курьезных (в историческом плане) прецедентов, то любое общество, считающее себя здоровым, всегда безоговорочно осуждало и осуждает самоубийство и рассматривает этот акт как сугубо личное дело его совершившего. Самоубийц запрещалось хоронить в черте кладбища; как людей, покусившихся на самый святой дар Бога — жизнь»; им отводилось место «за оградой», и на их могилах в христианских странах не ставился крест. В уголовных кодексах некоторых стран предусмотрены статьи, в которых определены наказания для лиц, совершивших попытку самоубийства, но спасенных при благоприятных обстоятельствах.

Только в совершенно деградировавших социумах, как например, нацистская Германия, допускалась эвтаназия, да и там приказ о ее осуществлении был отменен через два года после его издания, правда только в отношении соплеменников. В романе Ив. Ефремова «Час Быка» описывается пребывающая в кризисе цивили-

лизация планеты Торманс, основанная переселенцами с Земли, откуда на эту планету через много тысячелетий прибывает экипаж звездолета «Темное пламя». — «... из глубины стереоэкрана послышалась мелодичная музыка, лишь изредка прерываемая диссонансными ударами и воплями. По стеклянной дороге двигалось сборище молодых людей, размахивая короткими палочками и ударяя ими в звенящие и гудящие диски. Камера телеприемника приблизилась к идущим, выделив среди толпы две четы, оглядывавшиеся на спутников и дальше на город со странным смешением тревоги и удалства. Каждый из мужчин подал руку своей спутнице. Продолжая двигаться боком к лестнице, они вдруг запели, вернее — пронзительно заголосили. Вызывающий напев подхватили все сопровождающие.

— Они воспевают раннюю смерть, считая ее главной обязанностью человека по отношению к обществу! — воскликнула Тивиса Ханакр.

Фай Родис молчала, наклонившись к экрану, как делала всегда, когда была поражена чем-либо виденным. Чеди Даан закрыла ладонями лицо, повторяя наспех переведенный напев, мелодия которого сперва понравилась землянам.

«Высшая мудрость — уйти в смерть полным здоровья и сил, избегнув печалей старости и неизбежных страданий опыта жизни...

Так уходят в теплую ночь после вечернего собрания друзей...

Так уходят в свежее утро после ночи с любимыми, тихо закрыв двери цветущего сада жизни.»

Чеди резко оборвала перевод и удивленно взглянув на Фай Родис, добавила:

— Они поют, что долг смерти приходит на сто первом году их жизни. Или, по их второму календарю Белых Звезд, который не отличается от нашего, — после двадцати пяти лет. Этих четверых провожают в Храм Нежной Смерти.

... ..

— По-моему, чудовищный обычай ранней смерти имеет прямое отношение к перенаселенности и истощению ресурсов планеты, — возразила Родис.

— Понимаю, — сказала Чеди, — ранняя смерть не для всех.

— Да, те, кто ведет технический прогресс, должны жить дольше, не говоря уже о правящей верхушке. Умирают немогущие дать обществу ничего кроме собственной жизни и несложного физического труда, то есть неспособные к высокому уровню образования. Во всяком случае, на Тормансе два класса: образованные и необ-

разованные, над которыми стоят правители, а где-то между ними люди искусства — развлекающие, украшающие и оправдывающие.

— Они тоже не умирают в двадцать пять лет!

— Естественно.»

Все дело в том, что сама возможность активной эвтаназии даже не в виде стационарных центров по умерщвлению, как в «Часе Быка», ставит под сомнение принцип неприкосновенности человеческой жизни, на признании абсолютной ценности которой основывается существование современной цивилизации. Это — краеугольный камень современного общества, в котором ценность человеческой жизни не может зависеть от субъективных усмотрений, включая сюда даже побуждения конкретной личности по отношению к самой себе, тем более, если этой личностью является тяжело больной человек.

Человек не существует в одиночку — как изолированное, абсолютно независимое от социума существо наподобие Робинзона Крузо, который, кстати, использовал орудия и навыки, приобретенные в процессе коллективной жизни и общения. Человек живет в обществе, в котором он только и может проявлять все свои природные склонности, и потому он несет перед обществом обязанности — причем, не в каком-то отвлеченном, а в самом прямом смысле — как обязанности перед другими людьми, вплоть до родственников и своих близких.

Страдания и гибель конкретного существа всегда являются нарушением коллективного блага (хотя это не всегда достаточно четко осознается), и вряд ли стоит дополнительно нагружать людей сознанием своего соучастия в «само — убийстве». Самоубийство — это вообще-то мизантропия, человеконенавистничество, только направленное на самого себя. Потому человек, решающийся на этот акт, фактически вступает в конфликт со всем человеческим родом и, следовательно, не вправе требовать от общества каких-то специфических санкций (например, «права на смерть»), тем более, что такое право ложится тяжелым бременем не только на непосредственных исполнителей этой извращенной субъективной воли, но и на всех прочих людей, которые в случае оформления такого права в виде закона, в последствии могут оказаться жертвой ошибки или злого умысла.

С другой стороны, всякий, решивший свести все счета с жизнью, всегда может найти способ сделать это сам, достаточно безболезненно и тихо, не привлекая к практическому осуществлению самоубийства весь аппарат такой отрасли разделения труда, как здравоохранение.



Но самое вредное в практике эвтаназии, если она осуществляется, состоит в том, что она повлечет за собой целый ряд новых проблем, каждая из которых неизбежно завяжется в узел неразрешимых противоречий. Прежде всего, следует учитывать вариативность человеческого восприятия, в том числе своих собственных страданий. Это обстоятельство, в целом весьма благоприятное, так как оно создает условия для управления болью и страданием вообще; при наличии самой возможности эвтаназии, наоборот, может сыграть негативную роль, подтолкнув человека к роковому решению. Добровольная эвтаназия, если признать ее законность, легко способна перерасти в принудительную, т.к. люди тогда не смогут противостоять «моральному» давлению со стороны родственников, будучи вынужденными уйти из жизни. Как гарантировать эту процедуру от злоупотреблений со стороны тех лиц, которые, как аптекарь в «Скупом рыцаре» А.С. Пушкина, «торгуют ядом», всегда готовы за соответствующую мзду служить тем, кто так или иначе заинтересован в осуществлении подобной процедуры. Ведь, как выражался Сталин, «есть человек — есть проблема, нет человека — нет проблемы».

Как бы там ни было, реальная альтернатива эвтаназии — это борьба со страданием при уважении к жизни и соблюдении принципа «non posseg!» Только следуя им можно до определенной степени избежать неразрешимых ситуаций. Иное дело, что жизнь создает положения, в которых продление жизни превращается в насилие над нею и вступает в противоречие со здравым смыслом. Известен трагический эпизод (про него упоминает Б.А. Неговский), имевший место в одной из лондонских клиник, где вопреки воле больного в терминальной стадии онкологического заболевания (рак пищевода IV стадии) неоднократно производилась его реанимация. Несмотря на то, что больной (сам врач-хирург по специальности), зная о своем диагнозе, придя в себя, просил больше не оживлять его и даже сделал соответствующую запись в истории болезни, его еще четыре раза «вздергивали на дыбу жизни».

Определенная категория больных, продление жизни которых явно нецелесообразно (младенцы с болезнью Дауна при сопутствующей ахалазии пищевода, психические больные, пациенты в состоянии старческого маразма и др.) не могут на сегодняшней стадии развития общества рассчитывать на то, что для спасения их непременно будут применены все средства, имеющиеся в арсенале современной медицины. В каких-то случаях объем помощи может быть сокращен, но и им должно быть оказано содействие, например, с целью облегчения страданий, а при соответствующих

просьбах со стороны родственников объем помощи может быть даже расширен. Так, если родители желают сохранить жизнь ребенку с болезнью Дауна, то ему необходимо провести операцию по поводу разрешения ахалазии пищевода, если таковая у него есть. Врач никогда не должен брать на себя роль высшего судьи, казнящего и милующего, равно как, и выступать последней инстанцией в вопросах жизни и смерти; императивом для него должна оставаться святость человеческой жизни.

В вопросах жизни и смерти существует грань, переступить которую чревато как для конкретного врача, так и для медицины в целом. Не следует допускать ничего, подобного прекращению питания онкологических больных через зонд или вывешиванию табличек «не оживлять», как это практикуется в США. Всегда есть более гуманные средства смягчить остроту тех проблем, которые несет с собой безнадежный больной, нежели просто умертвить его. «С позиций деонтологии — полностью инкурабельных больных нет. Есть больные, у которых нельзя излечить опухолевое заболевание, но им тоже всегда легко сколько-нибудь помочь, и, следовательно, они тоже нуждаются в лечении» (1).

Неразрешимость проблемы страданий безнадежных больных несколько преувеличена, ибо сам факт постановки ее имеет причины скорее субъективного, чем объективного свойства. Немного цифр. Ежегодно регистрируется 6 млн. заболевших злокачественными новообразованиями, из них умирает 4 млн. человек (10% всех случаев смерти). 70% больных с прогрессирующей формой рака испытывают сильные боли, а 25% всех раковых больных умирают в муках, не получив обезболивающих средств, от чего по данным ВОЗ ежегодно страдает 3,5 млн. человек (6). Причиной этого является, во-первых, то, что многие пациенты не знают о возможности устранить болевые ощущения и потому безропотно переносят страдания. Во-вторых, в современной медицине так сложилось, что лечение в современной онкологии сконцентрировано в основном на самих опухолях, а паллиативная терапия остается в тени и потому медицинских работников не учат определять наличие боли и бороться с ней. Устранить данный недостаток в принципе не так уж сложно: следует шире и самое главное дифференцированное использовать обезболивающий эффект анальгетиков разной силы действия и разного фармакологического генеза — от ненаркотических анальгетиков и легких наркотиков вплоть до сильных опиатов. В комбинации с противовоспалительными и психотропными средствами равномерный (через 4-6 часов, круглосуточно) комбинированный прием этих лекарств как в виде инъекций, так и внутрь позволяет, по мнению экспертов ВОЗ, не

только снять болевые приступы в условиях стационара, но и проводить паллиативную терапию в домашних условиях у испытывающих мучения больных (31). Естественно, что при таком подходе обучение медицинского персонала учреждений не только онкологического, но и обычного профиля является лишь делом техники.

Если широкое обсуждение проблемы эвтаназии и имеет в чем-то положительное значение, то состоит оно в обостренном внимании к умирающему человеку. В связи с этим в последнее время все более актуальным представляется создание специализированных учреждений, обеспечивающих уход за умирающими. Такие лечебные заведения, называемые хосписами, стали создаваться на Западе в конце 40-х гг. XX в., и теперь имеется уже довольно значительный опыт их работы. Хоспис представляет собой в сущности небольшую больницу, рассчитанную на стационарное пребывание 20-30 человек и, при минимуме персонала, максимально, однако, обученного специальным знаниям и навыкам, способную обеспечить потребности 100 тыс. человек. Так, во всяком случае, обстоит дело в Англии, где в 1947г. Сесилией Сондерс был организован первый из хосписов.

Центральной проблемой при организации паллиативной терапии в них является снятие боли, но не только: в задачу персонала входит также умелая психотерапевтическая помощь с целью устранения страха, депрессий и тревоги, для чего привлекаются к активному содействию родственники. (Эта сторона деятельности хосписов хорошо освещена в книге «Путь к смерти. Жить до конца», где ее авторы Виктор и Розмари Зорза повествуют о своей дочери Джейн, заболевшей раком и умершей в специальной больнице для безнадежных онкологических больных). Конечно, описанное там — это только идеал, и даже в Великобритании в хосписы помещается не более 1% больных раком, но важна коренная переориентация отношения к умирающему человеку, совершенно новый взгляд на эту проблему. «Не умирать, а жить до конца», — как говорит А. Гнездилов, главный врач первого в нашей стране хосписа, организованного в сентябре 1990 г. в Лахте, пригороде Санкт-Петербурга (7). Это — реальная альтернатива негативному и опасному представлению о том, что неизлечимо больной человек, испытывающий жестокие страдания, должен иметь якобы право на быструю смерть, или эвтаназию.

### *Литература*

1. *Блохин Н.А.* Деонтология в онкологии. — М. — 1977. — с.43.
2. *Горэн Э.* Проблемы итальянского возрождения.//М. — 1986. — с.204.
3. *Гурвич А.М.* Морально-этические и правовые проблемы реаниматологии.//Вестник АМН СССР. — 1989. — №4. — с.61.
4. *Гурвич А.М.* Морально-этические и правовые проблемы реаниматологии.//Вестник АМН СССР. — 1989. — №4. — с. 63.
5. *Гурвич А.М.*//Ук.соч. — Вестник АМН СССР. — 1989. — №4. — с.66.
6. *Дал Дж., Джорансон Д.* Избавьте раковых больных от физических страданий.//Здоровье мира. — 1987. — №2. — с.11.
7. Дом для жизни. Беседа о проблемах хосписа.//Биоэтика: принципы, правила, проблемы. — М. — 1998. — сс.308-315.
8. *Иваницкий Г.* Кто должен сказать «да»?//Наука и жизнь. — 1987. — №3. — сс.44-46.
9. *Иванюшкин А.Я.* Профессиональная этика в медицине.//М. — 1990. — с.20.
10. *Иванюшкин А.Я.* Профессиональная этика в медицине.//М. — 1990. — с. 154.
11. *Иванюшкин А.Я., Царегородцев Г.И., Кармазина Е.Е.* О соотношении понятий «медицинская этика» и «биоэтика».//Вестник АМН СССР. — 1989. — №4. — с.54.
12. *Иванюшкин А.Я., Царегородцев Г.И., Кармазина Е.В.* О соотношении понятий «медицинская этика» и «биоэтика».//Вестник АМН СССР. — 1989. — № 4. — с.57.
13. *Иванюшкин А.Я.*//Ук.соч. — с.
14. *Кант И.* Трактаты и письма. — М. — 1980. — с.242.
15. *Кант И.* Трактаты и письма.//М. — 1980. — с.300.
16. *Лебедева Р.Н.* Деонтология в реаниматологии.//Деонтология в медицине. — М. — 1988. — т.1. — с.283.
17. *Литвинова Г.* Грань допустимого. Размышления о медико-правовых проблемах.//Наука и жизнь. — 1987. — №3. — с.47.
18. *Малеин Н.С.* О врачебной тайне.//Советское государство и право. — 1981. — №8. — с.84.
19. *Малеин Н.С.* Право, этика, здравоохранение.//Общественные науки и здравоохранение. — М. — 1987. — с.230.
20. *Маркс К., Энгельс Ф.*//Соч. — Изд. — т.23. — с.69.
21. *Налетова А.Д.* Проблема автономии личности в современной американской этике.//Вопросы философии. — 1982. — №6. — с.120.
22. *Неговский В.А.* Очерки по реаниматологии.//М. — 1986. — с.13.
23. *Нюрнбергский процесс.*//Сборник материалов в 3-х тт. — М. — 1966. — т.2. — сс.426-427.

24. *Пеллегрини Э.* Медицинская этика в США: настоящее и будущее.//Человек. — 1990. — №2. — с.50.
25. *Пеллегрини Э.* Медицинская этика в США: настоящее и будущее.//Человек. — 1990. — №5. — с.52.
26. *Пеллегрини Э.* Медицинская этика в США: настоящее и будущее.//Человек. — 1990. — №2. — с.55.
27. *Пеллегрини Э.*//Ук соч. — сс.48-49.
28. *Пеллегрини Э.*//Ук соч. — сс.49-50.
29. *Пеллегрини Э.*//Ук.соч. — с.54.
30. См. в частности *Зильбер А.П.* «Трактат об эйтаназии», Петрозаводск, 1998, а также раздел «Эвтаназия» в учебниках «Этика» *А.А. Гусейнова* и *Р.Г. Апресяна*, М., 1998 и «Этика» — под ред. Гусейнова-Дубко.
31. *Стьернсворд Я., Озорио П.* Облегчить страдания больных раком.//Здоровье мира. — 1985. — №6.
32. *Сых М.* Ресусцитация. Теория и практика оживления.//Варшава. — 1976. — с.57.
33. *Федорин С.* Право на смерть.//Советская культура. — 5 сент. 1989.
34. *Царегородцев Г.И., Кармазина Е.В.* Проблемы эвтаназии в зарубежной медицинской этике.//Вопросы философии. — 1984. — №12.
35. *Шамов И.А.* Об отношении врача к эвтаназии.//Казанский медицинский журнал. — 1981. — №2. — с.77.
36. *Эльштейн Н.Б.* Медицина и время.//Таллинн. — 1990. — с.256.
37. Энциклопедический словарь медицинских терминов.//М. — 1984. — т.3. — с.301.
38. *Юдин Б.* Жить или не жить?//Человек. — 1990. — №2. — сс.39-40.
39. *Юдин Б.* Жить или не жить?//Человек. — 1990. — №2. — с.42.

## Раздел II

# МЕТОДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

---

II.1	<u>Коррекция нарушений гомеостаза</u>	
II.1.1	Хроническая боль у онкологических больных: патофизиологические основы, диагностика и лечение. <i>Г.А. Новиков, М.А. Вайсман, Б.М. Прохоров</i> .....	392
II.1.2	Коррекция желудочно-кишечных нарушений у больных с распространенными формами рака. <i>Г.А. Новиков, М.А. Вайсман, С.В. Рудой</i> .....	414
II.1.3	Паллиативная помощь онкопульмонологическим больным. <i>Новиков Г.А., Рудой С.В., Прохоров Б.М., Вайсман М.А.</i> .....	421
II.1.4	Возможности и перспективы паллиативного лечения онкоурологических больных. <i>Карелин М.И., Александров В.П., Киселев Е.Н.</i> .....	438
II.1.5	Лечение синдрома верхней полой вены. <i>Фастаковский В.В., Важенин А.В., Фокин А.А.</i> .....	456
II.1.6	Роль методов паллиативного лечения в улучшении качества жизни больных распространенными формами злокачественных новообразований. <i>Соловьев В.И., Модников О.П., Семкина Е.Н.</i> .....	471

<b>II.2</b>	<b><u>Химио-лучевые методы лечения в паллиативной помощи</u></b>	
II.2.1	Современные подходы к лечению множественного метастатического поражения костей. <b>Модников О.П., Новиков Г.А., Родионов В.В.</b> .....	493
II.2.2	Качество жизни до конца — реальные возможности лучевой терапии. <b>Важенин А.В., Васильченко М.В.</b> ..	541
II.2.3	Современные возможности паллиативной лучевой терапии больных раком трахеи и бронхов. <b>Бойко А.В., Черниченко А.В., Дарьялова С.Л., Мещерякова И.А.</b> .	559
II.2.4	Комбинированное лечение детей и подростков, больных саркомой Юинга с метастазами. <b>Тимухина В.Н.</b> .....	582
II.2.5	Паллиативная помощь при неоперабельном раке желудочно-кишечного тракта. <b>Орловская Л.А., Анапаян В.Х., Малейко М.П., Донцов В.А., Касьяненко В.Н., Франциянц Е.М., Златник Е.Ю.</b> ....	611
II.2.6	Паллиативное лечение больных солидными опухолями с метастатическим поражением костей. <b>Моисеенко В.М.</b> .....	630

## **II.1 КОРРЕКЦИЯ НАРУШЕНИЙ ГОМЕОСТАЗА**

### **II.1.1. ХРОНИЧЕСКАЯ БОЛЬ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ: ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

Боль — эволюционно выработанный типовой процесс, возникающий в результате действия на организм ноцицептивных (повреждающих) факторов или ослабления антиноцицептивной системы. Это физиологический феномен, необходимый для нормальной жизнедеятельности и информирующий нас о вредных воздействиях, представляющих потенциальную опасность для организма. Проблема обезболивания является важнейшей для здравоохранения, поскольку облегчение страданий неизлечимо больного пациента — это одна из самых важных задач клинической медицины.

В настоящее время для определения боли наиболее распространена дефиниция, предложенная Международной Ассоциацией по изучению боли (IASP, 1994): «Боль — это неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с реальным или потенциальным повреждением тканей или описываемое терминами такого повреждения». Боль всегда субъективна, ее конечная оценка определяется локализацией и характером повреждения, природой повреждающего фактора, психологическим состоянием человека и его индивидуальным жизненным опытом. Важным моментом является то, что выраженность боли может не соответствовать тяжести повреждения, поскольку определяющим в интерпретации болевого ощущения является психоэмоциональное состояние индивидуума. Особенное значение данный аспект имеет при хронической боли, которая продолжается длительный период времени и приобретает статус самостоятельной болезни, поскольку



причина этой боли неустранима (например, у больных с распространенными формами злокачественных новообразований). Хроническая боль снижает физическую и социальную активность, вызывает психоэмоциональные расстройства, приводит к регионарным и системным нарушениям микроциркуляции, является причиной вторичной иммунологической недостаточности и нарушения деятельности органов и систем. Такую боль называют патологической, поскольку она вызывает целый комплекс дезадаптивных реакций и представляет опасность для организма в биологическом смысле.

Нейрофизиологические основы боли заключаются в сложном взаимодействии ноцицептивной и антиноцицептивной систем, упрощенно представленном следующими основными физиологическими процессами:

- восприятие (перцепция) болевых ощущений ноцицепторами — свободными нервными окончаниями миелиновых А- $\delta$  — и безмиелиновых С-волокон, расположенными по всему телу (кожа, глубокие ткани и внутренние органы), за исключением головного мозга;
- проведение ноцицептивных импульсов по первичным афферентным волокнам в задние рога спинного мозга и по восходящим проводящим путям в кору головного мозга;
- прием и переработка ноцицептивной информации в коре головного мозга (в частности, лимбической системе и неокортексе);
- модуляция ноцицептивного возбуждения (периферическая модуляция, сегментарное торможение, супраспинальный нисходящий тормозной контроль и действие нейромедиаторов/нейромодуляторов).

В зависимости от патогенеза боль можно подразделить на ноцицептивную (ноцигенная), нейропатическую (нейрогенная) и психогенную. Данная классификация весьма условна из-за тесного сочетания патогенетических механизмов при различной патологии, особенно при хронической боли. Например, опухоли могут вызывать и повреждение тканей, и компрессию нервов. Болевые синдромы, возникающие вследствие активации ноцицепторов, относят к ноцигенным. Клинически они проявляются наличием постоянной болезненности и/или повышением болевой чувствительности в зоне повреждения или воспаления. Такая боль, как правило, имеет определенную локализацию, интенсивность и характер. Со временем зона болевой чувствительности может расширяться и выходить за пределы поврежденных тканей. Участки с повышенной болевой чувствительностью к повреждающим сти-

мулам называют зонами гипералгезии. Выделяют первичную гипералгезию, которая охватывает поврежденные ткани, и вторичную гипералгезию, локализирующуюся вне зоны повреждения. По современным представлениям, периферическое повреждение запускает целый каскад патофизиологических и регуляторных процессов, затрагивающих всю ноцицептивную систему от тканевых ноцицепторов до корковых нейронов. Наиболее важными звеньями патогенеза при этом являются:

- раздражение ноцицепторов при повреждении тканей;
- выделение алгогенов и сенсибилизация ноцицепторов в области повреждения;
- усиление ноцицептивного афферентного потока с периферии;
- сенсибилизация ноцицептивных нейронов на различных уровнях ЦНС.

В связи с этим для лечения ноцигенной боли целесообразно применение средств, направленных на подавление синтеза медиаторов воспаления, ограничение поступления ноцицептивной импульсации из зоны повреждения ЦНС и активацию структур антиноцицептивной системы.

Развитие нейрогенных болевых синдромов обусловлено повреждением структур периферической или центральной нервной систем, участвующих в проведении ноцицептивных сигналов. Такая боль имеет ряд своих клинических и патофизиологических особенностей. Для нейрогенного болевого синдрома типично наличие постоянной, спонтанной или пароксизмальной боли, сенсорного дефицита в зоне болезненности, аллодинии (болезненного ощущения при легком неповреждающем воздействии), гипералгезии и гиперпатии. Характерны вегетативные расстройства, такие как снижение кровотока, гипер- или гипогидроз в болезненной области. Боль часто усиливает или сама вызывает эмоционально-стрессовые нарушения. Полиморфизм болевых ощущений у разных пациентов обусловлен характером, степенью и местом повреждения. При неполном повреждении ноцицептивных афферентов чаще возникает острая периодическая пароксизмальная боль, подобная удару электрического тока и длящаяся всего несколько секунд. В случае полной денервации боль чаще всего имеет постоянный характер. Патогенетические механизмы нейрогенной и ноцигенной боли в корне различны. Развитие нейрогенных болевых синдромов в настоящее время связывают с структурно-функциональными изменениями, затрагивающими периферические и центральные отделы ноцицептивной системы. Под влиянием повреждающих факто-

ров возникает дефицит тормозных реакций, приводящий к развитию в первичном ноцицептивном реле агрегатов гиперактивных нейронов, продуцирующих мощный афферентный поток импульсов, который сенситизирует супраспинальные ноцицептивные центры, дезинтегрирует их нормальную работу и вовлекает их в патологические реакции. Происходящие при этом пластические изменения объединяют гиперактивированные ноцицептивные структуры в новую патодинамическую организацию — патологическую алгическую систему, результатом деятельности которой является болевой синдром. С учетом особенностей патогенеза при лечении нейропатических болевых синдромов оправдано использование средств, подавляющих патологическую активность периферических эктопических нейрональных пейсмейкеров и агрегатов гипервозбудимых нейронов: антиконвульсантов, бензодиазепинов, агонистов рецепторов ГАМК, блокаторов кальциевых каналов, антагонистов возбуждающих аминокислот, периферических и центральных блокаторов  $\text{Na}^+$ -каналов.

Ведущее значение в механизме развития психогенных болевых синдромов отводится психологическим факторам, которые инициируют боль при отсутствии каких-либо серьезных соматических расстройств. Широко известно, что личность пациента формирует болевое ощущение, поэтому очевидно, что оно усилено у истерических личностей. Любое хроническое заболевание, сопровождающееся болью, влияет на эмоции и поведение пациента. Боль часто ведет к появлению тревожности и напряженности, которые обостряют восприятие боли. Часто боли психологической природы возникают вследствие перенапряжения каких-либо мышц, которое провоцируется эмоциональными конфликтами или психосоциальными проблемами. Психогенная боль может являться составной частью истерической реакции и исчезать при адекватном лечении основного заболевания. К психогенным болям также относят боли, связанные с депрессией, которые не предшествуют ей и не имеют какой-либо другой причины. Это поясняет важность психотерапии в контроле над болью у онкологических больных. Биологическая обратная связь, релаксационный тренинг, поведенческая терапия и гипноз должны применяться в качестве психологического вмешательства, особенно в рефрактерных к лечению случаях (Bonica, 1990; Wall, Melzack, 1994; Hart, Alden, 1994). В современной клинической практике только правильное понимание врачом механизмов развития болевого синдрома может позволить ему правильно выбрать верную стратегию терапии хронической боли.

Важную роль в правильном выборе тактики лечения играют методы диагностики типа, причин и интенсивности хронической боли онкологического генеза, а также контроль эффективности проводимых лечебных мероприятий. Диагностику хронического болевого синдрома следует строить на применении простых неинвазивных методов оценки боли, качества жизни пациента и переносимости применяемых анальгетических и симптоматических средств терапии. Специальные инструментальные и лабораторные методы исследования у онкологических больных обычно не применяют из гуманных соображений, если нет специальных показаний.

На основе собственного опыта и данных литературы оптимальным для данной категории пациентов следует считать следующий комплекс диагностических критериев.

1. Анамнез хронического болевого синдрома (давность, интенсивность, локализация, тип, факторы, усиливающие или уменьшающие боль; применявшиеся ранее средства лечения боли и их эффективность) и клинический осмотр пациента с хронической болью: характер и распространенность онкологического процесса; физический, неврологический и психический статус пациента.

2. Оценка интенсивности хронического болевого синдрома наиболее проста и удобна для исследователя и пациента по 5-балльной шкале вербальных (словесных) оценок (ШВО): 0 — боли нет, 1 — слабая, 2 — умеренная, 3 — сильная, 4 — самая сильная боль. Нередко применяют визуально-аналоговую шкалу (ВАШ) интенсивности боли от 0 до 100%, которую предлагают пациенту, и он сам отмечает на ней степень своих болевых ощущений. Эти шкалы позволяют количественно оценить динамику хронического болевого синдрома в процессе лечения.

3. Оценка качества жизни больного с распространенной формой злокачественного новообразования может быть достаточно объективно проведена по шкале физической активности: 1 — нормальная физическая активность, 2 — незначительно снижена, больной способен самостоятельно посещать врача, 3 — умеренно снижена (постельный режим менее 50% дневного времени, 4 — значительно снижена (постельный режим более 50% дневного времени), 5 — минимальная (полный постельный режим). Для более детальной оценки применяется целый комплекс критериев, рекомендуемый Международной ассоциацией по изучению боли, включающий учет социальной активности, профессиональной деятельности, духовности, сексуальных функций, удовлетворенности лечением.

4. Оценка переносимости терапии боли (побочные эффекты средств и методов лечения). Чаще всего приходится оценивать побочные эффекты анальгетиков по их характеру, выраженности и частоте развития. Выраженность побочных эффектов оценивается по шкале: 0 — нет побочных эффектов, 1 — слабо, 2 — умеренно, 3 — сильно выражены. Частота побочных эффектов того или иного препарата определяется в процентах, что позволяет сравнить разные анальгетики по их переносимости пациентами.

При оценке побочных эффектов медикаментов необходимо иметь в виду, что многие симптомы, сходные с побочным действием лекарств, имеют место у больных с распространенными формами злокачественных новообразований до начала лечения анальгетиками и связаны с болезнью (плохой аппетит, тошнота, рвота, запоры и др.), что должно быть отмечено. Производится учет симптомов до и в процессе лечения. Проявлением побочного действия лекарств следует считать появление или усиление того или иного симптома с началом терапии. Нередко отдельные симптомы на фоне противоболевой терапии не нарастают, а даже уменьшаются.

5. Показатели физического состояния пациента могут быть использованы в разном объеме в зависимости от условий (стационар или дом): масса тела в динамике, клинические показатели кровообращения (АД, ЧСС, ЭКГ), общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, рентгенологические исследования и др.

6. Специальные научные исследования по оценке анальгетического и побочных эффектов анальгетиков и других средств лечения боли (сенсометрия, электроэнцефалография, спирография, определение плазменного уровня стресс-факторов — кортизол, соматотропный гормон, глюкоза и др.) — проводятся редко и только при согласии пациента.

7. Тест на опиатную зависимость при длительной (свыше месяца) терапии опиоидными анальгетиками в обычной практике не применяется, поскольку может привести к устранению анальгезии и развитию острого абстинентного синдрома.

На основании данных диагностики устанавливается причина, тип, интенсивность хронического болевого синдрома, локализация боли, сопутствующие осложнения и психические нарушения.

Все вышесказанное доказывает, что эффективная терапия хронической боли у онкологических больных — сложная задача, и требует применения многокомпонентного комплекса методов и лекарственных средств. На сегодняшний день в арсенале специалистов имеются:

- фармакотерапия периферическими и центральными анальгетиками, адъювантными лекарственными средствами;
- лекарственные, химические и физические методы регионального обезболивания (эпидуральная анальгезия, хроническая эпидуральная электростимуляция, денервации периферических и центральных нервных структур, радиочастотный нейролизис);
- хирургические методы (хордотомия, нейродеструкция).

Основой лечения хронической боли онкологического генеза у пациентов всех возрастных групп является системная фармакотерапия. Лекарственные препараты, используемые для этих целей, делятся на три категории: ненаркотические (неопиоидные) анальгетики, наркотические (опиоидные) анальгетики и адъювантные препараты. Согласно «анальгетической лестнице», рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, при слабой боли назначаются ненаркотические анальгетики, при усилении боли до уровня умеренной дополнительно назначают опиоиды слабой потенции, а для лечения сильной боли применяются сильнодействующие опиоиды. На всех ступенях обезболивания анальгетики могут сочетаться с адъювантными средствами: противосудорожными, кортикостероидами, трициклическими антидепрессантами, транквилизаторами и др. Для получения положительного результата с самого начала фармакотерапии необходимо строго соблюдать четыре принципа:

- дозу анальгетика подбирать индивидуально в зависимости от интенсивности и характера болевого синдрома, добиваясь устранения или значительного облегчения боли;
- назначать анальгетики строго «по часам», вводя очередную дозу препарата до прекращения действия предыдущей;
- анальгетики применять «по восходящей», то есть от максимальной дозы слабо действующего опиата к минимальной дозе сильнодействующего;
- применять неинвазивные формы лекарственных средств.

Одним из важнейших условий успешного лечения является индивидуальный подбор способа введения анальгетиков, дозы и схемы. Для длительного лечения предпочтителен пероральный способ введения препаратов из-за его удобства, гибкости и неинвазивности. Пик действия у большинства пероральных лекарственных форм (исключая пролонгированные таблетки) наступает через 1/2-2 часа после приема. Поэтому следующую дозу анальгетика можно принимать только через 2 часа, если за это время не было выраженных побочных эффектов. Такое долгое ожидание

может рассматриваться как недостаток в случаях с быстро прогрессирующей болью. У пациентов с дисфагией применяются сублингвальное, буккальное и ректальное введение препаратов.

Внутримышечное введение анальгетиков наиболее распространено в нашей стране, но имеет ряд недостатков: болезненность, мышечная инфильтрация и более короткое действие по сравнению с пероральным приемом. У больных с распространенными формами злокачественных новообразований не следует часто использовать этот метод, в особенности у детей, которые иногда предпочитают терпеть боль очередной инъекции. Кроме того, повторные инъекции, могут вызвать асептические абсцессы и фиброз мышц и мягких тканей.

Прежде, чем перейти к более мощному анальгетику, необходимо полностью исчерпать возможности предыдущего, увеличивая дозу до появления побочных явлений, ограничивающих его применение. Некоторые пациенты по различным причинам лучше реагируют на один анальгетик, чем на другой того же класса. Следовательно, существует потребность в индивидуальном подборе препарата (особенно опиоида), чтобы определить оптимальный для данного пациента препарат по эффективности, дозе и минимуму побочных явлений. Эффективная доза определяется титрованием — то есть, назначением обычной стартовой дозы с увеличением или уменьшением ее согласно степени анальгезии и наличию побочных явлений, на основании ощущений пациента. Как только устанавливается оптимальная доза в течение суток, анальгетики могут применяться в непрерывном режиме по постоянной схеме. Такой подход обеспечивает наименьшее количество побочных эффектов. Если лечение проводится только в режиме экстренного обезболивания, может потребоваться большее время и более высокие дозировки; образуется порочный круг: недостаточное обезболивание, усиление боли, передозировка и токсическое действие препарата. Анальгетики помогают пациенту, только если врач контролирует обезболивание и побочные эффекты и, соответственно, корректирует режим их введения. Например, амбулаторные онкологические больные, при замене анальгетика или способа его введения, должны ежедневно беседовать с хорошо подготовленным врачом или медсестрой, потому что оценка дозы допускает большую погрешность, в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

Первой линией при лечении хронической боли онкологического генеза являются неопиоидные анальгетики. Механизм их действия (кроме ацетаминофена) заключается в блокировании фермента циклооксигеназы, предотвращающем образование про-

стагландинов, повышающих чувствительность к болевым стимулам в периферических нервах и центральных чувствительных нейронах. Помимо этого, они отличаются от опиоидных анальгетиков наличием верхнего предела анальгетического эффекта, не вызывают физической или психологической зависимости и обладают антипиретическими свойствами. Если нет противопоказаний, ненаркотический анальгетик назначается при сильной боли дополнительно к опиоидам, выступая в роли адъювантного препарата. К сожалению, часто неопиоидные анальгетики необоснованно отменяются у пациентов, неспособных принимать лекарства перорально, хотя в этих случаях можно использовать парентеральные или ректальные лекарственные формы. К наиболее распространенным неопиоидным анальгетикам, применяемым в клинической практике относятся следующие препараты.

Аспирин (ацетилсалициловая кислота) — один из самых старых анальгетиков. Эффективная разовая анальгетическая доза составляет 500 — 650 мг 4-6 раз в сутки. Максимальная суточная доза не должна превышать 4 г. Наиболее частые побочные эффекты, встречающиеся при лечении терапевтическими дозами аспирина — раздражение слизистой желудка и кровотечение. Кроме того, существует два варианта аллергии на аспирин. У одних пациентов развивается респираторная реакция с ринитом, астмой и носовыми полипами («аспириновая триада»), у других — крапивница, волдыри, отек Квинке, анафилактический шок. У пациентов с гиперчувствительностью к аспирину может развиваться перекрестная аллергия на НПВП. Эффективные анальгезирующие средства, имеющие меньшее количество побочных эффектов — это салицилаты типа салициламида и натрия салицилата. В отличие от аспирина и НПВП, терапевтические дозы салицилатов не влияют на время кровотечения и реакцию агрегации тромбоцитов у пациентов без предшествующих нарушений свертывания. Ацетаминофен (парацетамол) — несалицилат, подобен аспирину по его анальгезирующему и жаропонижающему действию, но не влияет на агрегацию тромбоцитов, имеет слабо выраженный противовоспалительный эффект и не повреждает слизистую желудка. Хотя ацетаминофен хорошо переносится в рекомендуемых дозах до 4 г/день, при острой передозировке может развиваться некроз печени. У больных хроническим алкоголизмом и болезнями печени, а также у длительно голодающих пациентов возможно тяжелое гепатотоксическое действие даже в обычных терапевтических дозах. Отмечена гепатотоксичность у пациентов, получающих терапевтические дозы ацетаминофена и умеренно употребляющих алкоголь).



Нестероидные противовоспалительные препараты сочетают в себе в разной степени анальгетическое и противовоспалительное действие, что имеет большое практическое значение. НПВП ингибируют циклооксигеназу, таким образом подавляя синтез простагландинов. Известны два изофермента циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), которые выборочно блокируются НПВП. Изофермент ЦОГ-1 в норме присутствует в кровеносных сосудах, желудке и почках, а ЦОГ-2 вырабатывается в тканях при воспалении. Ингибирование ЦОГ-1 приводит к известным желудочным и почечным побочным эффектам, встречающимся при использовании НПВП, а ингибирование ЦОГ-2 производит терапевтическое действие. Большинство НПВП блокируют обе формы ЦОГ-изоферментов, таким образом производя и нежелательные, и терапевтические эффекты. По анальгетическому эффекту одни НПВП эквивалентны аспирину, другие — несколько эффективнее. Реакция пациентов на различные НПВП может варьировать. Поэтому, если пациент с хронической болью не отвечает на введение препарата в максимальной терапевтической дозе, может рассматриваться альтернатива из ряда НПВП. Например, при сравнении ибупрофена, напроксена или кетопрофена видно, что напроксен имеет более длинный период полураспада, чем ибупрофен или кетопрофен и, таким образом, требует менее частых приемов; кетопрофен имеет более быстрое начало, но более короткую продолжительность действия чем ибупрофен.

Все НПВП препятствуют агрегации тромбоцитов, блокируя простагландин-синтетазу. В отличие от аспирина, имеющего необратимое действие на тромбоциты, НПВП препятствуют их агрегации пока сохраняется эффективная концентрация препарата в крови. Гипокоагуляция, коагулопатия и тромбоцитопения — относительные противопоказания для использования НПВП. Помимо действия на тромбоциты, НПВП могут усиливать действие оральных антикоагулянтов, продлевая протромбиновое время и вызывая кровотечения. Возможно также развитие агранулоцитоза. НПВП могут оказывать раздражающее побочное действие на желудочно-кишечный тракт, особенно у пациентов, получающих стероиды, при язвенном анамнезе, астенизирующих заболеваниях и в пожилом возрасте. В начале лечения возможны небольшие диспепсии. Серьезные осложнения, такие как образование язв или кровотечение, могут развиваться в любое время, при наличии предупреждающих симптомов или без них. В исследовании риска и вариантов желудочно-кишечных осложнений, сопутствующих разным НПВП, было установлено, что низкие дозы ибупрофена (до 1.600 мг/день) имеют минимальный относительным риск ослож-

нений. На втором месте по безопасности — диклофенак. Аспирин, индометацин и напроксен занимают среднюю позицию. Кетопрофен и пироксикам имеют самый высокий риск. Высокие дозы ибупрофена сопоставимы по риску с такими же дозами напроксена и индометацина. Для снижения желудочно-кишечных осложнений желательно использовать препараты с минимальным риском в самой низкой дозировке, достаточной для адекватной анальгезии. Употребление алкоголя должно быть ограничено. Терапия НПВП может также приводить к осложнениям со стороны толстого кишечника, таким как кровотечение, перфорация, обструкция, острый колит и обострение хронических заболеваний толстой кишки. Частичную защиту от желудочных и дуоденальных язв может обеспечить дополнительное назначение ранитидина или мизопростол. Мизопростол показан для профилактики язв у пациентов с высоким риском (например, пожилых, с сопутствующим астенизирующим заболеванием, с язвенным анамнезом). Рекомендуемая дозировка — 200 мг четыре раза в день с едой, или, если препарат плохо переносится из-за диареи, снизить дозировку до 100 мг четыре раза в день. В профилактике и лечении гастродуоденальных осложнений НПВП еще более эффективен омепразол, 20 мг 1 раз в день, ежедневно. НПВП и аспирин могут вызывать повреждение печени, обычно манифестирующее с повышения печеночных ферментов. Поэтому заболевания или нарушения функции печени — относительные противопоказания к использованию НПВП. Рекомендуется при лечении хронической боли периодически контролировать печеночные ферменты и билирубин. У ибупрофена гепатотоксическое действие выражено меньше, чем у аспирина или других НПВП, а его высокая эффективность в отношении болей при злокачественных новообразованиях костей и воспалении позволяет рекомендовать его осторожное использование у некоторых онкологических пациентов с болезнями печени.

Механизмы воздействия НПВП на функцию почек включают уменьшение синтеза почечных сосудорасширяющих простагландинов, развитие интерстициального нефрита, нарушение секреции ренина и повышение тубулярной реабсорбции воды и натрия. Факторами риска для НПВП — индуцированной острой почечной недостаточности являются декомпенсированный порок сердца, хроническая почечная недостаточность, цирроз печени с асцитом, системная красная волчанка, нарушения циркуляции, диуретики, тяжелый атеросклероз у пожилых пациентов и миеломная болезнь. Возможно резкое развитие олигурии с задержкой натрия и воды, которое обычно быстро полностью исчезает после отмены НПВП. НПВП в редких случаях могут вызывать аллергический

интерстициальный нефрит с нефротическим синдромом, проявляющимся в отеках, протеинурии, и гипоальбуминемии, с почечной недостаточностью или без нее; при этом обычно не бывает сопутствующей лихорадки, высыпаний или эозинофилии. Этот синдром также обычно исчезает после отмены НПВП. Кроме того, НПВП могут затрагивать тубулярную функцию, приводя к гиперкалиемии, они могут также усиливать эффект антидиуретического гормона, приводя к снижению экскреции воды и гипонатриемии.

НПВП иногда вызывают нарушения со стороны центральной нервной системы. При этом может отмечаться нарушение внимания, кратковременная потеря памяти и трудности с вычислениями. Возможна головная боль.

Таким образом. НПВП — эффективные анальгетики для лечения большинства типов боли. Их использование показано у пациентов с хронической онкологической болью, если нет противопоказаний.

При хронической боли, не купирующейся ненаркотическими анальгетиками, назначаются опиоиды.

К слабым опиатам, применяемым при умеренной боли, относятся кодеин, трамадол и просидол. Доза кодеина 10–30 мг до 6 раз в сутки, дигидрокодеина (ДНС — таблетки ретард по 60, 90, 120 мг) 2 раза в сутки (суточная доза до 480 мг). Трамадола гидрохлорид (трамал) выпускается в инъекциях, каплях, капсулах и свечах. Этот анальгетик обычно принимается по 50–100 мг каждые 6 ч, а ретардная форма трамадола — трамундин действует в течение 12 ч. Суточная доза трамадола 400 мг. Также при умеренной боли применяется отечественный препарат просидол (сублингвальные или буккальные таблетки) по 20–40 мг до 6 раз в сутки. Наиболее частые побочные эффекты слабых опиоидов — головокружение, тошнота, констипация и сонливость.

При сильной боли применяются такие препараты как бупренорфин, морфин, фентанил. Синтетический опиоид бупренорфин (бупранал, сангезик, норфин и др.) выпускается в сублингвальных таблетках по 0,2 мг и растворе для инъекций по 0,3 мг в 1 мл (высшая суточная доза 3,6 мг). При превышении суточной дозировки бупренорфина проявляется «потолковый эффект», при котором наращивание дозы препарата не уменьшают боль, а лишь усиливает побочные эффекты. Высшая суточная доза инъекционного 1% раствора морфина гидрохлорида составляет 120 мг. Однако препаратами выбора при терапии интенсивного хронической боли у онкологических больных являются продленные лекарственные формы морфина и фентанила, которые не имеют «потолкового эффекта» и отвечают всем современным принципам фар-

макотерапии. К ним относятся МСТ-континус — ретардная форма морфина сульфата в таблетках по 10, 30, 60 и 100 мг, действующих в течение 12 часов (суточная доза до 770 мг), и новый препарат, только что появившийся на отечественном рынке, дюрөгезик — трансдермальная терапевтическая система (ТТС) фентанила, который наклеивается на кожу пациента в виде специального пластыря. Время действия ТТС фентанила 72 часа. Доза высвобождения фентанила из ТТС зависит от площади системы и составляет 25, 50, 75 и 100 мкг/ч. Неинвазивность и длительность действия выгодно отличают трансдермальный фентанил от других сильных опиоидов. Мультицентровые клинические исследования у онкологических больных показали, что в анальгезирующих дозах трансдермальный фентанил реже вызывает констипацию, чем пероральные пролонгированные формы морфина. Возможно, многие констипационные эффекты наркотических анальгетиков обусловлены их непосредственным взаимодействием с опиоидными рецепторами желудка и кишечника. Соответственно, для любого метода, который минует ЖКТ, включая трансдермальные, трансназальные, внутривенные, подкожные, ректальные и трансмукозальные способы введения, характерно это же преимущество. Трансдермальный фентанил оказался чрезвычайно удобен для лечения хронической онкологической боли, поскольку позволяет выдерживать 72-часовой интервал дозирования при непрерывном способе введения. Соотношение дозировок трансдермального фентанила в сравнении с другими опиоидами приведено в табл. II.1.1.1. Следует отметить, что требуется 12-16 ч, чтобы наступил существенный терапевтический эффект и 48 ч, чтобы достичь постоянной концентрации фентанила в крови. Поэтому рекомендуется предварительное назначение пациентам опиоидов короткого действия с титрованием дозы, а затем уже перевод на трансдермальный фентанил. Пациент, получающий лечение трансдермальным фентанилом, должен быть подготовлен к приему опиоидов короткого действия при «прорывах» боли. При необходимости доза трансдермального пластыря должна быть увеличена соответственно общей эффективной суточной дозе опиоидов.

При лечении ХБС высокой интенсивности следует учитывать, что анальгезия — лишь одно из многочисленных свойств опиоидов.

В эффективных анальгетических дозах морфин и его аналоги могут вызывать угнетение сознания, снижение физической активности, тошноту, рвоту, запоры, задержку мочи и другие нежелательные побочные явления, ухудшающие качество жизни больного. Есть несколько способов бороться с побочными эффектами:

Таблица II.1.1.1

**Эквивалентные дозы опиоидов**

Препараты	Форма выпуска	Суточная доза
Промедол, мг *	ампулы	240
Промедол, мг *	табл.	240
Трамалол, мг *	табл.	400
Трамалол, мг *	суппозит.	400
Трамалол, мг *	ампулы	400
Трамалол гидрохлорид, мг *	табл.	400
Трамалол гидрохлорид с продолжительностью действия 12 ч, мг	табл. сублингв.	240
Просидол, мг *	ампулы	240
Просидол, мг *	табл.	240
Дигидрокодеин — ретард, мг		240-480
Оmnopon, мг *	ампулы	60-100
Бупренорфин, мг	табл.	1,6-2,8
Бупренорфин, мг	ампулы	1,2-2,1
Морфина гидрохлорид, мг *	ампулы	40-70
Морфина сульфат с продолжительностью действия 12 ч, мг	табл.	130-230
Фентанил — трансдермальная лекарственная форма с продолжительностью действия 72 ч, мкг/ч	пластырь	25

Примечание: \* — по индивидуальным показаниям суточная дозировка может быть увеличена;

□ — терапевтические возможности препарата исчерпаны. Целесообразно применить более сильнодействующий опиоид.

- изменить режим дозирования или способ введения того же препарата для достижения относительно постоянной концентрации в крови, т.к. пиковые уровни чаще вызывают побочные эффекты. Например, тошнота, возникающая при 4-6-кратном применении морфина гидрохлорида, может быть уменьшена при снижении разовой дозы, а если при этом обезболивание становится недостаточным, сокращении интервала между дозами до 3-х часов, либо перейти на пролонгированную пероральную форму морфина сульфата.
- попробовать заменить опиоид. Вообще, все сильные наркотические анальгетики в эквивалентических дозах имеют подобные побочные действия. Однако многие специалисты полагают, что некоторые пациенты переносят одни опиоиды лучше, чем другие, и рекомендуют при плохой переносимости пробовать заменить препарат.
- добавить лекарственное средство, устраняющее побочный эффект. Например, седация при длительном лечении сильными опиоидами может компенсироваться назначением стимуляторов типа кофеина. Для профилактики запоров должны назначаться препараты, размягчающие стул и усиливающие перистальтику кишечника. Чаще применяются легкие слабительные: препараты сенны, слабительные свечи, лактулоза. При тошноте и рвоте назначают метоклопрамид или мотилиум. Зуд могут уменьшить антигистаминные препараты и кортикостероиды. Угнетение дыхания редко наблюдается у пациентов, длительно получающих опиоиды, но когда боль купирована, пациент может заснуть, что значительно повышает риск угнетения дыхательного центра или обструкции дыхательных путей. В таких ситуациях пациенты должны находиться под наблюдением по меньшей мере 3-4 часа после ожидаемого пика концентрации наркотического анальгетика. В случае умеренной передозировки опиоида короткого действия, для предотвращения существенной гиповентиляции, достаточно бывает просто разбудить больного. Ни одному пациенту не грозит угнетение дыхания при пробуждении. Если для лечения угнетения дыхания пациенту, получающему наркотические анальгетики более одной недели, требуется ввести опиоидный антагонист, следует помнить, что такие пациенты могут иметь избирательную чувствительность к антагонистам. Должен использоваться разбавленный раствор налоксона (применяется стандартное раз-

ведение: ампула 0,4 мг в 10 мл физ. р-ра, по 0,5 мл в/в каждые 2 минуты), доза должна титроваться, чтобы избежать развития тяжелого синдрома отмены с судорогами и сильной болью. Проведенные исследования показали, что налуксон часто необоснованно назначался онкологическим больным с нарушениями сознания, не связанными с передозировкой опиоидов, что приводило к ухудшению состояния и рецидиву боли.

- использовать способ введения, который сводит к минимуму концентрацию лекарства в зоне возможного развития побочного действия. У пациентов с возможной опиоид-индуцированной частичной кишечной непроходимостью предпочтительны парентеральные и трансдермальные формы, а не пероральные, создающие высокую концентрацию опиоидов в ЖКТ. Интраспинальное применение опиоидов обеспечивает меньшие концентрации их в области ствола мозга, снижая риск седации, тошноты, рвоты.

Меньший риск возникновения дыхательных расстройств при назначении смешанных агонист-антагонистов опиоидных рецепторов ЦНС налбуфина (нубаин) и буторфаноло (стадол, морадол). Однако за исключением, нет никаких убедительных доказательств преимущества агонист-антагонистов перед морфиноподобными препаратами в лечении хронической онкологической боли, поскольку эти препараты производят анальгезию, взаимодействуя с  $\kappa$ -рецепторами, но на уровне  $\mu$ -рецепторов действуют как антагонисты морфина. Эффект антагонизма уменьшает и дыхательные нарушения, и анальгезирующее действие, поэтому клиницисты должны знать несколько возможных осложнений, связанных с нарушением поведения и галлюцинациями. Любой из препаратов этой группы, даже частичный  $\mu$ -агонист бупренорфин, может вызвать острую опиоидную абстиненцию, если будет назначаться пациентам, длительно получавшим чистые  $\mu$ -агонисты. Не рекомендуется применение этих средств в качестве препаратов первой линии. Однако в отдельных случаях они могут быть эффективны у пациентов, плохо переносящих другие опиоиды.

Общим положением для пациентов всех возрастных групп, длительно получающих наркотические анальгетики, является необходимость постепенного увеличения дозы опиоида для поддержания первоначального анальгетического эффекта. Этот феномен обозначается термином «толерантность», и первым признаком развития толерантности может быть уменьшение продолжительности эффективной анальгезии. Для снижения прогрессирования толерантности и обеспечения эффективного обезболивания у то-

лерантного пациента можно комбинировать наркотические анальгетики с ненаркотическими или менять один наркотический анальгетик на другой, используя половину эквивалентной дозы в качестве стартовой, т.к. среди опиоидов возможна неполная перекрестная толерантность. «Синдром отмены» у пациентов, длительно получающих опиоиды, при резкой отмене препарата или назначении опиоидного антагониста, обусловлен развитием физической зависимости и проявляется беспокойством и раздражительностью, чередующимися с приступообразными ощущениями жара, гиперсаливацией, слезоточением, ринореей, потливостью, лихорадкой, тошнотой, рвотой, метеоризмом и бессонницей. Развитие психологической зависимости, или наркомании, характеризуется патологической потребностью в использовании опиоидов не по медицинским показаниям, в первую очередь, не для облегчения боли. В медицинской практике это проявляется изменением поведения пациента: нарушении графика посещений клиники с последующими внеурочными требованиями дополнительных рецептов, воровством или подделкой рецептов, выпрашиванием рецептов у разных врачей, воровством наркотических препаратов у других пациентов или членов семьи, продажей и покупкой наркотиков на улице и использованием предписанных препаратов необычными способами (например, растворением и внутривенным введением таблеток и капсул). Термин «наркоман» чреват отрицательными последствиями и должен использоваться только при неопровержимых доказательствах наличия психологической зависимости. Необходимо разъяснить пациентам и членам их семей, что толерантность и физическая зависимость — не эквивалент наркомании. Хотя большинство пациентов, получающих опиоиды по несколько раз в день дольше одного месяца демонстрируют некоторую степень толерантности и физической зависимости, имеющиеся данные свидетельствуют, что риск ятрогенной наркомании ничтожен и опасение развития привыкания к опиоидам не должно становиться преградой для лечения онкологической боли. Само по себе использование наркотического анальгетика — не главный фактор в развитии психологической зависимости, важную роль играют, по-видимому, различные биохимические, социальные и физиологические факторы. Исследования показали, что пациенты, получающие опиоиды в недостаточных дозах: слишком низких или со слишком большими интервалами, могут демонстрировать поведение, напоминающее психологическую зависимость, которое авторы называли ятрогенной псевдозависимостью. Такие пациенты, страдая от боли, пытаются, естественно, манипулировать медицинским персоналом для получения адек-



ватной дозы анальгетика или демонстративно стараются обратить внимание на свою боль. Молодые пациенты и подростки особенно часто рискуют получить ярлык наркоманов. Обычно эти проблемы удастся решить, если дозы анальгетика гарантируют адекватное уменьшение боли и улучшают качество жизни пациента. Бывает полезно систематически проводить с пациентом оценку некоторых функций — например, кашля, глубокого дыхания или ходьбы. Это чаще всего помогает продемонстрировать обоснованность назначения соответствующей дозы опиоида и разрушает предыдущую атмосферу недоверия.

Необходимой составляющей адекватного лечения хронической онкологической боли являются адъювантные лекарственные средства. Они повышают эффективность неопиоидных и опиоидных анальгетиков, в некоторых ситуациях имеют самостоятельное анальгетическое действие, либо противодействуют побочным эффектам обезболивающих препаратов.

Трициклические антидепрессанты, по данным контролируемых исследований, уменьшают боль, связанную с диабетической нейропатией и постгерпетической невралгией, независимо от наличия у пациентов депрессии. Они часто используются для лечения нейропатической боли, вызванной хирургическим вмешательством, лучевой терапией, химиотерапией или злокачественной инфильтрацией нерва, но клинических исследований в этом направлении не проводилось. В частности, амитриптилин имеет наилучший анальгетический эффект, назначение всей дозы суточной дозы на ночь нормализует сон и уменьшает побочные эффекты днем, но пациента нужно предостеречь относительно возможности ортостатической гипотензии в ночное время. Анальгетические эффекты отмечаются у амитриптилина в более низких дозах (обычно 25-150 мг/день), чем обычные дозы для лечения депрессий. Мы рекомендуем начинать с 10-20 мг для пациентов, которые весят больше, чем 50 кг, и 0,3 мг/кг у пациентов, весящих меньше, чем 40 кг. Доза медленно увеличивается, пока желаемый эффект не будет достигнут, до максимальной 150 мг у взрослых и 3 мг/кг у детей. Побочное действие амитриптилина — сильный антихолинергический эффект (сухость во рту, задержка мочи, запор, галлюцинации). Часто отмечается седативный эффект и ортостатическая гипотензия, которые могут ограничивать одновременное использование с наркотическими анальгетиками. Контроль ЭКГ необходим для исключения нарушений ритма, т.к. на трициклических антидепрессантах возможна отрицательная динамика, особый риск имеется у пациентов, получающих противоопухолевые препараты антрациклина.

Антигистаминные препараты (димедрол, супрастин и др.) помимо антигистаминных эффектов имеют противорвотное и умеренное успокаивающее действие. Поэтому, у пациентов с хронической онкологической болью их назначают для предупреждения тошноты или беспокойства. Обычная доза 10-20 мг внутрь каждые 4-6 часов.

Бензодиазепины (диазепам, седуксен, реланиум, сибазон) эффективны при лечении внезапной тревоги и мышечных судорог, сопутствующих острой боли. Они показаны некоторым онкологическим пациентам с противопоказаниями к антидепрессантам, а также для лечения терминальной одышки. Эти средства могут эффективно купировать боль, вызванную мышечными судорогами, в то же время их выраженное успокаивающее действие усиливает эффект угнетения дыхания опиоидами, что может ограничивать допустимую дозу. Поэтому у тревожных пациентов титрование дозы опиоидов должно предшествовать лечению бензодиазепинами.

Кофеин. Оптимальная суточная доза кофеина не была установлена, но 65-200 мг/день, очевидно, хорошо переносятся большинством пациентов и эта доза достаточна для усиления анальгетического эффекта НПВП. Разовые дозы 1,0-1,5 мг/кг могут использоваться у детей с хронической онкологической болью.

Кортикостероиды обладают специфическими и неспецифическими эффектами в купировании хронической онкологической боли. Они могут непосредственно лизировать некоторые опухоли (например, лимфому) и уменьшать отек в области давления опухоли на ткани, нервы или спинной мозг. Кортикостероиды всегда назначаются в качестве экстренной терапии при компрессии опухоли спинного мозга (дексаметазон 16-96 мг/сут). Такое же лечение может быть эффективно при нейропатической боли у пациентов с отсутствием эффекта от больших доз опиоидов. У неизлечимых онкологических больных кортикостероиды могут вызывать эйфорию и повышать аппетит, уменьшая при этом связанную с опухолью боль. Побочные эффекты в этой ситуации (увеличение веса, синдром Кушинга, проксимальная миопатия и редко психозы) не имеют решающего значения. Следует иметь в виду, что длительное использование кортикостероидов вызывает повышение риска кровотечения из ЖКТ, особенно когда используются в комбинации с НПВП. Синдром отмены стероидов может усиливать боль.

Фенотиазины, за исключением метотримепразина (левомепромазин, тизерцин), не уменьшают боль и не потенцируют опиоидную анальгезию. Метотримепразин уменьшает побочные дей-

ствия опиоидов — констипацию и угнетение дыхания и может использоваться для анальгезии у онкологических опиоид-толерантных больных. Возможен седативный эффект и ортостатическая гипотензия, так что следует начинать с маленьких доз. Стартовая доза — 5 мг в/м или 10 мг внутрь каждые 6 часов. Многие специалисты применяют метотримепразин в/в капельно (начальная доза 0,05-0,1 мг/кг в/в в течение 20 минут). Если побочных эффектов нет, доза может быть постепенно увеличена в 5-10 раз. Внутривенные ежечасные введения этих же доз может облегчить терминальное возбуждение пациента. Длительное использование фенотиазинов может вести к замедленной дискинезии. Возможны экстрапирамидные расстройства, особенно у детей, которые получают дифенгидрамин.

Противосудорожные средства (карбамазепин, баклофен) могут снимать приступы острой боли при периферических неврологических синдромах, таких как тройничная невралгия, постгерпетическая невралгия, языкоглоточная невралгия и посттравматическая невралгия. Поражение нерва опухолью или специальным противоопухолевым лечением иногда вызывает тикоподобные боли.

Бисфосфонаты (бондронат, аредиа, бонефос и т.п.) показаны для уменьшения боли и предотвращения патологических переломов при метастатическом раке молочной и предстательной желез, легких и миеломной болезни.

По данным исследователей, около 65% онкологических больных с прогрессирующим злокачественным новообразованием, несмотря на терапию сильнодействующими анальгетиками, продолжают испытывать боль различной степени интенсивности. В 10% случаев пациенты с распространенными формами злокачественных новообразований нуждаются в проведении дополнительных инструментальных методов обезболивания (эпидуральная анестезия, эпидуральная электронейростимуляция, химическая или физическая денервация, хирургическая нейродеструкция).

Эпидуральная анестезия как метод высокоэффективного обезболивания применяется с конца XIX века. Открытие рецепторных зон спинного мозга, высокочувствительных к опиоидам, а также их эндогенным лигандам — эндорфинам, позволило теоретически обосновать и широко внедрить в практику спинномозговую и эпидуральную анальгезию наркотическими анальгетиками. До сегодняшнего дня препаратами выбора для проведения эпидуральной анальгезии являются местные анестетики и морфина гидрохлорид. В клинической практике местные анестетики оцениваются по следующим характеристикам: анальгетический потенци-

ал, длительность латентного периода, продолжительность анальгетического эффекта, токсичность. Как правило, длительное применение практически всех местных анестетиков может сопровождаться развитием системной и локальной токсичности. Достаточно быстро развивается тахифилаксия, что требует увеличения дозы препарата. Все это ограничивает применение местных анестетиков для эпидуральной анестезии при длительной боли.

Взаимодействие с опиоидными рецепторами спинного мозга в зоне введения может обеспечивать аналгезию в дозах, которые при обычных способах введения морфина имели бы лишь малый и преходящий эффект. Морфин весьма полярен и, плохо диффундируя в капилляры, долго остается в спинномозговой жидкости. Отсюда тенденция к более длительной аналгезии и, по мере распространения морфина по ЦНС вверх до уровня ствола мозга, возможность седации и угнетения дыхания. Хотелось бы подчеркнуть, что применение любого опиоида интраспинально должно выполняться группой квалифицированных специалистов, полностью знакомых с относительными рисками и выгодами метода.

В последнее время для купирования хронического болевого синдрома применяется хроническая эпидуральная электростимуляция, заключающаяся в ведении в эпидуральное пространство специальных электродов, через которые проводится электростимуляция, вызывая торможение активности нейронов задних рогов спинного мозга, связанных с ноцицептивной эфферентацией.

Из консервативных методов денервации наиболее распространены следующие:

1. Введение нейrolитиков типа спирта, фенола с глицерином. В этом случае размер повреждения трудно предсказывать, и распространение нейrolитика может вызвать нежелательные побочные эффекты, которые могут стать постоянными.

2. Криоаналгезия, являющаяся более точным методом, но имеющая недостаток — непродолжительность анальгетического эффекта.

3. Радиочастотная термокоагуляция.

Последняя методика представляет особый интерес как более усовершенствованная. Она основана на термокоагуляции нервов с использованием электрода, способного к точному температурному воздействию и получила название радиочастотного нейролизиса. Ее преимущества — это возможность лизирования мелких нервов без повреждения близлежащих двигательных и сенсорных структур, быстрая реабилитация пациентов, длительный (до нескольких лет) обезболивающий эффект, отсутствие условий для

формирования невриномы, низкий риск развития побочных эффектов и осложнений, возможность повторения процедуры, возможность проведения радиочастотного нейролизиса в амбулаторных условиях. Кроме описанных методов, по особым показаниям в терапии боли применяют малые хирургические операции, такие как хордотомия, периферическая нейродеструкция и др. Однако хордотомия — это сложная, далеко небезопасная операция, которая в ряде случаев приводит к повреждению двигательных нервов, а нейродеструкция периферических нервов может вызвать формирование невриномы и усилить деафферентационную боль. После такого хирургического вмешательства боль может рецидивировать, а повторная операция может быть затруднена или невозможна.

Из вышесказанного следует, что современные инвазивные методы лечения хронической боли достаточно эффективны, но для их проведения необходимо наличие специалистов — анестезиологов или хирургов, владеющих этой техникой, специального инструментального оснащения, стерильных условий и специального ухода с целью профилактики инфекционных осложнений.

#### *Литература:*

1. *Кривошапкин А.Л.* Физиология боли. Современные концепции и механизмы.//Обзор иностранной литературы.
2. *Кукушкин М. Л.* Патофизиологические механизмы болевых синдромов.//Боль. — 2003. — №1. — сс.5-12.
3. *Новиков Г.А., Вайсман М.А., Рудой С.В., Прохоров Б.М.* Практическое применение трансдермальной терапевтической системы фентанила для лечения хронической боли у онкологических больных.//Учебное пособие, М.: «Клевер принт». — 2002. — сс.5-7.
4. *Ahmedzai S, Brooks D.* Transdermal fentanyl versus sustained-release oral morphine in cancer pain: Preference, efficacy, and quality of life.//The TTS-Fentanyl Comparative Trial Group. J Pain Symptom Manage. — 1997. — №13. — pp.254-261.
5. Principles of Analgesic Use in the Treatment of Acute Pain and Cancer Pain.//Fourth Edition. American Pain Society. — 1999. — pp.19-20.

## **II.1.2. КОРРЕКЦИЯ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫХ НАРУШЕНИЙ У БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ РАКА**

Несмотря на значительный прогресс в разработке методов лечения целого ряда злокачественных опухолей, которые ранее считались неизлечимыми, отдаленные результаты специального лечения большинства больных с распространенными солидными опухолями, особенно пожилого возраста, остаются неутешительными. Современная медицина во всем мире ставит своей конечной целью улучшение качества жизни пациентов. Поэтому, помимо научного поиска новых радикальных лечебных подходов, остро стоит вопрос о разработке адекватной и всесторонней стратегии развития паллиативной помощи неизлечимым больным, чтобы избавить их, или, по крайней мере, минимизировать страдания у этой многочисленной категории пациентов. Одним из краеугольных камней паллиативной помощи в онкологии является эффективная аналгезия, однако больные с распространенными формами рака обычно имеют несколько патологических симптомов из широкого диапазона медицинских и психологических проблем, которые могут способствовать усилению болевого синдрома и ухудшать результаты противоболевой терапии. В этой ситуации требуется индивидуальное определение реальных потребностей пациента для подбора таких методов паллиативной помощи, которые смогут поддерживать качество жизни пациента настолько высоким, насколько это возможно в терминальной стадии болезни.

В значительной степени отягощают состояние больных и ухудшают результаты проводимого противоболевого лечения осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта: диспепсия, синдром сдавления желудка, рвота и тошнота, задержка стула (реже — диарея), кишечная непроходимость, асцит, поражение слизистой полости рта и т.д. Без своевременной и эффективной коррекции этих нарушений не удастся улучшить качество жизни у подавляющего большинства пациентов.

Диспепсия — это симптомокомплекс, включающий чувство дискомфорта в эпигастрии или в правом подреберье после еды (иногда сопровождающееся тупыми болями), тошноту и/или рвоту, метеоризм, расстройства стула. В основе диспепсии лежат нейро-гуморальные нарушения секреторной и моторно-эвакуаторной деятельности желудочно-кишечного тракта, причинами которых при прогрессирующем раке эти могут быть как опухолевое поражение, так и сдавление извне желудка или пищевода, осложнения

специального лечения, побочное действие некоторых лекарств, астенизация, сопутствующая патология. Эффективность лечения диспепсии зависит от правильности определения ее причин. Тщательный сбор анамнеза обычно позволяет выявить преобладающие симптомы и назначить соответствующую терапию. Предпочтение следует отдавать пероральному приему препаратов. При повышенной секреторной функции желудка эффективным средством являются антациды (алмагель, маалокс, викаир, викалин и др.). Активно угнетают желудочную секрецию блокаторы  $H_2$ -рецепторов (циметидин, ранитидин и др.), а также блокатор протонного насоса на мембране обкладочных клеток омепразол. У пациентов, принимающих нестероидные противовоспалительные средства, для предупреждения диспепсии желателен профилактически использовать аналоги простагландина E (сайтотек, мизопропрост). При нарушении моторики желудка эти препараты обычно неэффективны, в этом случае следует назначать прокинетики лекарственные средства, избирательно стимулирующие гастродуоденальную моторику — метоклопрамид или мотилиум. При метеоризме назначаются антифлатуленты (активированный уголь, полифепан и т.п.)

Синдром сдавления желудка вызывается наличием внешних препятствий к растяжению желудка (чаще из-за гепатомегалии). Подобные явления могут встречаться как при раке желудка, так и после гастрэктомии («синдром маленького желудка»). Клинически это проявляется ранним насыщением, икотой, вздутием, дискомфортом или болью в эпигастрии, тошнотой, рвотой (чаще после еды), метеоризмом, изжогой. Лечение этих симптомов при сдавлении желудка должно включать психотерапию, частое (5-6 раз в сутки) дробное питание, разделение основного приема пищи и жидкости, прием антифлатулентов и прокинетиков с пищей и перед сном.

Тошнота и рвота при прогрессирующем раке возникают примерно у половины пациентов по множеству причин. Это могут быть психогенные или вестибулярные раздражители, побочное действие лекарств, метаболические расстройства, механическое раздражение слизистой или стенок желудка или вагусная стимуляция. Важно идентифицировать наиболее вероятные из них у каждого пациента, чтобы в зависимости от ситуации назначить соответствующие лекарственные препараты. При эметическом побочном действии лекарственной или лучевой терапии назначают галоперидол (1,5-3 мг) или метеразин (5-10 мг) через 8 ч, при таких дозах побочные эффекты встречаются редко. При метаболических нарушениях (уремия, гиперкальциемия и т.п.) также назначают

галоперидол в суточной дозе 5–20 мг, при этом может отмечаться сухость во рту и умеренная сонливость, иногда — экстрапирамидные расстройства. При повышении внутричерепного давления применяют димедрол по 50–100 мг 3 раза в сутки. При кишечной непроходимости назначают димедрол 50–100 мг 3 р/сут или бускопан 60–120 мг п/к 1 р/сут или октреотид 300–600 мкг п/к 1 р/сут, возможны антихолинергические эффекты, иногда сонливость. Облегчение при рефлюкс-эзофагите и замедленном опорожнении желудка могут принести метоклопрамид по 10–20 мг или мотилиум по 10–20 мг 4–6 р/сут, а также цизаприд по 20 мг 2–3 р/сут, иногда отмечаются экстрапирамидные расстройства при приеме метоклопрамида. Лекарственный гастрит, развивающийся на фоне приема нестероидных противовоспалительных препаратов и кортикостероидов, в первую очередь требует коррекции медикаментозной терапии.

Запор (констипация) — редкое (менее 3 раз в неделю) и затрудненное опорожнение кишечника — частый симптом при прогрессирующем раке (65%). При запоре отмечается чрезмерная твердость и уменьшение объема каловых масс, часто метеоризм и боли в животе. Механизм развития запора связан с дискинезией толстого кишечника и/или нарушением акта дефекации. Этому способствуют анорексия, дегидратация, гиподинамия, побочное действие лекарств, болезненность при дефекации, непроходимость кишечника, паралич и психологические проблемы у стеснительных пациентов. Лечение запора необходимо начинать с анамнестического установления привычного режима опорожнения кишечника и приема пациентом слабительных. Для выяснения состояния прямой кишки обязательно ее пальцевое исследование. При определении лечебной тактики следует помнить, что более физиологичным является не усиление двигательной активности кишечника, а увеличение объема и размягчение его содержимого. Пациенту следует увеличить количество потребляемой жидкости и клетчатки (фрукты, овощи, злаковые). Если не принимались закрепляющие лекарства, могут успешно применяться сенна или бисакодил в таблетках. Прием опиоидов требует одновременного назначения слабительных (лучше комбинации стимулянта моторики и размягчителя каловых масс). При длительном запоре и неэффективности пероральных слабительных назначают свечи с глицерином и бисакодилом, а если это не помогает — прибегают к помощи клизм. Клизмы способствуют дефекации, размягчая содержимое и растягивая толстый кишечник. Начинают с введения гипертонического раствора натрия фосфата или натрия хлорида, при необходимости вечером делают клизму с раститель-



ным маслом, а утром с гипертоническим раствором. В особо упорных случаях показана мануальная эвакуация содержимого ампулы прямой кишки.

Диарея — частый жидкий или водянистый стул. Патогенез диареи сводится к ускоренному пассажу содержимого по кишечнику и замедленному всасыванию жидкости из просвета кишки. Диарея, отмечаемая у 7-10% больных со злокачественными новообразованиями, может быть вызвана разными причинами: действием лекарств (слабительные, антибиотики, антациды, нестероидные противовоспалительные препараты), обструкцией просвета кишки опухолью или каловыми массами, нарушением всасывания из кишечника (опухоль поджелудочной железы, резекция тонкой кишки, гастрэктомия) или противоопухолевой лучевой терапией. Лечение диареи включает назначение лоперамида, при спастических болях — холиноблокаторов и с целью улучшения метаболизма жиров — панкреатических ферментов. При диарее, вызванной лучевым лечением, иногда эффективны лечебные клизмы с настоями вяжущих трав.

Кишечная непроходимость у больных генерализованным раком в зависимости от ситуации может быть механической или/и функциональной, высокой или/и низкой, одного или нескольких отделов кишки, частичной или полной, динамической или постоянной. Основными этиопатогенетическими факторами могут являться непосредственно опухолевый процесс, последствия противоопухолевого лечения, сопутствующая астенизация, неопухолевые процессы (например, ущемление кишки) либо комбинация этих факторов. Хирургическое лечение кишечной непроходимости у больных генерализованным раком возможно только при отсутствии диссеминации по брюшной полости, удовлетворительном общем состоянии и физической активности пациента и желании пациента подвергнуться оперативному вмешательству. Хирургическое лечение противопоказано при канцероматозе брюшины и массивном асците, быстро накапливаемом после лапароцентеза. В неоперабельных случаях значительное облегчение может принести соответствующая фармакотерапия, цель которой — обеспечение покоя и удобства пациента и членов его семьи. Исходя из этого, следует избегать болезненных и инвазивных процедур. При боли в животе и кишечной колике назначают опиоиды (бупренорфин, морфин) и гиосцин (скополамин) 60-120 мг/сут. Облегчению при тошноте и рвоте способствуют метоклопрамид 60-160мг/сут или октреотид 300-600 мкг/сут, галоперидол 5-10 мг/сут. При запоре назначают дексаметазон, при диарее — вазелиновое масло с эмульсией гидроксида магния. Необходимость эн-

терального кормления через назогастральный зонд и внутривенного введения жидкости таким больным возникает крайне редко. Пациентам рекомендуют пить и есть, пусть в минимальных количествах, свои любимые напитки и блюда в любое удобное для них время. Большинство пациентов считают, что питаться им лучше всего утром. Прием антихолинергических препаратов и уменьшение количества потребляемой жидкости могут вызвать жажду и сухость во рту. Уменьшить эти явления удастся при тщательном уходе за полостью рта. Облегчение приносят полоскания водой полости рта каждые 30–40 минут или сосание маленьких кусочков льда. Для устранения боли применяют морфин или другие опиоиды. При кишечных коликах не назначают прокинетиические лекарственные препараты, отменяют осмотические и стимулирующие функцию кишечника слабительные средства. Если кишечная колика не купируется введением опиоидов, назначают гиосцин (скополамин) подкожно. Необходимо устранить тошноту и попытаться уменьшить рвоту хотя бы до одного–двух раз в день. При этом выбор противорвотного средства зависит от наличия у пациента кишечной колики. Если колика есть, назначают гиосцин (скополамин), если нет, рекомендуется следующая последовательность назначений:

- метоклопрамид, подкожно (помогает дифференцировать функциональную и механическую непроходимость);
- при отсутствии эффекта назначают гиосцин (скополамин) с учетом его антисекреторных свойств или октреотид (300–600 мкг/сут), не обладающий антихолинергическим действием;
- при постоянной тошноте, чаще токсического происхождения, добавляют галоперидол 5–10 мг/сут. В случае неудачи проводимой терапии можно назначить тизерцин 50–150 мг/сут, при этом примерно половина пациентов испытывают седативный эффект.

Если существенную роль в этиологии кишечной непроходимости играет сопутствующий запор, может быть эффективной высокая фосфатная клизма. Из слабительных средств назначают стимуляторы функции толстого кишечника.

Асцит — накопление жидкости в брюшной полости, обусловленное портальной гипертензией при поражении печени, а также гипоальбуминемией и водно-электролитными расстройствами. Встречается при запущенном раке в 15% случаев. Патогенез асцита обусловлен метастатическим поражением брюшной полости, опухолевой инфильтрацией поддиафрагмальных лимфатических путей, повышением перитонеальной проницаемости, вторичным

гиперальдостеронизмом или портальной гипертензией на фоне метастатического поражения печени. Клинически асцит проявляется увеличением объема живота, дискомфортом и/или болью в животе, синдромом сдавления желудка, рефлюкс-эзофагитом, тошнотой и рвотой, лимфэдемой нижних конечностей, одышкой. Лечение асцита следующее: интраперитонеальная химиотерапия (по возможности), мочегонные средства, лапароцентез. Лечение злокачественного асцита диуретиками предусматривает совместное применение спиронолактона (верошпирона) в дозе 100-200 мг 1 р/сут и фуросемида (лазикса) в дозе 40-80 мг 1 р/сут в течение 1-2 недель под контролем состояния пациента и содержания иона калия в крови. При отсутствии эффекта через несколько дней дозу спиронолактона можно увеличить в 1,55-2 раза. По достижении удовлетворительного результата доза спиронолактона и фуросемида должна быть уменьшена. Неудовлетворительные результаты диуретической терапии чаще всего связаны с непереносимостью желудком спиронолактона, недостаточной продолжительностью проводимой терапии, недостаточной дозой спиронолактона и недостаточной дозой фуросемида в упорных случаях.

Лапароцентез показан пациентам с массивным асцитом и болями в животе, обусловленными высоким давлением в брюшной полости. Он проводится по стандартной методике, подробно описанной в соответствующих пособиях. Для дренирования лучше использовать периферический или центральный венозный катетер, который позволяет удалить максимально возможное количество жидкости с минимальными осложнениями. Процедуру можно повторить, если мочегонные средства недостаточно эффективно предотвращают накопление жидкости.

Икота вызывается персистирующими спазмами диафрагмы. Как правило, акт икоты координируется из трех центров, включающих область головного мозга, где расположен респираторный центр, гипоталамус и ретикулярную формацию. Этот рефлекс реализуется несколькими нервами: блуждающим, диафрагмальным и грудным симпатическим. У онкологических больных икота бывает следствием лучевой терапии в любой зоне патогенетической рефлекторной цепи или растяжения желудка и наиболее часто встречается у мужчин. Если причина икоты установлена, необходимо назначение специфического лечения. Растяжение желудка может быть частично устранено его опорожнением с одновременным использованием антацидов и метоклопрамида (по 10 мг подожно 2 раза в день) и изменением режима питания. Альтернативой является прием внутрь растительных масел, стимулирующих функцию желудка и отхождение газов за счет релаксации гладких

мышц кишечника. Иногда для купирования упорной икоты используется аминазин, однако он оказывает депрессивное действие, особенно проявляющееся при длительном приеме препарата. Как средство скорой помощи он может быть использован внутривенно однократно в дозе 25 мг. Для рефлекторного купирования икоты можно предложить сосание кусочка сахара, льда или корочки хлеба, питье жидкости, или легкую «шоковую» терапию в виде резкого отвлечения, сигнала и т.д.

Вышеописанные мероприятия по коррекции основных желудочно-кишечных расстройств у больных с распространенными формами злокачественных новообразований не представляют особенной сложности, однако требуют согласованности и соблюдения методики и последовательности их выполнения для получения оптимальных результатов и улучшения качества жизни пациентов.

### *Литература*

1. Большая Российская энциклопедия лекарственных средств.//М. — Ремедиум. — 2001. — Т. 1-2.
2. Обезболивание при раке и паллиативное лечение.//Доклад Комитета экспертов ВОЗ. — Женева. — 1992. — 76с.
3. Паллиативная помощь онкологическим больным.//Пособие для врачей. — М. — Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация». — 2000. — 52 с.
4. Практическое руководство для врачей общей (семейной) практики.//Под редакцией акад. РАМН И.Н.Денисова. — М. — ГЭОТАР-МЕД. — 2001. — 720 с.: ил.
5. Twycross R. Introducing Palliative Care.//Radcliffe Medical Press. — Oxford and New York. — 1995. — 178 p.
6. Woodruff R. Palliative Medicine.//Asperula Pty Ltd. — Australia. — 1993. — 422 p.

### **II.1.3. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ОНКОПУЛЬМОНОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ**

Паллиативная помощь — область онкологии, отличающаяся от паллиативного лечения отсутствием непосредственного воздействия (химио-лучевого, хирургического) на злокачественное новообразование, применяемая в ситуации, когда возможности противоопухолевого лечения ограничены или исчерпаны. Паллиативная помощь включает самостоятельные методики: обезболивание, коррекцию психоэмоционального состояния, детоксикацию, паллиативные хирургические вмешательства (трахеостомию, гастростомию, энтеростомию, нефростомию, эпицистостомию, некрэктомию, лапароцентез, торакоцентез), призванные улучшать качество жизни онкологических больных IV клинической группы (Резолюция II Конгресса с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении», Москва, 1998).

Настоящая точка зрения согласуется с представлениями зарубежных авторов о целях и задачах паллиативной помощи (Твайкросс Р.Д., Фрэмpton Д.Р., 1990; Гамли В. и соавт., 1995; Twycross R., 1995). Необходимость решения этой актуальной проблемы не вызывает сомнений у ведущих специалистов во всем мире, так как она носит не только медицинский, но и социальный характер.

Развивающиеся у инкурабельного больного симптомы имеют различные многогранные патофизиологические механизмы с яркими клиническими проявлениями, обусловленными местным распространением опухолевого процесса в трахее, бронхах, легких, его сочетанием с метастатическим поражением лимфатических узлов, других органов и тканей (Vainio A. et al., 1996). У ряда больных опухоль obtурирует или механически сдавливает дыхательные пути с нарушением функции дыхания и развитием тяжелых осложнений (ателектаз, пневмония и т.д.). Прорастание опухолью трахеи, бронхов, висцеральной и костальной плевры, как правило, связано с вовлечением в процесс нервных окончаний с развитием стойкого болевого синдрома различной интенсивности. Особое место занимают осложнения, связанные с деструкцией опухоли или метастазов с возможным развитием аррозии кровеносных сосудов, патологических переломов костей скелета.

Клинические проявления описанных симптомов весьма разнообразны и требуют различных методологических подходов к их

коррекции. Большую роль в улучшении качества жизни таких больных играют факторы, ведущими из которых являются: соматическое состояние пациента, возраст, сопутствующие заболевания, распространенность опухолевого процесса, характер нарушений гомеостаза, развившихся в процессе противоопухолевого лечения. Совокупность указанных факторов определяет роль и место методов паллиативной помощи в улучшении качества их жизни.

### **Клинические проявления и методы паллиативной помощи больным раком легкого**

**Ведущие симптомы** распространенных злокачественных опухолей органов дыхания, причины и патогенетические механизмы их развития, а также основные методологические подходы к их коррекции представлены в табл. II.1.3.1.

*Одышка* встречается у 25-75% пациентов с распространенной злокачественной опухолью легкого. Вероятность ее развития прогрессивно увеличивается в IV стадии заболевания, особенно в последние недели и дни жизни (Woodruff R., 1993; Addington-Hall J. et al., 1995; Twycross R., 1995; Corner J., 1997).

Одышка — стойкий, мучительный симптом нарушения дыхания, проявляющийся подобно боли субъективными ощущениями, что выражается чувством нехватки воздуха и негативной панической реакцией пациента. В норме дыхание управляется множеством различных произвольных и непроизвольных факторов, включая центральные и периферические хеморецепторы, легочные рецепторы и регуляцию корковыми структурами головного мозга. Однако патофизиологические изменения, которые приводят к дыхательным нарушениям, у каждого пациента индивидуальны (Gato M.D. et al., 1995). Например, обструкция трахеи и бронхов обычно вызывает стрidor, а трахео- или бронхо-пищеводный свищ — острый приступ одышки сразу после глотания (Editorial. Lancet, 1990).

Одышка причиняет страдание пациенту и всегда сопряжена с высокой степенью беспокойства, которое замыкает «порочный круг», усиливая, в свою очередь, одышку. Пациентам с выраженной одышкой может казаться, что они близки к смерти от удушья, что сопровождается неадекватными психоэмоциональными проявлениями, требующими своевременной коррекции.

*Кашель* — физиологический защитный рефлекс, направленный на удаление раздражителя из дыхательных путей. Кашель развивается у большинства онкологических больных на финальной

Таблица II.1.3.1

**Симптомы, их причины, патогенетические механизмы и методы паллиативной помощи онкопульмонологическим больным**

Симп-томы	Причины	Патогенетический механизм	Методы паллиативной помощи
Одышка	Обструкция дыхательных путей	Эндобронхиальная опухоль Бронхит Бронхоспазм	<u>Общие меры</u>  Психотерапия Положение комфорта для пациента Усиленная циркуляция воздуха Отвлекающая терапия Упражнения расслабления
	Изменения функциональной ткани легкого	После лобэктомии, пневмонэктомии Ателектаз, лимфангит, эмфизема Фиброз вследствие лучевой или химиотерапии Гидроторакс Инфекция Кровохарканье Эмболия мелких ветвей легочной артерии	Методы управления дыханием Кислород для постоянного использования Помощь в откашливании мокроты Уменьшение избыточной секреции Противокашлевые средства
	Нарушение биомеханики дыхания	Слабость мышц грудной стенки, двигательное ухудшение, общая слабость Боль в груди Высокое стояние диафрагмы (асцит, гепатомегалия, повреждение чревного нерва)	<u>Лекарственная терапия</u>  Бронходилататоры: сальбутамол теофиллин Кортикостероиды Опиоиды Ингаляции анестетиков Транквилизаторы
	Сердечно-сосудистые	Сердечная недостаточность, кардиомиопатия Перикардит. Шок, кровотечение, септицемия	
	Анемия Беспокойство		

*Продолжение таблицы II.1.3.1*

Симп-томы	Причины	Патогенетический механизм	Методы паллиативной помощи
Кашель	Раздражение дыхательных путей	Эндобронхиальная опухоль Атмосфера воздуха (дым, пары) Сдавление бронха извне Аспирация (паралич голосовых связок, снижение глотательного рефлекса, бронхопищеводный свищ) Ларингит, трахеит, бронхит Задержка мокроты или ее избыточная продукция	<u>Общие мероприятия</u>  избегать вдыхания дыма, паров увлажнять атмосферу комфортное положение пациента  <u>Облегчение отхаркивания</u>  <u>Уменьшение секреции</u>  <u>Противокашлевые средства</u>  <u>Седативные препараты</u>
	Изменения в легком	Инфекция Опухолевая инфильтрация и/или лимфангит Лучевой или химиотерапевтический пневмонит Сердечная недостаточность, перикардит	
	Изменения плевры, перикарда, диафрагмы	Раздражение структур, вызывающих кашлевой рефлекс	
	Хронические заболевания дыхательных путей		
	Легочный фиброз		



*Продолжение таблицы II.1.3.1*

Симптомы	Причины	Патогенетический механизм	Методы паллиативной помощи
Кровохарканье	Патология легкого	Опухоль (первичная, метастатическая) Инфекция (бронхит, пневмония) Пневмонит (лучевой, химиотерапевтический)	Психотерапия Противокашлевые средства Морфин п/к, седация Гемостатическая терапия
	Сердечно-сосудистые	Эмболия мелких ветвей легочной артерии Сердечная недостаточность Геморрагический диатез (тромбоцитопения, коагулопатия, побочное действие лекарств)	
	Ятрогения	Травма (интубация трахеи, бронхоскопия)	
Боль в груди	Повреждение нервных структур	Опухолевая инвазия межреберного нерва, грудной стенки Синдром Панкоста	При невозможности устранения основной причины — анальгезирующие средства и другие меры, уменьшающие боль
	Боль в костях	Метастазы в ребра или позвоночник Непосредственная опухолевая инвазия кости	
	Плевральная боль	Опухолевая инфильтрация плевры Инфекция Инфаркт (эмболия) легкого Ятрогения (плевродез)	
	Перикардальная боль	Опухолевая инфильтрация	

*Продолжение таблицы II.1.3.1*

Симптомы	Причины	Патогенетический механизм	Методы паллиативной помощи
	Боль в трахее	Инфекция	
	Боль в пищеводе	Инфекция	
	Боль в средостении	Ишемия миокарда Эмболия легочной артерии Инфекция (медиастинит) Кровотечение	
Дисфония	Воспаление гортани	Инфекция Жесткий кашель Лучевая терапия Эндотрахеальная интубация Бронхоскопия	Лечение инфекции
	Повреждение возвратного нерва	Прорастание опухоли, метастазами Оперативное вмешательство Инфекция: herpes zoster (Woodruff R.,1993)	
Терминальное нарушение дренажа трахеи и бронхов — «предсмертный хрип»	Накопление мокроты в дыхательных путях	Полу- или бессознательное состояние пациента или общая слабость, не позволяющая откашляться	Пациент укладывается на тот бок, который требуется для ухода. Активная аспирация содержимого ротоглотки. Скополамин 0.3-0.8 мг или атропин 0.4-0.8 мг п/к через 2-4ч Суппозитории Бускопан 10 мг каждые 4-6ч

стадии болезни (Groeger J.S.,1991; Woodruff R.,1993; Twycross R.,1995). При опухолях легкого развивается, как правило, упорный и мучительный кашель, который может носить постоянный характер, что сопровождается развитием различных осложнений. В частности, во время приступа кашля падение систолического давления может вызвать коллаптоидное состояние с потерей сознания — головную боль, кровоизлияния в сетчатку и конъюнктиву. Стенотический «лающий» приступообразный кашель может вызвать дисфонию, боль в груди и мышцах, патологические переломы ребер, пневмоторакс, провоцировать рвоту, непроизвольное мочеиспускание, кровотечение. Кроме того, изнурительный кашель и сопровождающая его бессонница значительно астенизируют пациента, отягощая его социальный статус.

*Кровохарканье* встречается приблизительно у 50% пациентов с первичной центральной опухолью легкого, менее часто при периферической опухоли или легочных метастазах и вызывает боязнь массивного кровотечения (Groeger J.S.,1991; Woodruff R.,1993; Twycross R.,1995). Такая опасность действительно существует, но пациента и членов его семьи необходимо успокоить, поскольку фатальное кровотечение наступает крайне редко.

*Боль в груди* — частая жалоба больных — может возникать по многим причинам, основные из которых представлены в табл. II.1.3.1 (O'Rourke M.A. et al.,1987; Nielsen O.S. et al.,1991; Mercadante S. et al.,1994). Метастазы в ребрах и позвоночнике без вовлечения в процесс центральных и периферических нервных структур обычно сопровождаются локализованной болью в костях, которая усиливается при движении и кашле. В ряде случаев метастазы в различные отделы позвоночника сопровождаются развитием выраженного нейропатического болевого синдрома с иррадиационной симптоматикой (Nielsen O.S. et al.,1991; Bates T.,1992).

Прорастание и инфильтрация опухоли в перикард, органы и структуры средостения проявляется типичной медиастинальной болью, которая может имитировать острое нарушение коронарного кровообращения. Однако ее немолниеносно нарастающая интенсивность и отсутствие сердечно-сосудистых проявлений (тахикардии, гипотензии, характерных изменений ЭКГ) позволяют провести дифференциальную диагностику между инфарктом миокарда и хроническим болевым синдромом. Особого внимания заслуживают пациенты с гипоксическими расстройствами, обусловленными распространенным злокачественным опухолевым процессом легкого и сопутствующей ишемической болезнью

сердца, так как у них велика опасность развития приступов стенокардии с ложной клинической картиной эмболии легочной артерии.

Особое место занимают болевые синдромы, вызванные трахеитом и эзофагитом. Так, при трахеите боль носит жгучий характер, усиливается при форсированном дыхании и кашле, а при эзофагите боль связана с глотанием (одинофагия) и сопровождается дисфагией.

*Дисфония* обычно является следствием вовлечения в опухолевый процесс возвратного нерва (Вугне Т.Н., 1992). Для паралича возвратного нерва характерны дисфония и кашель. При ларинготрахеоскопии определяется неподвижность голосовой связки на стороне поражения, делающая кашель неэффективным из-за несмыкания голосовой щели.

*Терминальное нарушение дренажа трахеи и бронхов или «предсмертный хрип».* Термин «предсмертный хрип» обычно используется при шумном клочочущем или булькающем дыхании у некоторых больных в терминальном состоянии (Woodruff R., 1993; Twycross R., 1995). Это происходит вследствие накопления секрета в дыхательных путях пациента, находящегося в бессознательном или полусознательном состоянии. Поскольку у большинства пациентов с «предсмертным хрипом» отмечается спутанность сознания, терапию нередко проводят больше для «психологического комфорта» родственников, полагающих, что шумное дыхание является проявлением страданий больного.

Методы паллиативной помощи, применяемые в лечении дыхательных расстройств в терминальной стадии злокачественной опухоли легкого, разнообразны и зависят от причин их развития (Dunlop R.J., Hockley J.M., 1990; De Vita V.T. et al., 1992; Addington-Hall J. et al., 1995; De Conno F. et al., 1996). Условно их можно разделить на общие мероприятия и частную фармакотерапию.

### *Общие мероприятия*

Пациент нуждается в логичном объяснении медицинским персоналом его состояния. В уверенной манере необходимо его заверить, что состояние может подвергаться лечению и, безусловно, есть надежда на улучшение. Необходим также подробный инструктаж родственников, которые должны в домашних условиях справляться с эпизодами различных дыхательных расстройств у пациентов (Dunlop R.J., Hockley J.M., 1990; Mount B., 1993; Kovacs M.J., 1997). Так, например, при терминальном нарушении дренажа трахеи и бронхов пациента следует укладывать на тот бок, который

требуется для ухода. При отсутствии у больного сознания целесообразно производить аспирацию содержимого ротоглотки.

Пациенту нужно позволить выбрать наиболее удобное положение, даже если он пожелает спать сидя на стуле. Страдающим одышкой пациентам приносит облегчение свежий прохладный воздух из фена или открытого окна. Обучение пациентов упражнениям расслабления и методам управления дыханием может помочь справиться с приступами одышки или кашля, связанными с беспокойством. Также может помочь отвлекающая терапия (например, прослушивание музыки и т.п.). Нужно избегать атмосферных раздражителей и прекратить курение. Сухой атмосферный воздух высушивает слизистую трахео-бронхиального дерева, препятствует продукции мокроты и вызывает сухой кашель. По той же самой причине нужно избегать дегидратации. Увлажнение атмосферного или вдыхаемого воздуха могут принести существенную пользу.

Постоянная ингаляция увлажненного кислорода необходима у пациентов с явными признаками гипоксии. Чаще в этом нуждаются больные с исходным легочным фиброзом, хронической обструкцией дыхательных путей и со сниженной функцией легких после хирургического или лучевого лечения. Уровень гипоксемии может быть определен путем анализа газов артериальной крови или пульсоксиметрии. У пациентов с хроническими легочными заболеваниями и хронической гипоксией оксигенотерапия должна быть использована с осторожностью, поскольку существует вероятность развития толерантности их дыхательного центра к гиперкапнии. Назначение кислорода в этой ситуации может вызвать дыхательную недостаточность и даже смерть (Woodruff R., 1993). Пролонгированные ингаляции кислорода требуют использования специального оборудования, что затрудняет их применение в домашних условиях. В ряде случаев подобные результаты могут быть получены при седации пациента с помощью лекарственных средств, в этой ситуации терапия кислородом не показана.

### *Лекарственная терапия*

*Бронхолитические средства* назначают в ситуации обратимой бронхиальной обструкции у пациентов с хроническим бронхитом, бронхиальной астмой и курильщиков: сальбутамол — в виде дозируемого аэрозоля или ингаляций по 2,5-5,0 мг в течение 10-15 минут каждые 4-6 час. Побочные эффекты препарата (тремор и тахикардия) не требуют медикаментозной коррекции. Эффективным,

длительно действующим, средством является теофиллин (эуфиллин), однако его применение сопряжено с опасностью развития лекарственной несовместимости.

*Антихолинергические лекарства* (скополамин или атропин в инъекциях) подавляют продукцию секрета и эффективны при терминальном нарушении дренажа трахеи и бронхов. Из побочных эффектов этих препаратов следует отметить седацию различной степени интенсивности. У ряда больных имеет место парадоксальная реакция в виде психомоторного возбуждения, особенно при длительных и повторных курсах применения препаратов.

*Кортикостероиды* оказывают бронхолитический эффект, опосредованно облегчая одышку и кашель. Для стойкого терапевтического эффекта лечение целесообразно начинать с больших доз (преднизолон 60-120мг или дексаметазон 12-24мг в сутки) с учетом существующих индивидуальных противопоказаний и условием постепенного уменьшения дозы препарата в течение нескольких дней до пороговой.

*Опиаты и опиоиды* (кодеин, просидол, промедол, омнопон, морфин, трамадол, бупренорфин и их ретардные формы) являются основой лекарственной терапии хронической боли различного типа и интенсивности. Метод фармакотерапии хронического болевого синдрома онкологического генеза основан на трехступенчатой схеме обезболивания, рекомендованной ВОЗ (1992), и заключается в последовательном применении ненаркотических и наркотических анальгетиков возрастающей силы действия в сочетании с адъювантными лекарственными средствами. Проблеме лечения хронической боли у онкологических больных посвящено достаточное количество публикаций в нашей стране и за рубежом (Твайкросс Р.Д., Фрэмpton Д.Р., 1990; Осипова Н.А. и соавт., 1999; Bruera E. et al., 1990; Woodruff R., 1993; Twycross R., 1995), в которых подробно изложены основные принципы и методы обезболивания. Согласно принятым схемам при слабой боли назначают ненаркотические анальгетики (первая ступень), при нарастании боли до умеренной (вторая ступень) переходят к слабым опиатам (кодеин и его ретардные формы) или синтетическим опиоидам (трамадола гидрохлорид, включая ретардные формы), а при сильном болевом синдроме (третья ступень) — к сильным опиатам (морфин и его ретардные формы) или синтетическим опиоидам (бупренорфин). В настоящее время перспективным направлением в лечении боли онкологического генеза является применение неинвазивных и пролонгированных методов обезболивания (Осипова Н.А. и соавт., 1999).

Опиаты — кодеин, морфин и их ретардные формы, могут быть также с эффектом применены в лечении одышки и кашля, что обусловлено их угнетающим действием на дыхательный и кашлевой центры с развитием умеренной депрессии дыхания и подавлением кашлевого рефлекса. При нормальных обстоятельствах опиаты могут угнетать дыхание, однако при длительном их применении этот эффект нивелируется. При упорном кашле опиаты помимо противокашлевого эффекта способствуют уменьшению секреции и, в ряде случаев, кровохарканья (Woodruff R., 1993). По имеющимся в иностранной литературе данным опиаты подавляют кашель и уменьшают восприятие одышки без какого-либо существенного снижения основных показателей внешнего дыхания у онкологических больных (Bguera E. et al., 1990). Пациентам, ранее получавшим опиаты, в связи с возможностью развития толерантности необходимо индивидуально подбирать дозу препарата, которая в ряде случаев может быть увеличена в 2 и более раз по сравнению с традиционной. У астеничных и/или кахектичных больных для достижения необходимого эффекта целесообразно применять более низкие дозы.

*Ингаляции местных анестетиков* (лидокаин, бупивакаин) применяют с целью уменьшения одышки и купирования раздражающего кашля. Следует помнить, что в процессе таких ингаляций у пациентов может развиваться чувство онемения в горле, снижение и/или извращение вкусовых ощущений, а в ряде случаев — бронхоспазм. В этой ситуации необходимо соблюдать меры предосторожности — не принимать пищу и не пить в течение 0,5-1 часа после применения препарата.

*Транквилизаторы* (бензодиазепины, фенотиазины), как правило, уменьшают одышку, вероятнее всего за счет анксиолитического и седативного эффектов. Анксиолитики типа диазепама (реланиума, седуксена, сибазона) достаточно эффективны и их назначают согласно потребности: регулярно в течение суток, особенно при приступах беспокойства, или только на ночь. Те же эффекты могут быть получены после применения аминазина или галоперидола, которые оказывают большее седативное действие, чем бензодиазепины. Они предназначены для ситуаций, когда требуются их успокаивающий или противорвотный эффекты. При кашле — предпочтительнее галоперидол, который снижает продукцию секрета слизистой дыхательных путей за счет антихолинэргического эффекта.

У хронических курильщиков diskutabelна необходимость их ограничения в курении, так как у неизлечимого больного мо-

жет нарушиться стереотип, что приведет к усугублению страданий пациента, а не улучшению качества его жизни (Twycross R., 1995).

### **Осложнения опухолей легких, средства и методы паллиативной помощи**

Осложнения опухолей легких значительно ухудшают качество жизни пациентов, что требует проведения комплекса лечебных мероприятий. Наиболее грозные осложнения, их основные клинические проявления и методы их коррекции представлены в табл. II.1.3.2.

*Пневмония* — наиболее частое инфекционное заболевание дыхательных путей. Ее развитие связано со снижением иммунологического статуса и наличием широкого диапазона патогенных микроорганизмов, вызывающих развитие дыхательной инфекции (Groeger J.S., 1991).

В терминальной стадии опухолевого процесса лечение пневмонии индивидуальное. Интенсивная терапия дыхательной инфекции позволяет ряду больных увеличить продолжительность жизни и улучшить ее качество. В последние дни или недели жизни терапия антибиотиками редко бывает эффективной. Лечение наиболее частых симптомов, сопровождающих пневмонию (одышка, кашель, боль и лихорадка) описано выше.

*Пневмонит* и «повреждение» ткани легкого могут быть следствием лучевого лечения и химиотерапии. Особенность состоит в том, что пациент с одышкой, вызванной пневмонитом и фиброзом, будет нуждаться в паллиативной помощи через недели, месяцы и даже годы после проведенного противоопухолевого лечения (Woodruff R., 1993).

Лучевой пневмонит принято условно разделять на острый и хронический. Величина поражения и степень выраженности пневмонита зависят от объема облученной зоны, величины разовой и суммарной очаговой дозы, количества фракций. Предшествующая или одновременная химиотерапия некоторыми препаратами может предрасполагать процесс развития пневмонита. Острый лучевой пневмонит развивается в пределах нескольких недель после лечения, но может быть отсроченным на многие месяцы. Выраженность симптомов (одышка, кашель) варьирует от умеренной до мучительной. Острый лучевой пневмонит удается купировать кортикостероидами в умеренной дозе (преднизолон 40-60 мг/сут) и в течение 3-4 недель. Острый пневмонит может прогрессировать до стадии хронического фиброза, который развива-



Таблица II.1.3.2

**Наиболее частые осложнения при опухолях легких**

Вид осложнения	Причины	Основные симптомы	Средства и методы паллиативной помощи
Пневмония	Обструкция дыхательных путей Снижение иммунитета	Кашель, одышка, лихорадка. Возможны гнойная мокрота и кровохарканье. Боль в груди и гидроторакс при вовлечении плевры	Антибиотики, сульфаниламиды перорально. В последние дни жизни терапия антибиотиками не показана, она редко эффективна. Симптоматическое лечение.
Пневмонит	Лучевая и/или химиотерапия	Одышка, непродуктивный кашель	Лечение симптоматическое. Кортикостероиды в умеренной дозировке.
Гидроторакс	Метастатическое поражение плевры. Повышение проницаемости капилляров. Обтурация легочных вен опухолью.	Одышка, непродуктивный кашель, боль в груди	Производятся простейшие из возможных процедур. Для большинства пациентов симптоматическое лечение одышки, боли и кашля — это все, что требуется. Эвакуация экссудата и плевродез — в случаях несомненной симптоматической пользы.
Эмболия легочной артерии	Гемореологические нарушения	Острая одышка, боль в груди, кровохарканье	Симптоматическое лечение боли и одышки. Антикоагулянты.

ется за время от 6 мес. до 2 лет. Легочный фиброз может вызывать одышку и дыхательную недостаточность. Лечение симптоматическое, целесообразно назначение кортикостероидов.

Пневмонит после химиотерапии развивается при использовании блеомицина и других препаратов. Предрасполагающими факторами являются: доза препарата, преклонный возраст больного, сочетание с лучевым лечением, одновременная или последующая кислородотерапия (Groeger J.S., 1991).

Частыми симптомами являются одышка и непродуктивный кашель. Пневмонит может проявиться через несколько месяцев после окончания лекарственной терапии и протекать остро, с лихорадкой, что симулирует пневмонию. При подозрении на лекарственный пневмонит любое сомнительное лекарственное средство отменяют. Лечение только симптоматическое. Полезны кортикостероиды в умеренной дозировке (преднизолон 40-60 мг/сут).

*Эмболия легочной артерии* встречается приблизительно у 10% больных с распространенной злокачественной опухолью легкого. Клинические проявления зависят от размера и числа эмболов, исходного общего состояния и резерва сердечно-легочной системы пациента (Groeger J.S., 1991; Twycross R., 1995). Эмболия основной ветви легочной артерии вызывает острую одышку, боль в груди и кровохарканье. Большой или множественные эмболы могут привести к острому сердечно-сосудистому коллапсу и внезапной смерти. При маленьком эмболе наблюдается только проходящая одышка и тахипноэ без других проявлений. Множественные мелкие эмболы вызывают прогрессирующую одышку без боли, кровохарканья, и выявляются при ангиопневмографии или сканировании легких.

Лечение эмболии ветвей легочной артерии у больных с распространенной злокачественной опухолью легкого требует осторожной оценки потенциальных выгод и возможных осложнений. Тромболитическая терапия противопоказана из-за риска кровотечения из опухоли, особенно при метастазах в головном мозге. Стандартную терапию гепарином (в течение 5-10 дней) с последующим пероральным приемом антикоагулянтов (в течение 3 мес. или более) проводят пациентам с жизненным прогнозом более нескольких месяцев. У пациентов с более коротким жизненным прогнозом достаточно ограничиться гепаринизацией, позволяющей устранить острую одышку и боль в груди. Риск кровотечения снижается при использовании низкомолекулярного гепарина с 12-часовыми интервалами введения. В последние дни или недели жизни больного проводят симптоматическое лечение боли и одышки.

*Гидроторакс* является следствием повышения проницаемости капилляров в результате опухолевой инфильтрации плевры или других причин воспаления (инфекция, инфаркт, облучение). Опухолевую природу выпота подтверждают цитологически в 50-80% (Rucdeschel J.C., 1988; Groeger J.S., 1991). Небольшой выпот у ослабленных пациентов редко проявляется клинически. Массивный гидроторакс вызывает одышку, непродуктивный кашель и боль в груди. Выраженность одышки зависит от объема и скорости накопления выпота. Характерными признаками плеврального выпота являются: уменьшение экскурсии грудной клетки, укорочение звука при перкуссии, уменьшение объема дыхания и ослабление голосового дрожания.

Лечение гидроторакса у неизлечимых онкологических больных проводят простейшими из возможных процедур; оно направлено на уменьшение одышки, боли и кашля. Пункция плевральной полости приносит существенную симптоматическую пользу пациенту. Многократные пункции сопряжены с риском инфицирования, развития пневмоторакса, осумкования жидкости и потери белка. Ограниченное число процедур возможно при медленном накоплении выпота. У пациентов с более продолжительным прогнозом жизни проводят плеврорез, который способствует облитерации полости плевры и предотвращению быстрого накопления жидкости (Rucdeschel J.C., 1988). Для успешного плеврореза плевральную жидкость следует полностью эвакуировать, а коллабированное легкое должно быть максимально расправлено, чтобы обеспечить хорошее прилегание висцеральной и париетальной плевры. Удовлетворительные результаты достигаются при дренировании плевральной полости. Плеврорез может быть достигнут введением склерозанта во время плевральных пункций; крайне важно равномерное распределение склерозирующего средства в плевральной полости. Для этого пациента сразу после процедуры необходимо каждые пять минут поворачивать в кровати следующим образом: на спину, на правый и левый бок и на живот; затем все повторяется при поднятом головном и ножном концах кровати. При внутриплевральном введении противоопухолевые препараты (тиоТЭФ, доксорубицин, блеомицин) используют в качестве склерозантов, а не цитостатиков. Все они могут вызвать боль, лихорадку, тошноту и, за исключением блеомицина, могут подавлять функцию костного мозга. Тетрациклин является препаратом выбора, он высоко эффективен и дешев. Склерозирующее его действие, скорее всего, связано с низким рН (2,8). Частая боль при введении препарата может требовать медикаментозной аналгезии. С целью предупреждения

этого в раствор тетрациклина можно добавить местный анестетик.

Превосходным склерозирующим средством, вызывающим облитерацию плевральной полости, является тальк. Вводят 5-10г стерильного порошка талька, разведенного в 200 мл изотонического солевого раствора. Лихорадка и сильная боль — частые побочные эффекты, поэтому раствор талька также должен содержать местный анестетик.

Следует помнить, что у пациентов с двусторонним выпотом после успешного плеврореза с обеих сторон могут развиваться существенные, но неизбежные респираторные нарушения (Woodruff R., 1993).

В заключение следует отметить, что в последние недели или дни жизни все действия медицинского персонала, родственников и близких больного должны быть направлены исключительно на создание комфортных условий для пациента, на чем и основывается тактика его ведения (Гамли В. и соавт, 1995; Twycross R., 1995; Kiebert G.M., 1997). Такой подход подразумевает отсутствие навязывания активного лечения со смещением акцента на применение методов паллиативной помощи, описанных выше. Современные возможности паллиативной помощи создают реальные условия для улучшения качества жизни обсуждаемого контингента больных, что имеет большое медико-социальное значение.

### *Литература*

1. Гамли В., Бик М., Чупятова В. Принципы и философия хосписов и паллиативной медицины. // Хоспис Св.Кристофера. — Лондон. — 1995.- с.13-19.
2. Обезболивание при раке и паллиативное лечение. // Доклад Комитета экспертов ВОЗ. — Женева. — 1992. — 76с.
3. Осипова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров Б.М. Хронический болевой синдром в онкологии. // «Медицина». — М. — 1998. — 183с.
4. Резолюция II Конгресса с международным участием «Паллиативная медицина и реабилитация в здравоохранении». // 16-18 июня 1998, Москва. — Паллиативная медицина и реабилитация. — 1998. — №4-5. — с.50.
5. Твайкросс Р.Д., Фрэмpton Д.Р. Введение в паллиативное лечение. // Оксфорд. — 1990. — с.12-15.
6. Addington-Hall J., McCarthy M. Dying from cancer: Results of a national population-based investigation. // Palliative Med. — 1995. — pp.295-305.

7. *Bates T.* A review of local radiotherapy in the treatment of bone metastases and cord compression.//Int.J.Radiation Oncology Biol.Phys. — 1992. — 23. — pp.217-221.
8. *Bruera E., Navigante A., Barugel M.* et al. Treatment of pain and other symptoms in cancer patients: patterns in North American and South American hospitals.//J.Pain Sympt.Management. — 1990. — 5. — 341p.
9. *Byrne T.N.* Spinal cord compression from epidural metastases.//N.Engl.J.Med. — 1992. — 327. — pp.614-619.
10. *Corner J.* Breathlessness — Perspectives on management.//Hamburg. — 1997.
11. Critical Care of the cancer patient.//2-nd ed. — (edited by Jeffrey S. Groeger). — Vosby.Year.Book. — St.Louis. — 1991. — pp.13-40.
12. *De Conno F., Caraceni A., Groff L., Brunelli C., Donati I., Tamburini M., Ventafridda V.* Effect of home care on the place of death of advanced cancer patients.//Eur.J.Cancer Part.A. — 1996. — pp.1142-1147.
13. *De Vita V.T., Hellman S. and Rosenberg S.A. (eds).* Cancer — Principles and Practice of Oncology.//J.B.Lippincott. — 1989-1992.
14. *Dunlop R.J. and Hockley J.M. (eds).* Terminal Care Support Teams.//Oxford. — University Press. — 1990.
15. Editorial. Endobronchial treatment for tracheobronchial tumours.//Lancet. — 1990. — 336. — pp.410-411.
16. *Gato M.D., Munoz Gonzalez F., Lopez De Castro F., Sanchez Munoz C., Sanchez Del Viso Y., Hernandez Moreno J.*//Oncologico Terminal En La Comunidad De Castilla-La Mancha — Aten.Prim. — 1995. — 16/5. — pp.276-280.
17. *Kiebert G.M.* Quality of life as an outcome measure in cancer care.//Hamburg. — 1997.
18. *Kovacs M.J.* Psychological suffering in patients with advanced cancer in palliative care programs.//Hamburg. — 1997.
19. *Mercadante S., Armata M., Salvaggio L.* Pain characteristics of advanced lung cancer patients referred to a palliative care service.//Pain. — 1994. — pp.141-145.
20. *Mount B.* Whole person care: beyond psychosocial and physical needs.//Am.J.Hospice and Palliative Care. — 1993. — 10. — pp.28-37.
21. *Nielsen O.S., Munro A.J. and Tannock I.F.* Bone metastases: pathophysiology and management policy.//J.Clin.Oncol. — 1991. — 9. — pp.509-524.
22. *O'Rourke M.A., Crawford J.* Lung cancer in the elderly.//Clin.Geriatri. Med. — 1987. — 3/4. — pp.595-623.
23. *Rucdeschel J.C.* The management of pleural effusion: an overview.//Seminars in Oncology. — 1988. — 15. — №3. — Suppl.3. — pp.24-28.

24. *Twycross R.* *Introducing Palliative Care.*//Radcliffe Medical Press. — Oxford and New York. — 1995. — pp.119-127.
25. *Vainio A., Auvinen A., Ahmedzai S., Benton T.F., Walsh D., Higginson I., Leino T., Lickiss J.N., Morant R.* *Prevalence of symptoms among patients with advanced cancer: An International Collaborative Study.*//*Pain Symptom Manage.* — 1996. — 12/1. — pp.3-10.
26. *Woodruff R.* *Palliative medicine.*//Asperula Pty Ltd. — Melbourne. — 1993. — pp.121-144.

## **II.1.4. ВОЗМОЖНОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

Болезни мочеполовой системы в структуре общей заболеваемости населения составляют около 6,4%.

Рак мочевого пузыря (РМП) составляет 3-4% всех новообразований и до 70% опухолей мочевыделительной системы. Заболеваемость РМП в последние годы, по мнению многих оппонентов, имеет неуклонную тенденцию к увеличению. С 1990 по 1996 г. заболеваемость РМП в Санкт-Петербурге увеличилась на 35%. Это связывается с влиянием факторов внешней среды, курением, нарастанием частоты неспецифической патологии мочевыводящих путей. Велика доля пациентов с запущенной стадией заболевания. Так, III и IV стадия заболевания РМП составляют более чем у 50% вновь выявленных больных. О большом числе больных с запущенными формами РМП свидетельствует тот факт, что около 30% вновь выявленных пациентов погибают от рака в течение 1 года наблюдения.

Рак предстательной железы (РПЖ) — одна из наиболее частых злокачественных опухолей мужчин пожилого и старческого возраста. В России РПЖ составляет 2,9% всех онкологических и 36% онкоурологических заболеваний. В Санкт-Петербурге с 1990 по 1996 г. число случаев РПЖ удвоилось. В связи с особенностями клинического течения и несовершенством ранней диагностики до 60% больных РПЖ при первичном обращении уже имеют III и IV стадию заболевания. Смертность на первом году жизни после установления диагноза составляет 32%, что свидетельствует о крайне низкой выявляемости начальных стадий заболевания.

Рак почки (РП) составляет 2-3% от всех злокачественных новообразований у взрослых. В Санкт-Петербурге с 1990 по 1996 г.

заболеваемость РПЖ увеличилась почти в полтора раза. За 1992 год больных с IV стадией заболевания было выявлено 4500, что составило около 50% первично выявленных больных. По последним данным по России, 77% больных раком почки нуждаются в последующем консервативном лечении.

Приведенные статистические данные свидетельствуют об актуальности и социальной значимости онкоурологической патологии.

Характер паллиативного лечения у первично выявленного больного с поздней стадией будет определяться наиболее выраженными клиническими синдромами. Необходимо отметить, что в целом эта категория больных в клинической онкологии представлена совершенно неоднородно. Синдромальная манифестация варьирует от жалоб на ноющие боли в поясничном отделе позвоночника до патологического компрессионного перелома, от небольших дизурических явлений до острой задержки мочи, от гемоспермии до профузного кровотечения из мочевого пузыря. В связи с этим можно и необходимо выделить следующие основные клинические синдромы в структуре онкоурологической патологии:

**Основные клинические синдромы:**

1. Хронический болевой синдром
2. Синдром инфравезикальной обструкции (дизурический синдром)
3. Острая и хроническая почечная недостаточность
4. Анемия
5. Отечный синдром
6. Диспепсический синдром
7. Гнойно-воспалительные осложнения

Объем медицинской помощи на этапе прогрессирования заболевания после периода эффективного паллиативного лечения по сути своей имеют уже другую цель — облегчить страдания больного в терминальных стадиях заболевания:

**Методы паллиативного лечения онкоурологической патологии:**

1. Гормонотерапия (РПЖ и РП)
2. Лучевая терапия
3. Паллиативные хирургические вмешательства
4. Химиотерапия
5. Иммунотерапия

Кроме того, необходимо выделять еще одну группу лечебных мероприятий — это экстренная (ургентная) медицинская помощь:

**Неотложные состояния:**

1. Острая задержка мочи
2. Анурия
3. Острая почечная недостаточность
3. Кровотечение
4. Патологические переломы
5. Забрюшинная и паравезикальная флегмона

Думаю, что нет необходимости оговаривать условность такого деления, ибо сложность паллиативного лечения значительно шире обозначенной здесь. Но, тем не менее, незыблемой истиной остается главное:

Для получения оптимальных результатов, пусть даже и временных необходима максимальная индивидуализация лечения с обязательным учетом сопутствующей патологии (атеросклероз, ИБС, гипертоническая болезнь, сахарный диабет и т.д.) Некоторые методы лечения (гормонального, лучевого, хирургического) применяются как в режиме паллиативного лечения, так и симптоматического. В настоящее время паллиативное лечение предполагает более широкое применение комбинированного подхода.

*Рак предстательной железы*

Паллиативную и симптоматическую терапию при раке предстательной железы (РПЖ) можно представить в виде следующего алгоритма:

**I. Методы паллиативного лечения больных РПЖ:**

1. Гормонотерапия
2. Лучевая терапия
3. Гормональная и лучевая терапия
4. Паллиативные хирургические вмешательства
5. Химиотерапия
6. Иммунотерапия

**II Основные клинические синдромы при прогрессировании РПЖ:**

1. Хронический болевой синдром
2. Синдром инфравезикальной обструкции
3. Хроническая почечная недостаточность
4. Анемия
5. Отечный синдром
6. Диспепсический синдром

**III Неотложные состояния:**

1. Острая задержка мочи



2. Анурия, острая почечная недостаточность
3. Кровотечения из мочевого пузыря
4. Патологические переломы
5. Компрессия спинного мозга

С этих позиций формируется синдромальный подход в процессе лечения пациента с РПЖ.

Появление болевого синдрома у больных РПЖ, как правило, связано с клинической манифестацией костных метастазов. Локализация болей обычно соответствует месту расположения костного метастатического очага, но иногда боли могут быть проводниковыми. Боли в костях появляются тогда, когда в опухолевый узел вовлекается надкостница, содержащая многочисленные болевые рецепторы.

В чувствительных нервных периферических окончаниях генерация возбуждения может осуществляться прессорным раздражением, пьезоэлектрическими эффектами, химическими соединениями.

В химической стимуляции нервных структур принимают участие: простагландины, фактор остеокластической активности, концентрация ионов кальция и фосфора.

В 1989 г. Комитет экспертов ВОЗ в зависимости от интенсивности болевого синдрома предложил трехступенчатую схему лечения хронической боли, которую у онкологических больных удобно оценивать по 5-балльной шкале вербальных оценок (ШВО):

- 0 — боли нет,
- 1 балл — слабая,
- 2 балла — умеренная,
- 3 балла — сильная,
- 4 балла — самая сильная боль.

Не вызывает сомнения тот факт, что болевые ощущения субъективны, зависят от настроения больного и сами провоцируют страх, тревогу, бессонницу.

В режиме паллиативной помощи уже само начало лечения восстанавливает психоэмоциональное состояние пациента, а на фоне гормонотерапии и противоболевых режимов лучевой терапии боли начинают стихать, вплоть до полного исчезновения.

В арсенале средств купирования болевых ощущений имеются следующие методы:

- ступенчатая фармакотерапия;
- наружная лучевая терапия на очаги наибольшей болезненности;
- системная лучевая терапия с помощью стронция хлорида;

- различные виды новокаиновых блокад и других местных анестетиков;
- протонная гипофизэктомия;
- лазертерапия.

Следует иметь в виду, что у тех пациентов, кому проводится паллиативное специальное лечение, может отмечаться значительное уменьшение боли на очень длительный срок, и рецидив болей может свидетельствовать о прогрессировании заболевания.

Наиболее распространенный подход к лечению боли — фармакотерапия. При этом предпочтение отдается неинвазивным лекарственным формам, и смена препарата осуществляется по нарастающей вплоть до сильных наркотических анальгетиков.

Так, при слабой боли назначают периферические ненаркотические анальгетики: парацетамол, баралгин, индометацин. При неэффективности этой группы лекарств назначают не Кодеинсодержащие анальгетики (пенталгин, седалгин) или слабые опиоиды (промедол, трамадол). При сильных болях переходят на синтетический опиоид бупренорфин. Последняя ступень — применение препаратов морфия.

Использование этой базовой концепции позволяет в каждом конкретном случае подобрать оптимальное сочетание с адъювантными средствами.

Первые исследования по применению радиофармпрепаратов на основе солей стронция<sup>89</sup> у больных с костными метастазами рака предстательной железы выполнялись проф. R.Y. Robinson и его коллегами. Метаболизм стронция имитирует обмен кальция, поэтому он способен избирательно накапливаться в очагах усиленного костеобразования. Логичным поэтому представляется его использование при остеобластических метастазах РПЖ. Режимы и дозы введения определены из радиофармакинетики стронция<sup>89</sup>: период его полураспада составляет около 50 дней, он является  $\beta$ -излучателем и проникает в окружающие ткани на глубину до 8 мм, максимум энергии — 1,46 МэВ.

В отличие от нормальной костной ткани, в которой период полу выведения 14,5 дней, в метастатических остеобластических узлах стронций может быть локально фиксирован до 90 дней. Именно на этом эффекте базируется дозиметрическое обеспечение методики введения. Было рассчитано, что доза облучения костного мозга составляет только 1/10 часть дозы в пораженных участках. Около 90% активности препарата выводится почками, причем, максимальный пик выведения регистрируется в первые два дня после инъекции, а через неделю уровень выведения стронция <sup>89</sup> обычно составляет менее 10%.

Опытным путем была установлена доза 150 МБк, что соответствует максимальной эффективности при пороговом уровне токсичности. Поглощенная доза в местах костных повреждений составляет от 2 до 64 Гр, в зависимости от степени распространения процесса и особенностей накопления препарата в очагах. Для сравнения укажем, что курсовая доза при наружной лучевой терапии при костных метастазах составляет от 20 до 30 Гр за 5-10 фракций. Поглощенная доза в неизмененной костной ткани при введении 150 МБк составляет 0,7-1,5 Гр. Обезболивающий эффект начинает проявляться уже через 5-7 сут, полностью реализуется в течение 4-5 нед. Средняя продолжительность обезболивающего эффекта отмечена до 6 мес. При возобновлении костных болей повторно стронций можно вводить не ранее, чем через 3 мес, так как именно в течение этого срока сохраняется миелосупрессивный эффект (тромбоцитопения, лейкопения) после однократного введения препарата.

Безусловно, боль это не единственная проблема у больных РПЖ на терминальной фазе. Нарушения пассажа мочи и акта мочеиспускания, осложненные хронической почечной недостаточностью, являются нередкими осложнениями, существенно ухудшающими общее состояние и затрудняющими проведение адекватной терапии.

Нарушение физиологического процесса выведения мочи может возникнуть в любом сегменте мочевыделительной системы.

Увеличенные вследствие метастатического поражения парааортальные и паракаважные лимфатические узлы могут вызывать сдавление мочеточника на любом уровне. Такой процесс может быть как одно-, так и двусторонним. При местном распространении опухолевой инфильтрации сдавление может распространиться на интрамуральные и юкставезикальные отделы мочеточников. Иногда при прорастании опухоли в шейку мочевого пузыря формируется синдром инфравезикальной обструкции.

В практике чаще приходится сталкиваться с нарушениями акта мочеиспускания за счет местного распространения опухоли. Поэтому и элементы паллиативной помощи целесообразно излагать, начиная с этого осложнения.

При наличии острой задержки мочи у первично выявленного больного РПЖ объем лечебной помощи в настоящее время включает введение в мочевой пузырь баллонного катетера в сочетании с проведением комбинированной андрогенной блокады (КАБ). В случае невозможности преодолеть препятствие в уретре эластиче-

ским баллонным катетером, показано наложение эпицистостомы. В ситуации, когда быстрое проведение депривации тестостерона с помощью гормональных препаратов по тем или иным причинам невыполнимо, необходимо проведение двусторонней орхиэктомии.

Если в процессе лечения акт мочеиспускания в течение 4-6 нед не нормализуется, или, наоборот, через 1,5-2 года после первого курса лечения прогрессирует странгурия, коррекция мочеиспускания может быть произведена с помощью паллиативной трансуретральной резекции предстательной железы.

Если препятствия для нормального оттока мочи локализуются выше устьев мочеточников, то применяют следующие методы восстановления пассажа мочи:

- чрескожная нефростомия,
- стентирование мочеточников,
- наложение нефростомы,
- выведение мочеточников на кожу.

Очевидно, выбор конкретного метода определяется многими факторами. Следует иметь в виду, что «блок» почки у пациента с РПЖ может быть вызван и другими причинами (камнем мочеточника, сужением пиелоуретрального соустья), поэтому и лечебное вмешательство должно соответствовать характеру обструкции. По мере нормализации мочевыделения симптоматика хронической почечной недостаточности начнет «смягчаться», что позволяет иногда подкрепить паллиативную помощь методами лучевого воздействия или провести химиотерапию. Хроническая почечная недостаточность далеко не всегда связана с нарушением пассажа мочи, так как она может быть следствием почечных осложнений сопутствующих болезней: гипертонической болезни, атеросклероза почечных артерий, сахарного диабета, хронического калькулезного пиелонефрита. Особое значение в настоящее время приобретают возможности паллиативного лечения костных метастазов РПЖ. За последние годы достигнут некоторый прогресс в лечении этого контингента больных.

Метастазы РПЖ могут быть остеолитическими, остеобластическими и смешанными. При первом типе преобладает резорбция костной ткани в области метастатического очага, при втором типе — реактивное костеобразование. Частота остеобластического поражения составляет от 60 до 90%, остеолитические процессы встречаются в 10-11,5% случаев и около 3% составляют поражения смешанного характера. В 88,5% случаев метастатические изменения в костях носят множественный характер. Частота и объем по-

ражения скелета в основном коррелируют как с категорией Т, так и с уровнем простатоспецифического антигена. При множественных костных метастазах значительно увеличиваются показатели щелочной и кислой фосфатаз. Основная цель паллиативного лечения костных метастазов заключается в упреждении патологических переломов и улучшении качества жизни за счет устранения болевого синдрома. При состоявшемся патологическом переломе эти мероприятия позволяют восстановить нарушенные функции и облегчить уход за больным.

Паллиативное лечение больных РПЖ с костными депозитами включает следующие способы воздействия:

- гормонотерапия (особенно хонван, протонная гипофизэктомия);
- химиотерапия (эстрацит, митоксантрон);
- лучевая терапия;
- системная радионуклидная терапия;
- бисфосфонаты (аредия, бонефос);
- кальцитонин, миокальцик;
- витамин D, кальций D 3.

Гормонотерапия при наличии остеобластических метастазов способствует быстрому снижению интенсивности болевых синдромов. При наличии множественных остеобластических очагов в позвоночнике и в костях таза хорошо себя зарекомендовала комбинированная терапия, включающая двустороннюю орхиэктомию с последующим внутривенным введением стронция 89. При выявлении литических процессов комбинированная терапия проводится в режиме двусторонней орхиэктомии, с применением бисфосфонатов, дистанционной лучевой терапии на фоне использования кальцитонина (миокальцик), кальция D<sub>3</sub>.

Основную роль в определении показаний к оперативному лечению больных с костными метастазами играет прогноз. В случае короткой ожидаемой продолжительности жизни пациента хирургические вмешательства не показаны. К благоприятным прогностическим факторам в настоящее время относят:

- солитарный характер метастатического поражения;
- стабилизацию процесса на фоне специфического противоопухолевого лечения;
- быструю нормализацию уровня ПСА и щелочной фосфатазы;
- отсутствие гиперкальциемии.

Вопрос о возможности и необходимости проведения паллиативной хирургической операции чаще всего встает при локализации костных метастазов в позвоночнике с угрозой развития и уже

состоявшимся сдавлением спинного мозга. С учетом анатомических особенностей позвоночника и преимущественно множественном характере метастазов в кости отбор больных на такие вмешательства представляет определенные трудности. Очень важно при этом оценить объемы и характер поражения. Например, у пациента РПЖ (возраст 50-55 лет) выявлен очаг деструкции во II поясничном позвонке, занимающем более 50% тела этого позвонка, и еще два остеобластических очага в лонных костях. По существу, имеется смешанный вариант множественных костных метастазов. В данном случае после проведения комбинированной противоопухолевой терапии можно поставить вопрос о выполнении стабилизирующей операции.

В основе хирургического лечения лежат два вида оперативных вмешательств:

- декомпрессивные операции (ДО);
- декомпрессивно-стабилизирующие операции (ДСО).

Декомпрессивная ламинэктомия заключается в удалении дужек пораженного позвонка, вследствие чего достигается декомпрессия спинного мозга. Выполнение ДО возможно на любом отделе позвоночника, однако, эффект ламинэктомии может быть непродолжительным.

При ДСО удаляется весь пораженный позвонок, а не только дужки, и затем осуществляют стабилизацию позвоночника с помощью специальных фиксаторов или протезов тел позвонков, или трансплантатов, или специальных пластин. В литературе почти совершенно не освещена проблема паллиативной помощи при кровотечениях из мочевого пузыря. И, если методы остановки мочепузырного кровотечения у первичного больного дают возможность рассчитывать хоть на кратковременный эффект, то со временем это перерастает в большую проблему. Источником и причиной кровотечения, как правило, бывает следующее:

- распадающийся фрагмент опухоли предстательной железы при прорастании шейки пузыря;
- нередко метакхронная опухоль мочевого пузыря при сочетании с РПЖ;
- поздний язвенный лучевой цистит;
- камень в мочевом пузыре;
- ятрогенные кровотечения при бужировании постлучевых стриктур простатической части уретры.

Методы контроля гемостаза:

- инстилляция в мочевой пузырь 5% раствора колларгола, 1% горячего раствора формалина (+38 °C);

- установка системы для орошения мочевого пузыря (трехходовой баллонный катетер);
- эндоскопические вмешательства (электрокоагуляция кровоточащей язвы опухоли);
- эпицистостомия;
- рентгеноэндоваскулярная окклюзия внутренних подвздошных артерий;
- хирургическая перевязка внутренних подвздошных артерий.

Методы локального контроля проводятся на фоне системного гемостатического воздействия и восполнения кровопотери. Организационно оказание таких видов помощи должно проводиться в условиях стационара.

Считаем необходимым остановиться еще на одном синдроме, развивающемся в заключительной стадии болезни и требующем большой изобретательности в выборе лечебных средств. Это отечный синдром. Отек начинается с тыльных поверхностей стоп, затем распространяется на голени, потом выше, захватывая полностью наружные половые органы. Отеки могут быть двусторонние симметричные и асимметричные, иногда они захватывают только одну конечность. Появление и развитие слоновости связывают с лимфостазом и сдавлением тазовых венозных коллекторов. Лечение этого состояния обычно вызывает большие сложности. Назначение диуретиков оказывает незначительный эффект только в начальных стадиях. Ношение эластичных чулок в течение дня некоторое время препятствует прогрессированию отеков. У части пациентов удается сдерживать нарастание отеков назначением препарата вобензим.

Наш опыт свидетельствует, что наиболее эффективным оказывается раннее лечение, основанное на применении антиагрегантов (трентал, курантил), лазертерапии на область паховых лимфатических узлов, свечей с прополисом, электрофореза или фонофореза с калия йодидом на голень.

В плане паллиативного лечения больных РПЖ нельзя забывать про частое развитие вторичного восходящего пиелонефрита, протекающего в активной форме, но малосимптомной клинической картиной. Периодическая антибактериальная терапия позволяет сдерживать вспышки воспалительного процесса. Совершенно обособленно иногда вырисовывается проблема сексуальной инвалидизации в период рецидива болезни, развития гормонорезистентности.

### *Рак мочевого пузыря*

Как известно, обширное распространение опухоли мочевого пузыря делает невозможным радикальное лечение, и основная цель паллиативного лечения сводится к уменьшению или полной ликвидации тягостных симптомов болезни, т.е. к повышению показателей качества жизни.

#### **Методы паллиативного лечения**

1. Паллиативные хирургические вмешательства
2. Лучевая терапия
3. Химиотерапия
4. Иммунотерапия

#### **Основные клинические синдромы при прогрессировании Рака Мочевого Пузыря (РМП)**

1. Анемия
2. Синдром интравезикальной обструкции
3. Хроническая почечная недостаточность
4. Хронический болевой синдром

Таким образом, лечебные мероприятия на фоне основных методов воздействия, также будут направлены на борьбу с болевым синдромом, гематурией, острой задержкой мочи, блокадой верхних мочевых путей, паравезикальной флегмоной. Т.е. характер и объем паллиативной помощи будут диктоваться наиболее преобладающими клиническими синдромами, требующими экстренного лечения:

#### **Неотложные состояния**

1. Гематурия
2. Тампонада мочевого пузыря
3. Острая задержка мочи
4. Блокада верхних мочевых путей (гидронефроз)
5. Болевой синдром
6. Паравезикальная флегмона

Появление крови в моче (гематурия), как правило, является первым симптомом, заставляющим больного обратиться к врачу и заподозрить наличие опухоли мочевого пузыря. В ранней стадии заболевания, гематурия может не вызывать особого опасения и порой бывает достаточно назначения гемостатических средств (отвар крапивы, дицинон) для компенсации кровопотери и остановки кровотечения. Два симптомокомплекса могут обусловить экстренность ситуации и необходимость неотложной лечебной помощи при профузной гематурии — острая ане-



мия и тампонада мочевого пузыря. Интенсивное, не купирующееся консервативными методами лечения кровотечение приводит к кровопотере, гиповолемии и анемии. Свертывание крови излившейся в просвет мочевого пузыря может сопровождаться образованием сгустков способных вызвать тампонаду мочевого пузыря. В случае возникновения данной ситуации приходится прибегать к оперативному лечению. Объем оперативного воздействия будет определяться локализацией опухоли и степенью распространенности процесса. Для этого выполняют высокое сечение мочевого пузыря с последующей его ревизией, освобождением полости пузыря от сгустков и восстановлением пассажа мочи. При ограниченном раке дна и тела мочевого пузыря выполняют резекцию мочевого пузыря, при инфильтрации мочеточникового отверстия производят резекцию интрамурального отдела мочеточника с последующей неоимплантацией в мочевой пузырь. При тотальном поражении мочевого пузыря или расположении опухоли в области мочепузырного треугольника не исключается возможность необходимости цистэктомии, технически сложной и травматичной для пациента операции. Цистэктомия завершается двухсторонней уретерокутанеостомией, так как увеличение объема операции за счет формирования искусственного резервуара для мочи, учитывая экстренность операции, может иметь летальный исход.

В случае нерезектабельности опухоли мочевого пузыря осуществляются попытки остановить кровотечение паллиативными мероприятиями — электрокоагуляцией опухоли, перевязкой обеих внутренних подвздошных артерий. В специализированных лечебных учреждениях возможно применение эндоваскулярных вмешательств с последующей эмболизацией внутренних подвздошных артерий, под контролем ангиографии. Преимуществом эмболизации является возможность окклюзии периферического артериального русла, что исключает развитие коллатералей. Также преимущество эндоваскулярного вмешательства состоит в возможности за счет катетеризации одного из сосудов проведения региональной инфузии гемостатических и цитостатических препаратов, на фоне которых возможна остановка продолжающегося кровотечения. Эмболизация осуществляется трансфеморальной катетеризацией по Сельдингеру, селективным введением катетера во внутреннюю подвздошную артерию с одной или обеих сторон и под визуальным контролем окклюзией всех периферических сосудов.

Кровотечение из шейки мочевого пузыря можно установить при помощи катетера-баллона Фолея: после установки катетера

в мочевого пузырь и раздутия баллона, наружный конец фиксируется в натянутом положении к бедру, что обеспечивает компрессию опухоли. Также для остановки кровотечения можно использовать тугую тампонаду кровоточащей опухоли марлевым тампоном.

В случае нарушения оттока мочи, связанного с прорастанием устьев мочеточников, их инфильтрацией и приводящего к развитию уретерогидронефроза и азотемии, больному показано:

- наложение чрескожной нефростомии;
- стентирование мочеточников;
- наложение нефростомы;
- выведение устьев мочеточников на кожу.

При полной задержке мочи оптимальным методом восстановления отведения мочи является катетеризация мочевого пузыря эластичным катетером. В случае невозможности установки эластичного катетера возможно выполнение трокарной эпицистостомии или наложение надлобкового свища. По трокару в мочевой пузырь вводят резиновый катетер Фолея и после наполнения баллона оставляют его для дренирования мочевого пузыря и оттока мочи.

Прорастание опухоли в органы малого таза и сдавление нервных стволов сопровождается стойким болевым синдромом, приводящим к необходимости использования анальгетиков и наркотических средств. Принципы лекарственного лечения болевого синдрома изложены нами выше. Возможно также использование проводниковых новокаиновых блокад через запирательное отверстие по Стуккею, пресакральную блокаду по А.В. Вишневскому, перидуральную денервацию, резекцию пресакрального нервного сплетения. Хотя современное развитие фармакотерапии это направление сводит почти к минимуму. Также проведение такого рода манипуляции требует наличия хорошего навыка. При метастатическом поражении костей скелета возможно применение для снятия болевого синдрома короткие курсы локального облучения.

Внебрюшинная перфорация мочевого пузыря развивается у больных с запущенной эндофитной, инфильтрирующей опухолью вследствие ее спонтанного или в случае лучевого распада. Дефект стенки пузыря обуславливает затеки мочи в околопузырное клетчаточное пространство, которое осложняется развитием паравезикальной флегмоны. В данном случае оптимальным методом паллиативной помощи будет резекция стенки пузыря с распадающейся опухолью и ушивание пострезецированного дефекта. Операция при паравезикальной флегмоне преследует две цели: отведение

мочи и дренирование околопузырного клетчаточного пространства. Наиболее эффективным способом отведения мочи является эпицистостомия через «здоровую» стенку без признаков видимой опухолевой инвазии. При распадающейся опухоли в области мочепузырного треугольника единственным возможным способом отведения мочи наружу оказывается двухсторонняя уретерокутанеостомия. Дренирование околопузырной клетчатки через переднюю брюшную стенку обеспечивает отток из верхних отделов забрюшного пространства и предпузырной клетчатки. Околопузырную клетчатку, расположенную глубоко в малом тазу, следует дренировать через запирательное отверстие.

После оказания первичной паллиативной помощи в дальнейшем больным показана лучевая терапия с разовой одиночной дозой (РОД) 1,8-2,5 Гр, суммарной очаговой дозой (СОД) — 60-70 Гр. Противопоказанием к лучевой терапии является сдавление мочеточников, острый пиелонефрит, наличие множественных метастазов, угнетение кроветворения, тяжелое общее состояние больного. Для химиотерапии наиболее часто используют цитостатики — адриамицин, тиотэф, митомицин С, цисплатин, метотрексат, винбластин, 5-Фторурацил. Стандартной схемой лечения в настоящее время является комбинация 3-4 препаратов на основе цисплатины и метотрексата. Наиболее часто применяется схема MVAC:

Метотрексат 30 мг/м<sup>2</sup>, в/в, в 1,15,22 дни,

Винбластин 3 мг/м<sup>2</sup>, в/в, во 2,15,22 дни,

Адриамицин 30 мг/м<sup>2</sup>, в/в, во 2 день,

Цисплатин 70 мг/м<sup>2</sup>, в/в, во 2 день.

Интервал между курсами 28 дней. Не менее 2-3 курсов.

Эффективность химиотерапии при диссеминированном раке мочевого пузыря составляет около 50-70% и использование ее в паллиативном режиме при хорошем состоянии пациента не должно пренебрегаться лечащим врачом.

### *Рак почки*

Не менее важной проблемой, учитывая обычное отсутствие клинической симптоматики в ранних стадиях заболевания, является комбинированное паллиативное лечение распространенного рака почки (РП).

#### **Методы паллиативного лечения**

1. Паллиативные хирургические вмешательства
2. Иммунотерапия
3. Лучевая терапия

4. Химиотерапия
5. Гормонотерапия

### **Основные клинические синдромы при прогрессировании РП**

1. Хронический болевой синдром
2. Синдром интоксикации
3. Хроническая почечная недостаточность
4. Анемия
5. Отечный синдром
6. Дыхательная недостаточность

При этом заболевании у больного также могут наблюдаться болевой синдром, кровотечение, интоксикация и явления хронической почечной недостаточности требующие неотложного медицинского воздействия:

### **Неотложные состояния**

1. Кровотечение (кровоизлияние в околопочечную клетчатку)
2. Гематурия
3. Забрюшинная флегмона (мочевой затек, мочевой паранефрит, распад опухоли)
4. Болевой синдром

Внутреннее кровотечение при РП может возникнуть в случае спонтанного или травматического разрыва опухоли. При данной ситуации происходит кровоизлияние в опухоль с растяжением капсулы, сопровождающееся болью, дальнейший разрыв истонченной капсулы с кровоизлиянием в околопочечную клетчатку и развитием коллапса. В общей врачебной сети единственно возможным спасением жизни будет являться неотложная операция — нефрэктомия с одновременным комплексом мероприятий, направленных на коррекцию гиповолемии и возмещение кровопотери. В специализированном лечебном учреждении, располагающем возможностями эндоваскулярной хирургии, при верифицированном диагнозе применяется эмболизация почечной артерии, обеспечивающая экстренную остановку кровотечения и уменьшающая риск нефрэктомии.

Гематурия почечного генеза носит тотальный характер и может приводить к выраженной анемии. При отсутствии эффективности от консервативных мероприятий при гематурии, также прибегают к оперативному лечению в виде нефрэктомии, либо к эндоваскулярному вмешательству, позволяющему дополнительно верифицировать диагноз опухоли и эмболизировать образование с одновременным введением в опухоль почки цитостатических и иммунных препаратов.

Спонтанный распад опухоли почки может осложниться вскрытием каналцев, чашечек или лоханки которое приводит к мочевым затекам, мочевой инфильтрации клетчатки, паранефриту, забрюшинной флегмоне. Объем операции при забрюшинной флегмоне, обусловленной распадом опухоли почки, зависит от местной распространенности новообразования. Операцией выбора является нефрэктомия. При больших, неподвижных, прорастающих в аорту или нижнюю полую вену, нерезектабельных опухолях вмешательство ограничивается люмботомией, широким вскрытием и дренированием забрюшинного пространства. Широкое вскрытие и дренирование затеков во всех фасциальных футлярах может приостановить прогрессирование забрюшинной флегмоны и последующих гнойно-септических осложнений. Желательно отведение мочи путем нефростомии или нефропиелостомии, которые должны осуществляться вне опухоли. Одновременно с этим проводится антибактериальная и детоксикационная терапия.

Для опухоли почки характерно метастатическое поражение костей скелета, что может сопровождаться болевым синдромом. Основные принципы лечения костных метастазов были затронуты при описании РПЖ. В дополнение к имеющимся способам можно сказать об опыте применения с целью системного лучевого воздействия и купирования болевого синдрома введением препарата стронция<sup>89</sup> с предварительным проведением вспомогательного курса препаратами группы бифосфонатов. Использование бифосфонатов позволяет при наличии литического поражения костей скелета стабилизировать процесс и дает возможность для введения стронция<sup>89</sup>.

Болевой синдром может быть связан не только с метастатическим поражением костей скелета, но и самой опухолью. В таком случае целесообразным будет проведение нефрэктомии, которая позволяет ликвидировать симптомы заболевания — прекращаются боли, изнуряющие ознобы, исчезают симптомы интоксикации. Удаляя основную массу опухоли, мы тем самым повышаем возможности проводимых в последующем химиотерапии и лучевого лечения.

Противопоказаниями к оперативному лечению в данном случае могут послужить кахексия, отеки, массивные множественные метастазы, нарушение функции оставшейся почки, тяжелые сопутствующие заболевания, при которых противопоказано любое хирургическое вмешательство.

При единичных метастазах почки в легкие с целью паллиативного воздействия может использоваться иммунотерапия. Ис-

пользование для этой цели препаратов  $\alpha$ -интерферона (Интрон-А, реаферон, роферон) и интерлейкин-2 позволяет получить до 30-35% полных или частичных регрессий опухоли. Эффект от применения препаратов  $\alpha$ -интерферона может иногда проявляться через несколько месяцев после начала терапии.

Из цитостатических препаратов при раке почки эффективны такие препараты, как винкристин, блеомицин, этопозид, винбластин, адриамицин. Эффективность комбинированной терапии составляет около 15-20%.

При распространенном раке почки возможно использование следующих препаратов и комбинаций:

**I.**

1. Винбластин 0,10-0,15 или 0,10-0,15 mg/kg, i.v., Tag 1 alle 2-3 Wochen
2. Интерферон  $2\alpha$  18-36 Million Einheiten, s.c., 3x/Woche

**II.**

1. Винбластин — 4-10 мг/м<sup>2</sup>, в/в, 1 раз/нед. На курс лечения 4-5 доз.
2. Депо-провера — 1000 мг, в/в, 3 раза/нед в течение 3-5 недель и более длительно.
3. Оксипрогестерона капронат — 1000 мг, в/м, 3 раза/нед в течение 2 мес и более
4. Тамоксифен — 20-40 мг, внутрь, в течение 2 мес и больше
5. Рекомбинантный альфа-интерферон — по 3 млн. ЕД, в/м, ежедневно в течение 10-14 дней. Интервал между курсами 3 недели.

Как в паллиативном лечении пациентов с РПЖ, РМП и РП, так и в симптоматическом, имеются некоторые частности, присущие именно в России в 1996 г./Вопр. онкол. — 2000. — сс.3-12. душевность и сострадание к «уходящему» пациенту — это и есть слабые того, что позволило сказать А.П.Чехову: «Профессия врача — это подвиг».

*Литература*

1. Алиев М.Д., Тепляков В.В., Калистов В.Е. Современные подходы к хирургическому лечению метастазов злокачественных опухолей в кости//Практ.онкол. — 2001. — №1 — сс.39-44.
2. Аксель Е.М., Матвеев Б.П. Статистика онкоурологических заболеваний в России в 1996 г./Вопр. онкол. — 2000. — сс.3-12.
3. Брюзгин В.В. Лечение хронической боли у онкологических больных//Consilium medicum. — 2000. — Т2. — №12. — сс.514-518.

4. *Гриценко С.Е.* Лучевая терапия в контроле болевого синдрома у больных с костными метастазами рака предстательной железы// Урология. — 2000. — №4 — сс.51-54.
5. *Дунаевский И.В.* Лечение хронического болевого синдрома у онкологических больных//Третья ежегодн. Рос.онкол.конф. — с.29
6. *Лопаткин Н.А.* Руководство по урологии.//Т.3 — М. — Медицина. — 1998.
7. *Мариенбах В.Г.* Клиническая онкоурология.//М. — Медицина. — 1984. — сс. 5,143-150,165.
8. *Мерабишвили В.М., Красильников И.А., Шабашова Н.Я. и др.* Злокачественные новообразования в структуре общей заболеваемости в Санкт-Петербурге.//Вопросы онкологии. — 2001. — том 47. — №1. — сс. 34-38.
9. *Моисеенко В.М.* Паллиативное лечение больных солидными опухолями с метастатическим поражением костей.
10. *Нестеренко В.М.* Паллиативная помощь онкобольным с метастатическим поражением кости скелета.//Дис.канд.мед.наук. — М. — 1998.
11. *Новиков Г.А., Осипова Н.А., Прохоров Б.М. и др.* Организационно-методологические проблемы эффективного обезболивания в паллиативной помощи онкологическим больным в России// Прак.т.онкол. — 2001. — №1. — сс.14-17.
12. *Переводчикова Н.И.* Противоопухолевая химиотерапия.//М. — Медицина. — 1993.
13. *Портной А.С.* Хирургическое лечение рака предстательной железы//Л. — Медицина. — 1989.
14. *Семенов Д.В.* Обоснование комплексной паллиативной терапии костных метастазов в онкоурологии.//Авт.дис.канд.м.н. — С.-П. — ЦНИРРИ. — 2000.
15. *Шипилов В.И.* Рак мочевого пузыря.//М. — Медицина. — 1983.
16. Fossa S.D. et al.//N.Engl.J.Med. — 1991. — №324. — pp.634-663.

## **II.1.5. ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА ВЕРХНЕЙ ПОЛОЙ ВЕНЫ**

Развитие представлений о синдроме верхней полой вены (СВПВ) условно может быть разделено на 4 периода.

Первый период охватывает 1740-1930 гг. Bartolinus в 1740 г. упомянул о случае, описанном Riolanus, который наблюдал смерть больного вследствие окклюзии верхней полой вены (ВПВ) «небольшим кусочком мяса с бесформенным жиром в устье ВПВ». W. Hunter в 1757 г. описал синдром, возникший у больного вследствие сдавления ВПВ сифилитической аневризмой аорты. Рисовки, произведенные при вскрытии, позволяют считать этот случай первым достоверным сообщением о СВПВ. В 19 веке интерес к СВПВ значительно повысился, о чем говорит возросшее число работ, опубликованных по этой теме. Ducart C. (1828), Stannius и Duchan (1854), Franc F. (1869) в своих работах делают первые попытки систематизировать ранее накопленный материал, классифицировать это заболевание по этиологии, патогенезу и клинической картине, впервые описывают вены передней брюшной стенки как пути возможного коллатерального оттока крови. В 1914 году русский ученый Вагнер К.Э. в монографии «К вопросу о сужении ВПВ» дал наиболее полное описание клинической картины окклюзии ВПВ, анализируя вопросы анатомии, патофизиологии, топической и дифференциальной диагностики на основании 6 собственных наблюдений и литературных данных. В 20 веке производятся первые попытки хирургического лечения этого заболевания. Sauerbruch (1912) произвел декомпрессионную стернотомию, Waterfield (1928) успешно удалил тромб из ВПВ. Однако общий уровень знаний, методов диагностики и оперативной техники не позволяли приступить к широкому хирургическому лечению СВПВ. Этот период характеризуется систематизацией разрозненных данных, изучением этиологии, патогенеза и клиники СВПВ, первыми опытами его лечения.

Второй период охватывает 1930-1950 гг. и связан с появлением в арсенале диагностических методик флебографии (Conte, Costa, 1933; Castellanos, Pereiras, 1947) и экспериментальным изучением патогенеза и методов лечения СВПВ (Carlson, 1934; Leo, Rundle, 1948; Романкевич В.М., 1949). В 1947г. Katz, Hussey, Veal подробно описали методику медиастинальной флебографии, позволяющей определить локализацию сужения, его протяженность и выявить возникшие коллатеральные пути.



Широкое внедрение этого метода диагностики значительно ускорило развитие хирургического лечения СВПВ, облегчая выбор хирургического доступа и тип операции. Проводившееся в эти годы экспериментальное изучение СВПВ позволило расширить сведения о патофизиологических механизмах компенсации, разработать методики операций, которые в дальнейшем были перенесены в клинику.

Третий период (1950-1970гг.) характеризуется широкой экспериментальной разработкой вопросов протезирования и производством операций пластического замещения СВПВ, первыми попытками лучевого лечения СВПВ. Многочисленные разработки по замещению ВПВ синтетическими протезами не оправдали надежд. Трубки из перикарда и брюшины во всех случаях подвергались тромбозу (Collins, De Bakey, 1960); использование аутотрансплантатов аорты требовало слишком громоздких вмешательств (Moore, 1958); применение аутовенозных трансплантатов из-за несоответствия диаметра сшиваемых сосудов ограничивало их применение (Sampson, Scannel, 1951, 1954). Оценка качеств синтетических протезов в клинике и эксперименте оказалась весьма противоречивой. Большинство экспериментальных исследований показало, что протезы из дакрона, ивалона, нейлона, орлона непригодны (Ohara, Sakai, 1957; Lasenby, Howard, 1958 и др.). Однако встречаются единичные сообщения об успешном применении этих материалов в клинике; в настоящее время предложено около 25 типов операций для разгрузки бассейна ВПВ, четких показаний и противопоказаний к хирургическому лечению при данном синдроме нет. Выполнение операций при СВПВ характеризуется высокой летальностью и частыми осложнениями, что не позволяет широко применять хирургический метод для лечения СВПВ.

С 70-х годов и до настоящего времени приоритет в лечении СВПВ принадлежит лучевой терапии, что можно объяснить следующими факторами:

1. в большинстве случаев причиной СВПВ являются злокачественные новообразования. По данным Lockich и соавт. (1975) у 90% больных СВПВ выявили злокачественную опухоль. D.Schraufnagel и соавт. (1981) утверждает, что в госпиталях общего профиля доля «доброкачественных» причин СВПВ составляет от 10 до 25%, а в онкологических клиниках — значительно меньше (0-3%).
2. лучевое лечение является «универсальной» методикой — большинство опухолей чувствительны к воздействию ДГТ, при этом отмечается минимальный риск для больного и быстро наступающий эффект.

Заканчивая краткий очерк о развитии учения о СВПВ, следует отметить, что в настоящее время нельзя считать проблему лечения СВПВ окончательно разрешенной.

### **Этиология и патогенез**

Причиной развития СВПВ являются три основных процесса: сдавление вены извне, прорастание вены злокачественной опухолью и тромбоз ВПВ. Жмур В.А. (1960) разделил все процессы, ведущие к окклюзии ВПВ, на следующие группы: компрессии, стриктуры, обтурации и смешанные.

По данным Савельева В.С. и соавт. (1977) наиболее благоприятным в прогностическом отношении является развитие венозной непроходимости в результате компрессии, т.к. при этом у всех больных проходимость сосуда была восстановлена после удаления новообразования. Обтурация и стриктура вены ведет к грубым морфологическим изменениям сосудов, в связи с чем клинические проявления бывают, как правило, более выраженными.

Жмур В.А. (1960) предложил классифицировать этиологические факторы, ведущие к развитию СВПВ следующим образом:

#### **А. Опухолевые процессы**

1. злокачественные
  - бронхогенный рак правого легкого
  - опухоли зубной железы
  - опухоли щитовидной железы
  - лимфомы
  - опухоли перикарда
2. доброкачественные
  - тимомы
  - загродинный зоб
  - кисты средостения и пр.

#### **Б. Опухолеподобные процессы**

1. аневризмы аорты
2. поражение лимфатических узлов

#### **В. Воспалительные процессы**

1. первичные тромбозы ВПВ
2. фиброзный медиастинит
3. лимфадениты
4. перикардиты

Представление о частоте различных этиологических факторов при СВПВ дает табл. II.1.5.1, основанная на данных 111 наблюдений (Мажоров В.А.)

Таблица II.1.5.1

**Причины возникновения СВПВ**

Пол	Рак легкого	Опухоль тимуса	Медиастиальный зоб	Кисты средостения	ЛимфоSa средостения	Хр. фиброзный медиастинит	Аневризмы	Глому-сангиома	Тромбоз после пункции	Всего
М	52	4	1	4	3	1	2	1		71
Ж	6	19	6	2	3	4	1		2	40
Итого	58	23	7	6	6	5	3	1	2	111

По собственным данным, причиной СВПВ были: рак легкого (86%), лимфопролиферативные опухоли (12%), другие опухоли (2%). Анатомия ВПВ адекватно объясняет клиническую картину, вызванную обструкцией или компрессией этого сосуда. Она дренирует кровоток от головы, шеи, грудной стенки и верхних конечностей, причем нижняя половина сосуда окружена фиброзным слоем перикарда, ограничивающим его подвижность. ВПВ особенно уязвима к обструкциям, так как является тонкостенным сосудом с низким давлением, который заключен в тесное пространство, окруженное лимфатическими узлами, трахеей, бронхами и аортой. Проявления СВПВ обусловлены венозной гипертензией в области дренируемой ВПВ. Причем они находятся в прямой зависимости от степени локализации и быстроты обструкции, также как и о степени развития коллатералей. Компонентами СВПВ кроме повышения венозного давления являются: замедление скорости кровотока, развитие венозных коллатералей, симптомы, связанные с заболеванием, вызвавшим нарушения проходимости ВПВ.

**Клиника**

Все клинические признаки СВПВ разделены Бакулевым А.Н. (1967) на 2 группы:

1. Симптомы, являющиеся результатом венозного застоя в поверхностных и глубоких венах лица и шеи (классическая триада СВПВ)

- а. Отечность лица, верхней половины туловища и верхних конечностей (отмечается наиболее часто, в тяжелых случаях отек может распространяться на голосовые связки и приводить к асфиксии).
- б. Цианоз, обусловленный расширением венозных и сужением артериальных капилляров. Иногда на фоне цианоза слизистых отмечается землисто-бледная окраска кожи лица, вызванная сопутствующим лимфостазом
- в. Расширение подкожных вен шеи, верхней половины туловища. Степень этого расширения и его характер являются важным признаком в топической диагностике уровня окклюзии ВПВ и ее отношения к устью непарной вены.

Одним из ярких клинических симптомов при расстройстве венозного оттока являются носовые, пищеводные и трахеобронхиальные кровотечения, возникающие в результате разрыва истонченных стенок вен (Friedberg, 1948). В отличие от портальной гипертензии при окклюзии ВПВ варикозные вены локализируются в проксимальных отделах пищевода (Sheiner, 1969).

При физической нагрузке наступает быстрая утомляемость, особенно быстро устают руки; выполнение даже легкой физической работы становится невозможным из-за приливов крови к голове. Ощущение сердцебиения, боль в области сердца, чувство сдавления за грудиной обусловлены нарушением кровоснабжения миокарда и отеком клетчатки средостения.

2. Симптомы, являющиеся проявлением венозного застоя в головном мозге:

- а. Общемозговые симптомы — головная боль, которая носит иногда приступообразный характер; одышка с приступами удушья центрального генеза, возникающая в результате «тканевого стаза мозга» (Altshuler, 1945) с повышением внутричерепного давления. Длительные нарушения могут усугубляться отеком голосовых связок и гортани (Allansmith, 1958).
- б. Симптомы, связанные с нарушением корковой нейрорегуляции: сонливость, эмоциональная утомляемость, приступы головокружения с потерей сознания — являются признаками хронической гипоксии мозга, развивающейся в результате циркуляторных нарушений. Одним из тяжелых проявлений расстройства корковой нейрорегуляции являются спутанность сознания и слуховые галлюцинации.

в. Симптомы, связанные с нарушением функции черепно-мозговых нервов. Шум в ушах, снижение слуха и диплопия обусловлены расстройством слуховых и глазодвигательных нервов. Слезоточивость, снижение остроты зрения, повышение внутриглазного и внутричерепного давления.

На наш взгляд, для более полной характеристики состояния больного, достоверности клинической картины следует выделить третью группу симптомов, обусловленных основным заболеванием (похудание, кашель, осиплость голоса, кровохарканье и др).

В Челябинском областном онкологическом диспансере в течение 1976-2000гг. находилось 253 больных с СВПВ. Клинические проявления представлены в таблице II.1.5.2.

*Таблица II.1.5.2*

**Клинические проявления СВПВ**

Симптомы	Число больных	%
Отек лица, шеи	253	100
Расширение вен	197	78
Одышка	223	88
Цианоз лица, шеи	154	61
Отек верхних конечностей	63	25
Удушье	56	22
Головокружение	38	15
Кашель	132	52
Общая слабость	94	37
Кровохарканье	28	11
Похудание	18	7
Головная боль	23	9
Осиплость голоса	30	12
Тошнота	5	2
Судороги при кашле	2	0,8
Дисфагия	2	0,8
Потеря сознания	13	5

### Классификация

В настоящее время не существует единой, общепринятой классификации СВПВ по тяжести клинических проявлений. Используемые в различных клиниках классификации основаны, как правило, на трех показателях либо их сочетании (уровень венозного давления, степень сужения ВПВ, выявляемая ангиографически и данные осмотра больного). Между тем, Лебедев В.А. (1971) в МНИОИ им. П.А. Герцена убедительно доказал отсутствие строгого параллелизма между степенью окклюзии магистральных вен средостения, показателями венозного давления и другими клиническими симптомами СВПВ. Окклюзия ВПВ может проявляться только одним повышением показателей венозного давления при отсутствии других симптомов СВПВ. В то же время при полной окклюзии ВПВ венозное давление может не превышать 170 мм вод.ст. Автор объясняет это тем, что высота венозного давления, а также степень выраженности других клинических симптомов имеет прямую связь с фактором времени, т.е. сроком и степенью развития коллатералей, способностью последних к функционированию. Известное значение имеет и уровень окклюзии по отношению к устью непарной вены. Наиболее тяжелые нарушения кровообращения возникают при закупорке ВПВ выше или на уровне впадения в нее непарной вены. Следовательно, показатели венозного давления не могут служить достоверными критериями степени окклюзии магистральных вен средостения.

Наиболее широкое распространение получили классификации Петровского Б.В. (1962) и Бакулева А.Н. (1967).

Согласно классификации Петровского Б.В., по степени выраженности венозного давления в верхних конечностях все больные могут быть разделены на 3 группы:

1 (слабая) степень — венозное давление до 150-200 мм вод.ст.

2 (средняя) степень — от 250 до 300 мм вод.ст.

3 (тяжелая) степень — свыше 300 мм вод.ст.

Классификация СВПВ (Бакулев А.Н.)

1. Нарушение проходимости верхней полой вены 1 степени.

Больных периодически беспокоят головная боль и одышка, иногда по утрам появляется одутловатость лица, которая в течение дня полностью исчезает. Работоспособность полностью сохраняется. Окраска кожных покровов обычная, но при наклоне вперед появляется отек лица. Умеренное расширение поверхностных вен лишь в передневерхнем отделе грудной стенки. Венозное давление в пределах 200-250 мм вод.ст. Ангиографически выявляется суже-

ние просвета безымянных или верхней полой вен на  $1/2 - 2/3$  диаметра.

2. Нарушение проходимости верхней полой вены 2 степени.

Больных беспокоят головная боль, одутловатость лица (сохраняется в течение всего дня), при физической нагрузке отекают руки, при наклоне вперед — резкий прилив крови к голове. Работоспособность резко падает.

При осмотре лицо одутловато, шея отечна, нерезко выраженный цианоз слизистых и кожи лица. Вены шеи и передней грудной стенки расширены до уровня 3-5 ребра. Венозное давление в пределах 250-350 мм вод.ст. Ангиографическое исследование выявляет сужение ВПВ с сохранением проходимости.

3. Нарушение проходимости верхней полой вены 3 степени.

Жалобы на головную боль приступообразного характера, иногда — сонливость, головокружение. Появляется чувство сдавления в загрудинной области и сердцебиение, одышка с приступами удушья, быстрая физическая и умственная утомляемость. Периодически возникает кровохарканье, носовые и пищеводные кровотечения. Вены шеи расширены и напряжены, причем венозная сеть распространяется на боковые поверхности грудной стенки и спину, видны телеангиэктазии. Цианоз лица и верхней половины туловища резко выражен. Венозное давление колеблется от 300 до 400 мм вод.ст. Ангиографически выявляется полная окклюзия ВПВ.

4. Нарушение проходимости верхней полой вены 4 степени.

Цианоз и одышка выражены более резко. Расширенная венозная сеть распространяется на переднюю брюшную стенку. Приступы удушья повторяются по несколько раз в день, кровотечения из носа и кровохарканье тоже становятся регулярными. Больные отмечают шум в ушах, головокружения, периодически наступают обморочные состояния, сонливость, приступы судорог. У больных выявляется осиплость голоса вследствие отека голосовых связок, дисфагические расстройства, а также асфиктические состояния, требующие экстренной помощи. Венозное давление — 400 мм вод.ст. и выше.

### Диагностика

В диагностике СВПВ можно выделить два этапа:

1. Первичная диагностика в учреждениях неспециализированного профиля. Первоначальное обследование и анамнез позволяют поставить предположительный диагноз при первом обращении больного к врачу. Классическая клини-

ческая картина СВПВ (отечность лица, шеи в сочетании с расширенными подкожными венами грудной клетки, усиление симптомов в горизонтальном положении) и данные рентгенографии в прямой и боковой проекциях, часто показывающие дополнительную тень в грудной клетке, позволяют правильно поставить диагноз и направить больного в специализированное отделение.

2. Уточняющая диагностика в специализированных учреждениях, направленная на морфологическое подтверждение диагноза. Необходимость морфологической верификации обусловлена выбором оптимальной схемы лечения — проведение лучевой, химиотерапии, их комбинации, либо (при доброкачественной природе СВПВ) — хирургического лечения. Вследствие тяжелого состояния больные до начала лечения не всегда могут перенести необходимые диагностические исследования. В процессе лучевой терапии верифицировать диагноз морфологически также бывает трудно из-за быстрой регрессии опухоли и развития лучевого патоморфоза тканей.

Показания для дальнейших диагностических манипуляций определяются с учетом рентгенологических данных. Показанием для ФБС считается топографоанатомическая локализация процесса (центральный рак правого легкого, наличие увеличенных лимфоузлов в трахеобронхиальной, паратрахеальной группах). При наличии пораженных периферических лимфоузлов производилась биопсия с последующим гистологическим исследованием. При отсутствии верификации по данным ФБС и биопсии периферических лимфоузлов производилась диагностическая медиастинотомия.

Ангиография, как метод диагностики СВПВ, в настоящее время используется крайне редко. Это исследование позволяет выявить локализацию и степень обструкции ВПВ и производится в крупных сосудистых центрах, применяющих для лечения СВПВ различные виды пластических операций. В онкологических клиниках ангиография при диагностике СВПВ практического применения не нашла.

Эффективность проводимых диагностических манипуляций на втором этапе обследования можно оценивать долей морфологически верифицированных диагнозов. Больные с СВПВ, поступившие в Челябинский областной онкологический диспансер, были разделены на 3 группы по степени тяжести общего состояния (пользовались общеклинической классификацией). Таблицы II.1.5.3 и II.1.5.4 иллюстрируют эффективность диагностических



Таблица II.1.5.3

**Эффективность диагностических мероприятий в зависимости от степени тяжести состояния больного**

	Степень тяжести состояния		
	Удовлетворительное	Средней тяжести	Тяжелое
Число больных	124	114	14
Попытка верификации	97	57	4
Верификация получена	67	40	3

Таблица II.1.5.4

**Эффективность различных методов диагностики в зависимости от степени тяжести состояния больного**

		Степень тяжести состояния		
		Удовлетворительное	Средней тяжести	Тяжелое
Число больных		124 (49,2%)	114 (45,3%)	14 (5,5%)
ФБС	Выполнено	35 (13,8%)	8 (3,3%)	
	Получена верификация	15 (6,0%)	3 (1,1%)	
Пункция лимфоузла	Выполнено	32 (12,7%)	32 (12,7%)	3 (1,1%)
	Получена верификация	21 (8,3%)	22 (8,4%)	3 (1,1%)
Биопсия лимфоузла	Выполнено	21 (8,3%)	15 (6,1%)	
	Получена верификация	21 (8,3%)	14 (5,2%)	
Медиастинотомия	Выполнено	8 (3,3%)		
	Получена верификация	8 (3,3%)		

мероприятий в зависимости от степени тяжести состояния больного.

Как видно, возможность выполнения диагностических манипуляций и их эффективность находятся в обратной зависимости от степени тяжести состояния больного.

### Лечение

В настоящее время лечение СВПВ остается одной из наиболее сложных и противоречивых проблем в онкологии. Учитывая то, что СВПВ в абсолютном большинстве случаев обусловлен злокачественным процессом (90-97% — Трахтенберг А.Х., 1988), в лечении его используются все виды специальных методов — хирургический, лучевой, химиотерапия. Рассмотрим преимущества и недостатки каждого из них.

Приоритет в выборе метода лечения чаще всего отдают лучевой терапии. Еще с 1963 года основные дискуссии ведутся вокруг двух схем. Одни авторы считают целесообразным проводить лучевое лечение малыми дозами — 1-1,5 Гр в день (Slow low-dose) на протяжении всего курса лучевой терапии (ЛТ) (Simpson J.R., Presant C.A., 1985). Другие придерживаются противоположной точки зрения, полагая, что эффективнее начинать ЛТ с дозы 4 Гр с последующим уменьшением дозы до 1,5-2 Гр — (Rapid High-dose) (Davenport D., Ferree C., 1976). Сторонники первой схемы считают нецелесообразным применять высокие дозы из-за риска возникновения «лучевого отека», который может привести к усилению обструкции. Сторонники второй схемы приводят данные о возможности прогрессирования опухолевого процесса (в том числе СВПВ) при низких дозах облучения, и нетипичность «лучевого отека». Нам не удалось найти в литературе данные о рандомизированном исследовании, подтверждающие преимущество одной из этих схем.

Таким образом, положительными качествами лучевой терапии в лечении СВПВ считают универсальность применения; ДГТ эффективна при различных гистологических типах опухолей, минимальный риск для больного, быстро наступающий эффект. К отрицательным можно отнести широкий спектр противопоказаний к ДГТ (общее тяжелое состояние, распад опухоли, кровохарканье, лейкопения и т.д.). При возникновении осложнений в ходе лечения (нарастание СВПВ на фоне «лучевого отека», интоксикационный синдром и т.д.) ДГТ прерывается на длительное время либо вообще прекращается.

Химиотерапия (ХТ) нашла широкое применение в лечении СВПВ, вызванного мелкоклеточным раком легкого, злокаче-

венными лимфопролиферативными заболеваниями. По данным Моториной Л.И. (1989), СВПВ встречается у 6-11% больных мелкоклоточным раком легкого. В ходе ХТ удалось добиться полного исчезновения клинических симптомов сдавления ВПВ у 62% больных, частичного — у 38%. Учитывая то, что СВПВ возникает, как правило, в 3-4 стадии заболевания, можно предположить системность поражения, выход процесса за пределы грудной полости. В этом случае системная терапия является принципиально более оправданной, чем лучевая терапия. Maddox A. и соавт. (1983) наблюдали отдаленные метастазы у 70% больных. Dombervavsky P. и соавт. получили ответ на ХТ у 75% больных, а кроме того — значительное улучшение выживаемости по сравнению с ЛТ. Многие авторы отмечают, что ЛТ и ХТ зачастую удачно дополняют друг друга, успешно сочетая положительные стороны каждого из методов. Моторина Л.И. и соавт (1989) отмечают, что процент полного исчезновения клинических симптомов СВПВ после назначения ЛТ больным, прошедшим ХТ увеличился с 62 до 93.

Вопрос о применении хирургического метода в лечении СВПВ вызывает наибольшее количество споров. С 1912 г. предложено около 25 типов операций для разгрузки бассейна ВПВ, но четких показаний и противопоказаний к оперативному лечению при данном синдроме нет. Сторонники хирургического лечения считают абсолютными показаниями быстрое прогрессирование процесса, отсутствие компенсированного коллатерального кровообращения, а противопоказаниями — тяжелую сопутствующую патологию и старческий возраст, называя единственным эффективным методом снижения давления в системе ВПВ — шунтирующую операцию. Противники аргументируют свою точку зрения изначальной нерезектабельностью процесса, возможностью применения консервативных методов лечения (ЛТ и ХТ). Бесспорным является факт, что положительный эффект проявляется уже в первые часы после наложения шунта. Выбор типа операции при СВПВ представляет сложную задачу. По данным Мажорова В.А. (1989) лишь у 17,3% больных возможно выполнить обходное внутриторакальное шунтирование, у 30,6% больных — экстраторакальное шунтирование протезами большого диаметра. Следует отметить, что, по данным литературы (Клионер и соавт., 1970) при опухолях легких и средостения наложенный внутригрудной анастомоз быстро вовлекается в процесс и прекращает свою функцию. Отрицательным моментом при выполнении хирургического вмешательства является необходимость длительного горизонтального положения больного и проведения интубационного наркоза,

что ведет к усилению симптомов СВПВ и повышает риск интраоперационных осложнений.

В некоторых крупных зарубежных клиниках все большее применение находят операции рентгеноэндоваскулярного протезирования верхней полой вены. Эндоваскулярный протез обеспечивает расширение изнутри суженного участка сосуда, создает внутренний опорный каркас стенки, предотвращающий развитие рестеноза, удерживающий просвет верхней полой вены от сдавления извне и позволяющий длительно сохранить нормальный кровоток. Особую ценность эта методика имеет при отсутствии эффекта от проводимых ЛТ, ХТ, либо при рецидивировании СВПВ после проведенного лечения. Способ установки шунта достаточно прост в техническом исполнении, однако требует длительного дорогостоящего обследования больного перед операцией. Методика отличается достаточно высокой себестоимостью, что вряд ли позволит найти ей широкое применение в лечении СВПВ.

Приводим данные собственного анализа 253 случаев СВПВ (1976–2000 гг.), и выработанную на его основе тактику лечения. Плодотворная разработка этой проблемы оказалась возможной после создания на базе ЧООД по инициативе проф. Важенина А.В. центра онкоангиохирургии (руководитель — проф. Фокин А.А.)

Среди больных было 222 (87,7%) мужчин и 31 женщина (12,3%). В возрасте до 40 лет — 20 (7,9%), 40–49 лет — 36 (14,2%), 50–59 лет — 97 (38,4%), 60–69 лет — 85 (33,8%), 70 лет и старше — 15 (5,9%) человек. Наиболее частой причиной СВПВ был рак легкого, установленный у 219 (86,6%) больных, причем 3 стадия диагностирована у 134 (52,7%), 4 стадия — у 83 (33,1%) пациентов. Как видим — большинство больных не подлежат радикальному лечению вследствие распространенности опухолевого процесса. Все больные, поступающие в стационар с СВПВ, подвергались лучевой терапии в экстренном порядке по схеме «rapid high-dose». Параллельно проводились диагностические мероприятия, направленные на уточнение распространенности процесса и получение морфологической верификации процесса. Для объективной оценки эффективности диагностики и лечения в зависимости от степени тяжести больного при поступлении пациенты были разделены на 3 группы: состояние легкой, средней и тяжелой степени (использовалась общеклиническая классификация).

1 группа (удовлетворительное состояние) — 124 больных

2 группа (состояние средней тяжести) — 114 больных

3 группа (тяжелое состояние) — 14 больных.

Проведенный анализ позволил сделать следующие выводы:

1. Успешность диагностических мероприятий и эффективность лечения зависят от степени тяжести состояния больного (см. табл. II.1.5.3 и II.1.5.4).

2. Существует значительная группа пациентов — 62 человека (24,5%), лечение которых по традиционной схеме расценено как неудовлетворительное из-за отсутствия либо незначительного положительного эффекта на фоне проводимой ЛТ. Результаты данного анализа заставили нас искать более эффективную схему лечения больных с выраженным СВПВ, дополнить лучевое лечение хирургическим вмешательством. Больные первой группы (удовлетворительное состояние), как правило, хорошо переносят ДГТ. СВПВ успешно купируется. Больные, которым лучевое лечение было прекращено, в большинстве своем относятся ко второй и третьей группе. Таким образом, созданы объективные предпосылки к применению паллиативной хирургической операции, позволяющей снизить давление в системе СВПВ и продолжить лучевую терапию у больных с выраженным СВПВ. В своих попытках мы стремились найти оперативное пособие: не требующее длительного предоперационного обследования; минимально повреждающее создавшиеся коллатеральные связи; не представляющее высокую степень риска, связанную с длительной интубацией больного; и даже при неудаче (тромбоз шунта) не усугубляющее состояние больного.

Первоначально мы остановились на операции наложения наружного анастомоза, связывающего бассейн верхней и нижней полых вен, которая впервые была предложена Schramel et al (1961). В качестве трансплантата используют большую подкожную вену бедра, для выделения которой выполняют продольный разрез протяженностью от паховой связки до лодыжки. Затем обнажают участок внутренней яремной вены, формируют подкожный тоннель на переднебоковой поверхности грудной клетки и живота. Далее в тоннеле проводят большую подкожную вену бедра и накладывают анастомоз «конец в бок» с яремной веной. Из-за малого диаметра вен возникает необходимость в двустороннем шунтировании. В 1999 г. нами было выполнено 2 такие операции; СВПВ был купирован в течение 24–36 часов, лучевая терапия начата на шестые сутки после операции. Один из больных погиб на 7 день после операции от острого инфаркта миокарда. Эта операция имеет много отрицательных качеств:

1. Большая травма при выделении подкожных вен бедра и голени;

2. Подкожные вены не всегда пригодны для шунтирования из-за тромбозов, рассыпного типа строения; зачастую оказываются короткими для анастомозирования с яремной веной, что требует применения дополнительной сосудистой вставки. Кроме того, достаточно велика разница в диаметрах сшиваемых сосудов.

В 1999 г. произведены 2 операции с использованием в качестве трансплантата внутренней грудной артерии быка, что позволило значительно уменьшить травматичность операции, сократить время пребывания больного под эндотрахеальным наркозом, увеличить диаметр шунта. Средняя продолжительность операции — 80 мин. В раннем послеоперационном периоде погиб 1 больной (причина смерти — острое нарушение мозгового кровообращения). Улучшение состояния отмечено через 2-3 часа после операции, лучевая терапия проводилась начиная с 3 суток после операции. Несмотря на положительные стороны, указанная операция имеет серьезные недостатки: сложность проведения трансплантата под кожей боковой поверхности туловища, необходимость наложения межсосудистых анастомозов; травматичность операции требует проведения эндотрахеального наркоза.

Первоначально выполнялась паллиативная операция временного экстракорпорального шунтирования из бассейна ВПВ в систему нижней полой вены по методике, разработанной в центре онкоангиохирургии ЧООД. Показаниями к операции считались: состояние больного средней степени тяжести и тяжелое, наличие неврологической симптоматики, быстрое прогрессирование СВПВ. Суть операции состоит в наложении шунта в виде пластиковой трубки между катетерами, установленными в *v. basilica* и *v. saphena magna*. Операция выполняется под местной анестезией, не требует горизонтального положения больного, средняя продолжительность — 20 мин. Положительные качества предложенной операции: минимальный травматизм, техническая простота, не требует специального инструментария и оборудования, легкая замена шунта при его тромбозе, выполняется под местной анестезией. Положительный эффект проявлялся в течение 30-60 мин после операции.

Через 1,0-1,5 часа после операции начинали курс ДГТ: первые три сеанса с разовой очаговой дозой 4 Гр, с последующим снижением до 1,5-2,0 Гр, достигая 30-60 Гр. Больные в удовлетворительном состоянии получали ДГТ без предшествующей операции.

По данной схеме в 1999-2001 гг. получили лечение 33 пациента. Состояние расценено как удовлетворительное у 14 (39,4%), средней тяжести — у 17 (49,5%), тяжелое — у 4 (12,1%), показания

к оперативному лечению (экстракорпоральное шунтирование), выставлены 20 пациентам, двое из которых отказались от предложенной операции. Операция выполнена 18 больным. Положительный эффект отмечен у всех больных в течение 2-5 часов после операции. СВПВ полностью купирован у всех больных на 4-7 сутки от начала лечения.

#### **Выводы:**

1. Хирургический и лучевой компоненты в предложенной методике являются взаимодополняющими, способ сочетает положительные стороны каждого из них.
2. Предложенная методика позволяет быстро и эффективно купировать СВПВ, в том числе у больных в тяжелом состоянии, не препятствует экстренному началу лучевой терапии.
3. Методика является наименее травматичной и доступной из всех ранее предложенных; операцию проводят под местной анестезией.

В заключение следует отметить, что в настоящее время появилась настоятельная необходимость в рандомизированном исследовании роли и места каждого из методов в лечении СВПВ.

### **II.1.6. РОЛЬ МЕТОДОВ ПАЛЛИАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ**

Внушительные успехи медицины не снимают с повестки дня проблемы смерти. И, конечно, существование таких серьезных заболеваний, как онкологические, зачастую не просто тревожат общество, но и держат его в состоянии явного или скрытого страха. Никто не может дать гарантии полного излечения при онкозаболевании, и это не единственный фактор, травмирующий больного и окружающих его людей. Не нужно приводить статистических данных, чтобы сделать заключение — диагноз рака вызывает очень сильный стресс, поскольку является в какой-то мере синонимом приговора к смерти без указания срока.

Оказание паллиативной медико-социальной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований (БРФЗНО) представляет собой одну из важных проблем системы здравоохранения во многих странах мира, в том числе и в России.

Значимость паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным определяется тем, что продолжается рост заболеваемости злокачественными новообразованиями и увеличивается число больных с IV стадией рака. Высокими остаются также показатели смертности от данного заболевания. Кроме того, не менее 31% инкурабельных онкологических больных — это пожилые и одинокие люди.

По оценке экспертов Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), в этом виде помощи нуждается не менее 75% онкологических больных.

В течении последнего десятилетия в онкологической службе Российской Федерации наряду с разработкой приоритетных и совершенствованием эффективных и безопасных методов радикального лечения онкологических больных активно развивается и новое направление — паллиативная помощь, призванная улучшить качество жизни умирающих, безнадежных, онкологических больных, численность которых ежегодно составляет более 300 тысяч.

Паллиативная помощь в настоящее время является неотъемлемым компонентом комплексного лечения онкологических больных на всех этапах, а в отдельных случаях приобретает самостоятельное значение. В этой связи разработка вопросов организации паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований и совершенствование методов лечения этого контингента больных является актуальной научно — практической проблемой, требующей решения ряда медицинских, социальных и экономических задач (Петерсон Б.Е., 1981; Чиссов В.И. и соавт., 1995, 1999; Новиков Г.А. и соавт., 1996, 1999; Ганцев Ш.Х. и соавт., 1996).

Имеющиеся в литературе сообщения о первом опыте организации системы паллиативной помощи этому контингенту больных несомненно доказывают перспективность и актуальность этого направления в наши дни (Новиков Г.А. и соавт., 1995; Ганцев Ш.Х. и соавт., 1996; Барчук И.Д., 1996; Новиков Г.А. и соавт., 1999 и др.).

Паллиативная помощь на базе территориального центра паллиативной помощи (рис. II.1.6.1) больным распространенными формами злокачественных новообразований — это целостный





Рис. II.1.6.1. Схема организационной структуры I (областного) уровня паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований в Смоленской области.

комплекс мероприятий, направленных на активную помощь онкологическим больным в тот период заболевания, когда все методы специфического противоопухолевого лечения исчерпаны на фоне прогрессирования опухолевого процесса. При этом нужно помнить, что многие аспекты паллиативной помощи, в том числе психологическая поддержка больного и его близких с момента постановки диагноза, должна быть неотъемлемой частью лечебных мероприятий.

Согласно разработанному стандарту госпитализация больных с распространенными формами злокачественных новообразований проводится с целью:

- подбора схемы обезболивания при некупируемом хроническом болевом синдроме в домашних условиях;
- катетеризации перидурального пространства, при необходимости;
- проведения регионарных и проводниковых блокад;
- катетеризации центральных вен;
- проведения дезинтоксикации;
- лучевого воздействия на костные метастазы опухолей;
- выполнение хирургических вмешательств и инвазивных манипуляций.

В процессе реализации индивидуальных планов лечения каждому больному выполняется необходимый объем диагностических исследований (табл. II.1.6.1).

Наибольшее количество исследований больным с распространенными формами злокачественных новообразований проводится лабораторными методами. Общий анализ крови выполняется у 97,6% больных, что составляет 31% от общего количества исследований. Цитологические и гистологические исследования проводятся у 6,7% и 4,3% больных, соответственно, и составляют около 8% всех исследований.

Для определения степени распространенности опухолевого процесса, оценки качества проведенного лечения применяются рентгенологические (рентгенография — 48,9% больных, компьютерная томография — 8,3% пациентов, сцинтиграфия — 2,9%, УЗИ — 21,2%), эндоскопические (бронхоскопия — 12,9% больных, гастроскопия — 13,2% пациентов, ректоскопия — 7,9%, лапароскопия — 17,2%). Удельный вес лучевых и эндоскопических методов диагностики от общего количества исследований составляет 8,7% и 2,7%, соответственно, тогда как лабораторных — 84%.

Следует отметить, что данное количество составляет всего 4% от общего числа диагностических исследований, проводимых в Смоленском областном онкологическом клиническом диспансере.

Больные, отказавшиеся от паллиативной помощи наблюдаются врачами общей лечебной сети. Сравнительный анализ показал, что набор методов практически не отличается от исследований, проведенных в территориальном центре паллиативной помощи (табл. II.1.6.2 на стр. 476).

Цитологические и гистологические исследования проводились у 9,5% и 7,3% больных, соответственно, составив свыше 15% всех исследований. Лучевые методы диагностики, согласно мнению врачей общей практики, были необходимы больным в 75,9%

Таблица II.1.6.1

**Перечень диагностических исследований, проведенных больным в стационаре территориального центра паллиативной помощи**

Название метода	Число исследований		Число обследованных больных	
	абс.	%	абс.	%
Общее количество диагностических методов	13761	100	629	100
УЗИ	395	2,90	133	21,2
Маммография	2	0,01	2	0,3
Рентгенография	712	5,20	308	48,9
КТ	58	0,42	52	8,3
Сцинтиграфия	19	0,20	18	2,9
Бронхоскопия	106	0,8	81	12,9
Гастроскопия	98	0,7	83	13,2
Ректоскопия	57	0,4	50	7,9
Лапароскопия	108	0,80	108	0,8
Общий анализ крови	4282	31,00	614	97,6
RW, ВИЧ	994	7,20	558	88,7
Биохимический анализ крови	2614	19,00	140	22,3
Общий анализ мочи	2656	19,30	613	97,5
Цитология	521	3,80	42	6,7
Гистология	511	3,70	27	4,3
ЭКГ	628	4,60	450	71,5

Таблица II.1.6.2

**Перечень диагностических исследований, проведенных в  
ЛПУ общей лечебной сети больным, отказавшимся от ПП**

Название метода	Число исследований		Число обследованных больных	
	абс.	%	абс.	%
Общее количество диагностических методов	1341	100	137	100
УЗИ	219	16,3	96	70,0
Маммография	7	0,5	6	4,4
Рентгенография	134	10,0	81	59,0
КТ	15	1,1	15	10,9
Сцинтиграфия				
Бронхоскопия	10	0,8	8	5,8
Гастроскопия	35	2,6	35	25,5
Ректоскопия	14	1,0	14	10,2
Лапароскопия	18	1,3	17	12,0
Общий анализ крови	257	19,2	90	65,6
RW, ВИЧ	83	6,0	56	40,8
Биохимический анализ крови	133	10,0	40	29,0
Общий анализ мочи	257	19,2	90	65,6
Цитология	143	10,6	13	9,5
Гистология	69	5,1	10	7,3
ЭКГ	36	2,7	32	23,4

случаев для назначения лечения и уточнения результатов первичного обследования.

Объем проводимой паллиативной помощи в территориальном центре хорошо иллюстрирует анализ деятельности его стационара. В стационаре-хосписе ежегодно получают паллиативное лечение 400–450 больных IV клинической группы учета. С впервые выявленной РФЗНО в отделении наблюдается — 41,3%, переведенных из других клинических групп — 58,7%. Из них 56,4% поступали однократно, 43,6% больных — более одного раза.

Длительность пребывания на койке и основные показатели деятельности стационара представлены на рис. II.1.6.2 и II.1.6.3.

Ежегодно 73,8% больных выписываются из стационара с улучшением, 26,2% — к сожалению, без перемен.

Больничная летальность составляет 33,3%. Структура летальности по отдельным локализациям представлена на рис. II.1.6.4.

Для улучшения качества жизни больных распространенными формами злокачественных новообразований в стационаре территориального центра паллиативной помощи применяются медикаментозные (58,2%), хирургические методы (25,0%) и лучевое воздействие на костные метастазы опухолей (16,8%). Медикаментоз-

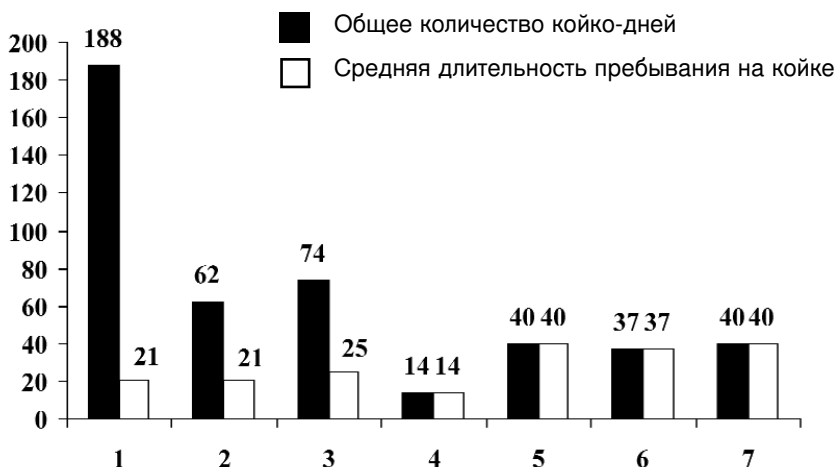


Рис. II.1.6.2. Длительность пребывания в стационаре ТЦПП БРФЗНО в зависимости от локализации первичной опухоли.

1 — легкое; 2 — молочная железа; 3 — мочевого пузыря; 4 — mts;  
5 — ЛГМ; 6 — пищевод; 7 — лимфосаркома.

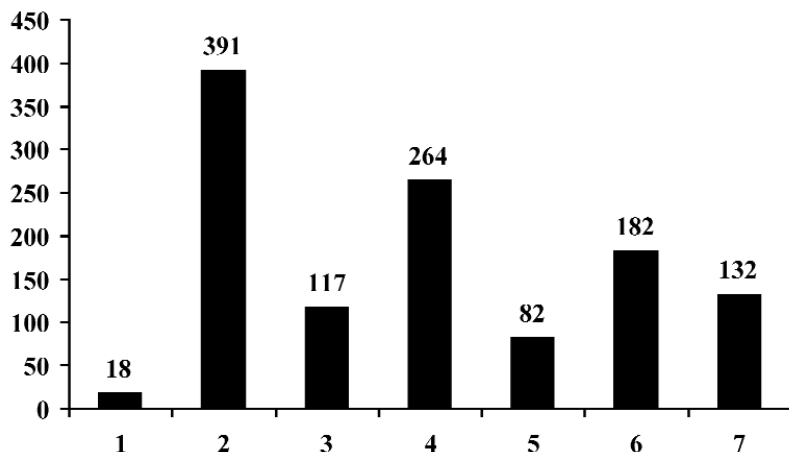


Рис. II.1.6.3. Структура контингентов онкологических больных, получивших паллиативную помощь в стационаре ТЦПП.

1 — состояло; 2 — поступило; 3 — из них сельских жителей;  
4 — выписано; 5 — в том числе по г. Смоленск; 6 — по сельской местности, 7 — умерло.

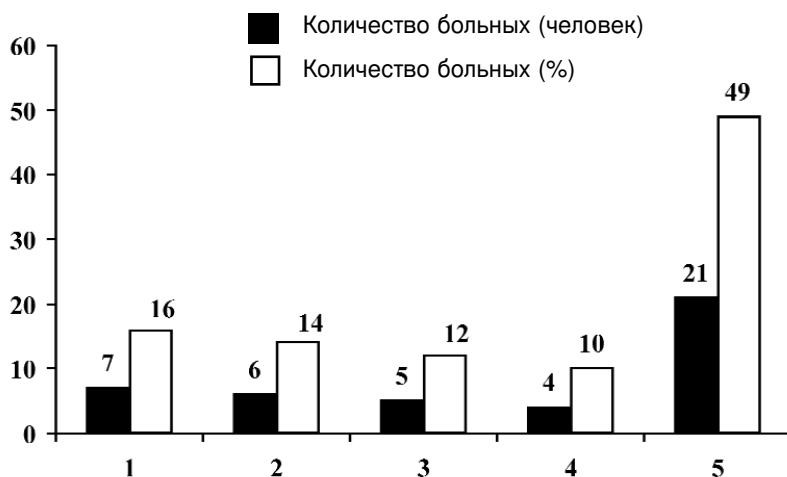


Рис. II.1.6.4. Структура летальности БРФЗНО в стационаре-хосписе.

1 — яичники; 2 — молочная железа; 3 — желудок; 4 — тело матки;  
5 — прочие.

ное и лучевое лечение выполняется по общепринятым методикам, а объем хирургических вмешательств представлен на рис. II.1.6.5.

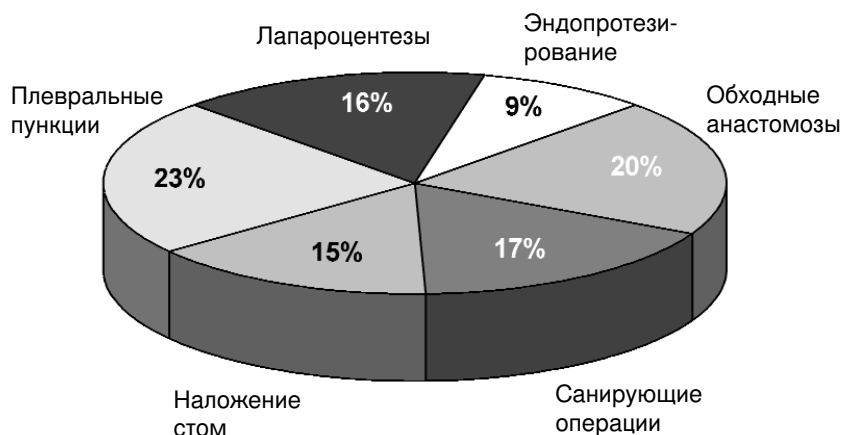


Рис. II.1.6.5. Структура хирургических и инвазивных методов, выполненных больным в территориальном центре паллиативной помощи.

С целью уменьшения степени интенсивности хронического болевого синдрома у 85% пациентов применяются медикаментозные методы (рис. II.1.6.6), у 5,5% — хирургические, а лучевые методы воздействия на костные метастазы опухолей — у 9,5% больных. Лучевую терапию (классическим фракционированием 5 Гр x 4 р.) по поводу костных метастазов в стационаре территориального центра паллиативной помощи получили 149 больных, у которых первичные опухоли локализовались в молочной железе (39%), предстательной железе — (34%), легких — (13%), почках — (5,6%), шейке матки — (2,5%). Прочие локализации составили 5,9%.

Результаты проведенного лечения позволили определить возможности эффективного применения в структурных подразделениях региональной системы паллиативной помощи средств и методов, улучшающих качество жизни больных с распространенными формами злокачественных новообразований. Наш опыт показывает, что медикаментозными методами в условиях территориального центра удастся добиться эффективной анальгезии у 74% больных (табл. II.1.6.3 на стр. 481), страдающих хроническим болевым синдромом, в том числе у лиц с нестерпимой болью — в 62% случаев, с сильной болью — в 73%, умеренной болью — в 86%.

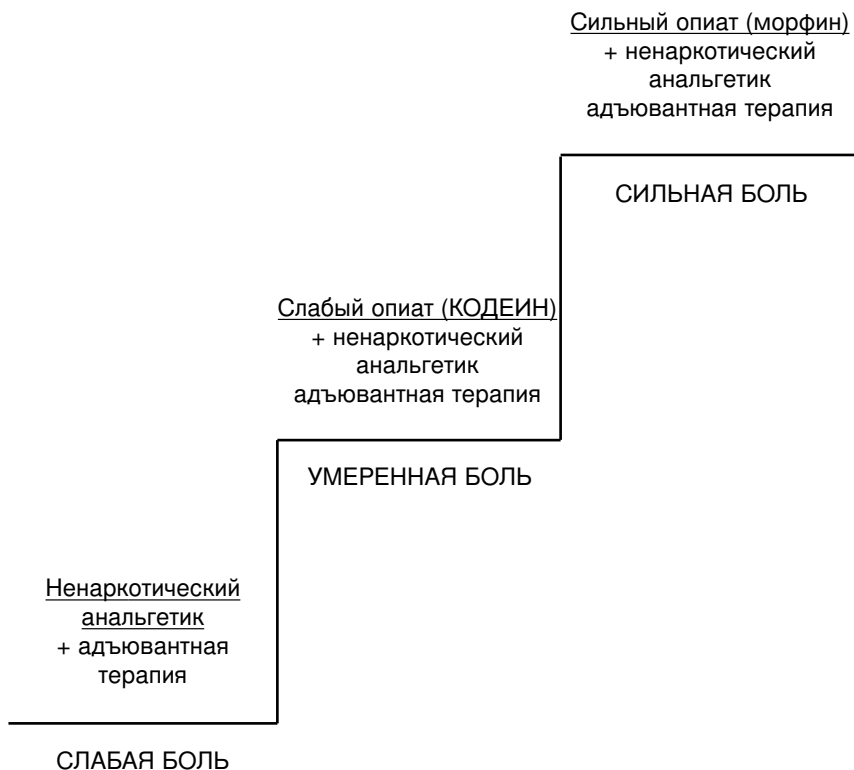


Рис. II.1.6.6. Трехступенчатая схема обезболивания ВОЗ при раке.

В результате лучевого воздействия на костные метастазы опухолей, у 50% больных с нестерпимой и сильной болью, удастся уменьшить степень интенсивности хронического болевого синдрома на 1 уровень шкалы вербальных оценок (рис. II.1.6.7).

Проводимые хирургические вмешательства, в условиях территориального центра паллиативной помощи, позволяют увеличить степень физической активности пациентов с 20-30% до 60-70% по шкале Karnovsky (рис. II.1.6.8).

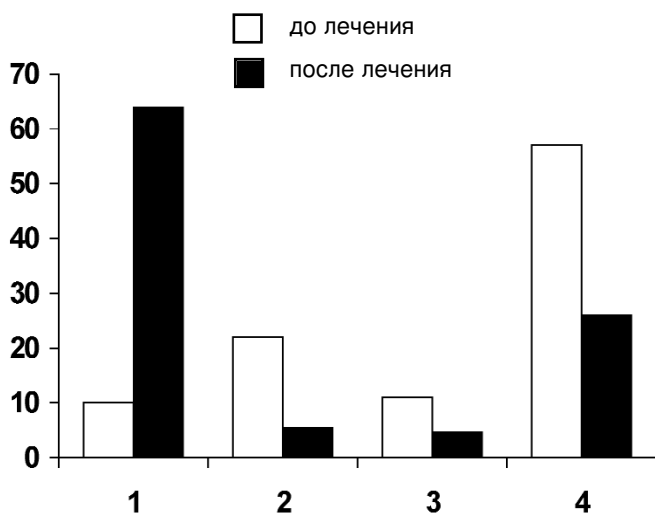
Важным критерием эффективности проводимых организационных, диагностических и лечебных мероприятий в территориальном центре паллиативной помощи, направленных на улучшение



Таблица II.1.6.3

**Динамика изменения интенсивности боли у БРФЗНО  
через неделю от начала медикаментозного лечения в ТЦПП**

Интенсивность боли (баллы)	До лечения		После лечения	
	абс.	%	абс.	%
Слабая (0-1)	32	6	367	73,0
Умеренная (1-2)	125	23,4	18	3,6
Сильная (2-3)	243	45,5	66	13,2
Нестерпимая (3-4)	134	25	51	10,2



*Рис. II.1.6.7. Изменение степени выраженности (в %) болевого синдрома у пациентов с костными метастазами в результате лучевого воздействия в условиях территориального центра паллиативной помощи.*  
Интенсивность боли:  
1 — слабая боль; 2 — умеренная боль; 3 — сильная боль;  
4 — нестерпимая боль.

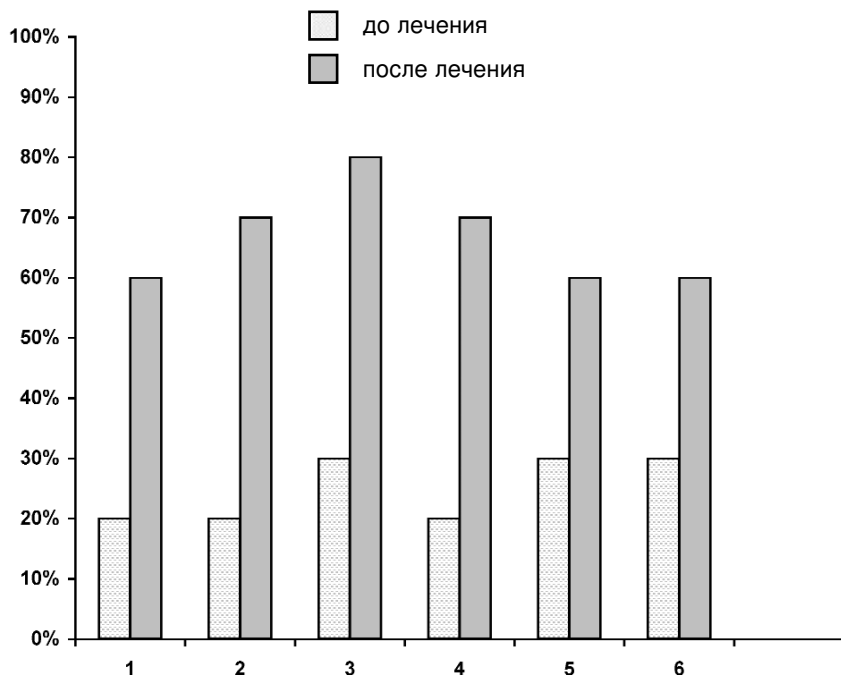


Рис. II.1.6.8. Динамика степени физической активности больных в результате проведенного паллиативного хирургического лечения.

1 — эндопротезирование; 2 — обходные анастомозы; 3 — санирующие операции; 4 — наложение стом; 5 — плевральные пункции; 6 — лапароцентезы.

ние качества жизни больных IV клинической группы, является их продолжительность жизни от начала паллиативного лечения (рис. II.1.6.9).

Наш опыт показывает, что из 629 больных, получивших паллиативную помощь в условиях стационара-хосписа, 41,6% жили больше года, 18,4% — более двух лет, тогда как 137 больных, отказавшихся от показанного им паллиативного лечения, и получавших только бессистемную лекарственную противоболевую терапию в условиях общей лечебной сети, все умерли в течении года.

Таким образом, организация территориального центра паллиативной помощи на базе существующего онкологического центра позволяет максимально использовать диагностический и

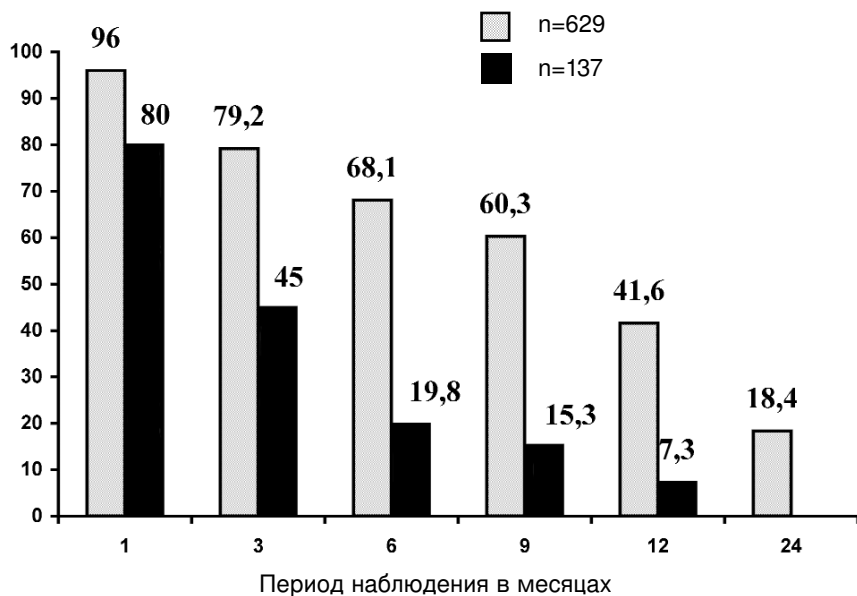


Рис. II.1.6.9. Сравнительный анализ продолжительности жизни больных основной и контрольной групп.

лечебный потенциал учреждения для оказания паллиативной помощи наиболее тяжелой категории пациентов, работать в непосредственном взаимодействии с онкологической службой области.

Детальный сравнительный анализ полученных данных показал эффективность деятельности и выездной службы территориального центра паллиативной помощи. Это подтверждается уменьшением количества выездов бригад скорой помощи к больным IV клинической группы с 10,3% от общего количества в 1998 г. до 7,8% в 2000 г.

В связи с внедрением в практику выездной службы современной схемы обезболивания стали значительно реже выезды бригад скорой помощи к больным, страдающим хроническим болевым синдромом с 85% в 1998г. до 67,2% в 2000г., в том числе, по поводу сильной и нестерпимой боли с 92,1% до 82,7%, умеренной и слабой — с 9,4% до 3,9% и с 7,9% до 4,0%, соответственно (табл. II.1.6.4).

Таблица II.1.6.4

**Анализ вызовов скорой помощи к БРФЗНО  
в г. Смоленске (1998-2000 гг.)**

№	Показатели	1998	2000
1	<b>ВЫЗОВЫ:</b>		
	Всего	12570	19028
	К онкологическим больным: абс.	1295	1503
	%	10,3	7,8
	На 100 тыс. населения: абс.	137	118
	%	9,4	8,6
2	Повторные вызовы (в среднем к одному больному)	7,9	7,1
2	Боль — как причина вызова (%):	85,0	67,2
3	Интенсивность боли (%):		
	сильная и нестерпимая	92,1	82,7
	умеренная	3,9	9,4
	слабая	4,0	7,9

Одним из критериев эффективности работы выездной службы территориального центра паллиативной помощи является уменьшение количества посещений больных IV клинической группы участковыми терапевтами поликлиник с 27,8% в 1998 г. до 17,0% в 2000 г. (по абсолютным цифрам в 1,8 раза).

Благодаря адекватно подобранному арсеналу методов и средств паллиативной помощи на догоспитальном этапе в 2000г. 25,4% больных из домашнего стационара (ежедневные посещения специалистами выездной бригады) удалось перевести в отделение динамического наблюдения (с кратностью посещений 1 раз в неделю), тогда как, в 1998 г. этот показатель был равен 13,2%. Увеличение объема помощи в домашних условиях приводит к сокращению числа пациентов, госпитализируемых в стационар более одного раза, с 7,8 % в 1998 г. до 4,3% в 2000 г.

Таким образом, плановая работа выездной службы территориального центра паллиативной помощи, рациональное использование специалистами бригад эффективных анальгетиков, удобных и безопасных для применения в домашних условиях, позволя-

ет снизить нагрузку на городскую лечебно-профилактическую сеть.

В России опыт организации паллиативной помощи инкурабельным онкологическим больным на селе невелик. В связи с этим, в настоящей лекции предлагается региональная система паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований с учетом ряда важных особенностей сельского здравоохранения Смоленской области: малая плотность населения; наличие труднодоступных населенных пунктов; плохое качество дорог, автобусного сообщения, связи; отдаленность ЛПУ; низкий уровень материально-технического и кадрового обеспечения; отсутствие необходимого количества лекарственных средств; некомпетентность медицинских работников в вопросах паллиативной помощи.

На уровень медицинской помощи, оказываемой жителям села, влияет диспропорция между городом и селом в распределении бюджетных средств и специалистов медиков.

Неудовлетворительная материально-техническая база сельского здравоохранения, значительное число неблагоустроенных зданий ЛПУ, низкий уровень коммунального обслуживания усугубляет сложившуюся ситуацию.

Перечисленные неблагоприятные демографические, географические, социальные и экономические факторы серьезно затрудняют организацию и доступность медицинской помощи онкологическим больным на селе. Особенно это относится к онкологическим больным IV клинической группы.

В условиях сельской местности инкурабельных онкологических больных наблюдают участковые терапевты, в редких случаях районные онкологи. Лечение хронической боли основывается лишь на двух группах лекарственных препаратов: ненаркотические анальгетики и сильнодействующие опиаты (табл. II.1.6.5). Практически не используются средства адъювантной терапии и альтернативные методы лечения.

Сельские участковые врачи, проводящие противоболевую и другую симптоматическую терапию, не имеют достаточной подготовки в этой области медицинских знаний. Препараты назначаются бессистемно, без учета современных принципов лечения хронической боли и без индивидуального подхода к тяжелому больному.

Большинство больных, нуждающихся в адекватной противоболевой терапии, не имеют возможности ее получить и вынуждены умирать в тяжелых страданиях.

Предлагаемая региональная система паллиативной помощи определяет порядок оказания помощи больным распространен-

Таблица II.1.6.5

**Удельный вес наркотических анальгетиков в фармакотерапии  
ХБС у БРФЗНО сельских районов**

Район	Количество больных с ХБС	Количество больных, получавших наркотические анальгетики		Количество больных, получавших ненаркотические анальгетики	
		абс	%	абс	%
Велижский	85	48	56,5	37	43,5
Вяземский	256	80	31,3	176	68,7
Гагаринский	286	132	46,2	154	53,8
Глинковский	28	8	28,6	20	71,4
Демидовский	142	88	61,9	54	38,1
Дорогобужский	153	82	53,6	71	46,4
Духовщинский	135	49	36,3	86	63,7
Ельнинский	100	52	52,0	48	48
Ершицкий	41	20	48,8	21	51,2
Краснинский	52	20	38,5	32	61,5
Кардымовский	73	56	76,7	17	23,3
Монастырщененский	113	52	46,0	61	54,0
Н-дугинский	47	26	55,3	21	44,7
Починковский	185	32	17,3	153	82,7
Рославльский	250	92	36,8	158	63,2
Руднянский	161	81	50,3	80	49,7
Сафоновский	260	120	46,2	140	53,8
Смоленский	220	92	41,8	128	58,2
Сычевский	62	15	24,2	47	75,8
Темкинский	31	11	35,5	20	64,5
Угранский	63	31	49,2	32	50,8
Хиславичский	63	32	50,8	31	49,2
Х-жирковский	71	36	50,7	35	49,3
Шумяцкий	78	41	52,6	37	47,4
Ярцевский	282	115	40,8	167	59,2
ВСЕГО	3237	1411	43,6	1826	56,4

ными формами злокачественных новообразований сельских районов.

Вторым (районным) уровнем системы являются центральные районные больницы, на базе которых оказывается догоспитальная и стационарная помощь преимущественно жителям районных центров и urgentная помощь больным IV клинической группы сельских Советов (Администраций).

Третьим уровнем региональной системы паллиативной помощи служат участковые больницы и больницы сестринского ухода, в стационарах которых обеспечивается уход и лекарственное лечение хронического болевого синдрома у социально незащищенных больных с распространенными формами злокачественных новообразований. При наличии удовлетворительных бытовых условий оказание помощи проводится на догоспитальном этапе силами медицинских работников фельдшерско-акушерских пунктов.

Учитывая отдаленность населенных пунктов сельских районов, для эффективности работы необходим тесный контакт территориального центра паллиативной помощи с медицинскими работниками участковых больниц, амбулаторий (поликлиник) и фельдшерско-акушерских пунктов.

В связи с тем, что потребность в паллиативной помощи различна в зависимости от тяжести состояния пациентов, на догоспитальном этапе сельского уровня системы организуют «отделения динамического наблюдения» с кратностью посещений один раз в неделю и «стационар на дому» с ежедневным посещением больных.

Испытывая сильную боль, многие больные вынуждены обращаться к скорой медицинской помощи. Однако после внедрения подразделений системы паллиативной помощи в практику работы районного здравоохранения кратность выездов бригад скорой помощи к больным распространенными формами злокачественных новообразований снизилась с 2,3 в 1998 г. до 1,2 в 2000 г. (табл. II.1.6.6, стр. 488).

Анализ показателей паллиативной помощи на районном и сельском уровнях региональной системы показывает, что комплексный подход к лечению инкурабельных онкологических больных позволяет у 73% улучшить качество жизни. Это подтверждается снижением удельного веса жалоб, писем, обращений из районов области с 73,4% в 1998 г. до 54,5% в 2000 г., уменьшением числа случаев смерти на дому с 88,8% в 1998 г. до 77,8% в 2000 г. (табл. II.1.6.7, стр. 489), в 1,8 раза возросла хирургическая активность специалистов по проведению региональных и проводниковых блокад, в 1,7 раза — лапароцентезов, в 2,6 раза плевральных

Таблица II.1.6.6

**Динамика кратности выездов бригад «скорой  
медицинской помощи» к БРФЗНО в сельских районах**

Район	1998			2000		
	Количество больных с IV клинической группой	Количество выездов бригад «скорой помощи»	Кратность	Количество больных с IV клинической группой	Количество выездов бригад «скорой помощи»	Кратность
Велижский	81	79	0,98	76	40	0,5
Вяземский	74	727	9,8	81	447	5,52
Гагаринский	126	754	5,9	113	450	3,98
Глинковский	8	11	1,4	5	—	—
Демидовский	103	49	0,5	93	26	0,28
Дорогобужский	89	278	3,12	110	157	1,4
Духовщинский	48	12	0,3	36	—	—
Ельнинский	62	96	1,55	54	56	1,04
Ершицкий	48	93	1,9	49	54	1,1
Краснинский	32	61	2,0	36	—	—
Кардымовский	78	76	0,97	71	40	0,56
Монастыр- щенский	54	27	0,5	47	14	0,3
Н-дугинский	21	100	0,48	25	5	0,2
Починковский	76	38	0,5	75	—	—
Рославльский	134	101	0,75	129	53	0,4
Руднянский	80	324	4,1	82	178	2,2
Сафоновский	113	418	3,7	110	220	2,0
Смоленский	71	186	2,6	75	98	1,3
Сычевский	54	27	0,5	48	14	0,3
Темкинский	12	35	2,9	10	18	1,8
Угранский	51	42	0,8	48	22	0,5
Хиславичский	36	97	2,7	39	51	1,3
Х-жирковский	64	169	2,6	58	89	1,5
Шумяцкий	48	202	4,2	54	138	2,56
Ярцевский	156	38	0,3	134	20	0,2
ВСЕГО	1719	3953	2,3	1658	1992	1,2



Таблица II.1.6.7

**Удельный вес БРФЗНО, умерших в сельских районах области**

Район	1997-1998					1999-2000				
	Количество умерших	Умерло в стационаре		Умерло дома		Количество умерших	Умерло в стационаре		Умерло дома	
		абс	%	абс	%		абс	%	абс	%
Велижский	98	8	8,9	90	91,1	100	20	20,0	80	80,0
Вяземский	256	12	4,7	244	95,3	113	21	18,6	102	90,3
Гагаринский	286	18	6,3	268	93,7	208	30	14,4	178	85,6
Глинковский	28	2	7,1	26	92,9	11	5	45,5	6	54,5
Демидовский	110	37	33,6	73	66,4	160	56	35,0	104	65,0
Дорогобужский	133	16	12,1	117	87,9	113	26	23,0	87	77,0
Духовщинский	135	18	13,4	117	86,6	59	23	39,0	36	61,0
Ельнинский	83	12	15,7	70	84,3	72	18	25,0	54	75,0
Ершицкий	39	1	2,6	38	97,4	26	—	—	26	100
Краснинский	52	6	11,5	46	88,5	38	11	28,9	27	71,1
Кардымовский	73	18	24,7	55	75,3	99	21	21,2	78	78,8
Монастыр- щенский	103	12	11,6	91	88,4	75	22	29,3	53	70,7
Н-дугинский	47	12	25,5	35	74,5	49	14	28,6	35	71,4
Починковский	183	5	2,7	178	97,3	128	10	7,8	118	92,2
Рославльский	245	8	3,3	237	96,7	161	15	9,3	146	90,7
Руднянский	162	8	4,9	154	95,1	134	16	11,9	118	88,1
Сафоновский	257	63	24,5	194	75,5	198	82	41,4	116	58,6
Смоленский	220	16	7,3	204	92,7	138	34	24,6	104	75,4
Сычевский	58	12	26,7	46	79,3	72	20	27,8	52	72,2
Темкинский	31	—	—	31	100	17	4	23,5	13	76,5
Угранский	53	—	—	63	100	51	—	—	51	100
Хиславичский	63	—	—	63	100	58	—	—	58	100
Х-жирковский	73	23	31,5	50	68,5	136	42	30,9	94	69,1
Шумячский	78	8	10,3	70	89,7	71	15	21,1	56	78,9
Ярцевский	282	35	12,4	247	87,6	219	49	22,4	170	77,6
ВСЕГО	3158	350	11,05	2808	88,8	2506	554	22,2	1952	77,8

пункций, в 2,5 раза — паллиативных оперативных вмешательств (табл. II.1.6.8). По нашему мнению, подготовку квалифицированных медицинских кадров для первого уровня организуемой системы имеет смысл проводить на базе Российского центра, а для второго и третьего уровней — в условиях территориального центра паллиативной помощи.

Таблица II.1.6.8

**Динамика паллиативных хирургических вмешательств  
и инвазивных манипуляций, выполненных специалистами  
ЦРБ БРФЗНО**

Район	1997-1998				1999-2000			
	Количество выполненных региональных блокад	Паллиативные операции	Лапароцентезы	Плевральные пункции	Количество выполненных региональных блокад	Паллиативные операции	Лапароцентезы	Плевральные пункции
Велижский	—	—	2	3	3	5	5	7
Вяземский	19	21	2	3	24	44	15	19
Гагаринский	18	18	—	—	23	38	10	16
Глинковский	—	—	10	5	—	2	9	12
Демидовский	6	—	10	18	9	3	16	18
Дорогобужский	—	3	4	3	6	6	11	9
Духовщинский	7	3	4	3	7	3	12	8
Ельнинский	—	2	5	4	2	4	10	9
Ершичский	—	—	18	6	1	4	28	10
Краснинский	—	5	9	7	3	8	16	15
Кардымовский	—	—	25	12	4	5	34	25
Монастыр- щенский	—	—	2	3	—	5	10	11
Н-дугинский	—	—	—	12	1	8	9	23
Починковский	—	4	—	—	2	10	7	24
Рославльский	2	7	17	14	5	18	23	24
Руднянский	—	4	27	9	1	9	38	12
Сафоновский	—	11	37	14	2	25	40	21
Смоленский	—	66	11	24	2	98	19	32

*Продолжение таблицы II.1.6.8*

Район	1997-1998				1999-2000			
	Количество выполненных региональных блокад	Паллиативные операции	Лапароцентезы	Плевральные пункции	Количество выполненных региональных блокад	Паллиативные операции	Лапароцентезы	Плевральные пункции
Сычевский	—	—	—	—	—	11	10	13
Темкинский	—	—	—	8	—	—	3	11
Угранский	—	—	—	—	—	3	6	9
Хиславичский	—	3	1	2	1	9	6	18
Х-жирковский	4	5	12	7	1	16	99	15
Шумяцкий	—	—	29	32	1	9	32	38
Ярцевский	—	12	10	1	3	32	5	19
ВСЕГО	56	164	225	190	101	375	383	494

Трехлетний опыт работы позволил нам разработать алгоритм методов паллиативной помощи больным с распространенными формами злокачественных новообразований для каждого уровня системы (табл. II.1.6.9 на стр.492). Использование его в структурных подразделениях региональной системы паллиативной помощи позволяет добиться адекватной аналгезии в 74% случаев, у 21% больных предупредить необоснованное применение наркотических анальгетиков, уменьшить кратность выездов бригад скорой помощи к больным с распространенными формами злокачественных новообразований с 2,3 до 1,2, увеличить степень физической активности (по шкале Karnovsky) с 20-30% до 60-70%, что возвращает им способность к самообслуживанию.

**Алгоритм методов паллиативной помощи онкологическим больным с распространенными формами злокачественных новообразований**

I Уровень Территориальный центр паллиативной помощи	II Уровень Центральные районные больницы	III Уровень Больницы сестринско- го ухода, участковые больницы, фельдшер- ско-акушерские пункты
<p>1. Лечение хронического болевого синдрома: фармакотерапия по традиционной схеме; инвазивные методы (региональные и проводниковые блокады); аппаратные методы.</p> <p>2. Инструментальные инвазивные манипуляции: плевральные пункции; лапароцентезы.</p> <p>3. Паллиативное лучевое воздействие на метастазы в кости.</p> <p>4. Паллиативные хирургические вмешательства: эндопротезирование; наложение обходных анастомозов; некрэктомия и удаление распадающихся опухолей наружных локализаций.</p> <p>5. Клинические, лабораторные, инструментальные диагностические методы (по показаниям).</p> <p>6. Квалифицированный уход.</p> <p>7. Психологическая поддержка больных и родственников.</p>	<p>1. Лечение хронического болевого синдрома: фармакотерапия по традиционной и альтернативной схемам; инвазивные методы (региональные и проводниковые блокады); аппаратные методы.</p> <p>2. Инструментальные инвазивные манипуляции: плевральные пункции; лапароцентезы.</p> <p>3. Паллиативные и хирургические вмешательства: эндопротезирование; наложение обходных анастомозов; некрэктомия и удаление распадающихся опухолей наружных локализаций.</p> <p>4. Клинические, лабораторные и инструментальные диагностические методы (по показаниям).</p> <p>5. Психологическая поддержка больных и родственников.</p> <p>6. Квалифицированный уход</p>	<p>1. Лечение хронического болевого синдрома (фармакотерапия по традиционной и альтернативной схемам).</p> <p>2. Лабораторные методы (по показаниям).</p> <p>3. Квалифицированный уход.</p> <p>4. Психологическая поддержка больных и родственников.</p>

## **II.2. ХИМИО-ЛУЧЕВЫЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ В ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ**

### **II.2.1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ МНОЖЕСТВЕННОГО МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ КОСТЕЙ**

Скелет является излюбленной зоной метастазирования при многих злокачественных новообразованиях. По данным аутопсий костные метастазы наиболее часто выявляются у пациентов, умерших от рака молочной железы, легких, предстательной железы, почек и щитовидной железы (табл. II.2.1.1).

В данной главе, которую мы предлагаем читателям, предпринята попытка обобщить имеющиеся в литературе данные и представить свой материал по проблеме костных метастазов преимущественно на примере рака молочной железы. Выбор сделан не случайно. Так как, с одной стороны рак молочной железы дает 70% всех костных метастазов (Galasko, 1986), а с другой — многие методы, которые в настоящий момент успешно используются в лечении костных метастазов опухолей других локализаций впервые были применены при раке молочной железы.

#### **Патогенез костного метастазирования**

Скелет является «излюбленным» местом, куда метастазирует рак молочной железы. Причины предпочтительного метастазирования в кости в сравнении, к примеру, с почками, которые получают 25% сердечного выброса, остаются до конца не изученными.

В 1889 году Stephen Paget, излагая модель формирования костных метастазов, отметил: «Для меня вполне очевидно, что при раке молочной железы кости поражаются специальным путем, ко-

Таблица II.2.1.1

**Частота костных метастазов по данным аутопсий (Galasko, 1981)**

Локализация первичной опухоли	Число исследований	Частота (%) костных метастазов	
		в среднем	в пределах
Молочная железа	5	73	47-85
Предстательная железа	6	68	33-85
Щитовидная железа	4	42	28-60
Почки	3	35	33-40
Легкие	4	36	30-55
Пищевод	3	6	5-7
Прямая кишка	3	11	8-13
Желудочно-кишечный тракт	4	5	3-11

торый не может быть объяснен только одной теорией опухолевой эмболизации» (Paget, 1889). Он предположил, что свойства тканей, в которых развиваются метастазы, были определяющими в этом процессе. Полвека спустя анатомические исследования внесли значительный вклад в понимание процесса метастазирования в скелет. Высокая частота костных метастазов без поражения легких подняла вопрос о путях распространения опухолевых клеток из первичной опухоли в кости скелета. Отсутствие легочных метастазов наводит на мысль, что опухолевые клетки, проходя через легочную ткань, не задерживаются там, а попадают в циркуляторное русло.

В работах Watson (1940) имеет место попытка объяснить механизм метастазирования в кости с учетом позвоночного венозного сплетения. Он наглядно демонстрирует в эксперименте на животных и на клиническом материале, что венозная кровь оттекает от молочной железы не только через систему полых вен, но и напрямую, через позвоночное венозное сплетение. Эти исследования объяснили тот факт, что рак молочной железы наиболее часто метастазирует в осевой скелет. Дальнейшие исследования были посвящены изучению распространенной сети сосудов, лишенных

клапанов (эпидуральные вены, паравертебральные вены, вены торако-абдоминальной стенки, а также вены головы и шеи), по которым кровь движется под низким давлением (Batson, 1942). В этой системе кровь постоянно подвергается задержке и, возможно даже, смене направления тока. Вертебральная венозная система связана с системой печеночной, легочной и полых вен и, тем самым, делает возможным распространение болезни между отдаленными органами.

Известно, что синусоидальная структура внутри костного мозга больше «подходит» для образования метастатических очагов, чем простая артерио-венозная капиллярная сеть. Однако селезенка, также имеющая синусоидальную структуру, только в редких случаях поражается метастазами. Таким образом, большое значение для развития метастазов играет среда, которая окружает опухолевые клетки.

Как известно, костные метастазы могут быть остеолитическими, остеобластическими и смешанными. Остеолитические метастазы встречаются у 76,4-82,7% больных раком молочной железы, остеобластические — у 5-14,4%, а смешанные — у 2,0-20% (Дымарский Л.Ю., 1980; Левшин В.Ф., 1970; Campostrini and Marco, 1984).

Остеосклеротические метастазы обычно возникают вследствие разобщенного костеобразования, а именно, отложения новой костной ткани не в участках предшествующей костной резорбции, а на полежащих костных поверхностях, или являются результатом стромальных уплотнений в пределах костномозговой полости. Как и в случае остеолитической болезни, костеобразование осуществляется остеобластами, а не напрямую опухолевыми клетками (Kanis et al., 1994). Как показывают результаты биопсии костных метастазов, только остеосклеротических или только остеолитических метастазов не бывает, т.к. процессы резорбции и формирования костной ткани встречаются внутри одних и тех же патологических очагов (Galasko, 1989; Kanis and McCloskey, 1997). Другой известный американский ученый Gregory Mundy (1999) считает, что было бы упрощенно делить костные метастазы на литические и бластические, т.к. последние включают литический компонент, который может присутствовать на первых стадиях метастатического процесса, в то время как бластные изменения присоединяются на заключительных стадиях. Таким образом, более справедливо сконцентрировать внимание на остеолитических поражениях и сопутствующей им гиперкальциемии.

Вызывают ли опухолевые клетки костную резорбцию? В случае остеолитических метастазов опухолевые клетки часто обнару-

живаются в местах резорбции на костной поверхности. Данный факт наводит на мысль, что опухолевые клетки напрямую ответственны за костную резорбцию в этих местах. Эти предположения подтверждаются данными эксперимента, когда опухолевые клетки рака молочной железы способны непосредственно разрушать костную ткань *in vitro* (Eilon and Mundy, 1978). Тем не менее, в настоящий момент общепринято, что опухоль-индуцированный остеолитизис происходит за счет остеокластов и что влияние опухолевых клеток является опосредованным (Mundy, 1988, 1997).

Большое число работ продемонстрировало, что опухолевые клетки выделяют большое количество факторов, стимулирующих пролиферацию и активность (опосредованно) остеокластов (Mundy, 1988). Эти факторы представлены простагландинами, цитокинами и такими факторами роста, как эпидермальный фактор роста (EGF), трансформирующие факторы роста  $\alpha$  и  $\beta$  (TGF $\alpha$ , TGF $\beta$ ) и тромбоцитарный фактор роста (PDGF). Их местное высвобождение в костном мозге из опухолевых клеток приводит к увеличению числа остеокластов, ответственных за остеолитизис. Интересно, что многие из этих факторов реализуют свой резорбирующий эффект частично через простагландины (Tashjian et al., 1982, 1985-1987; Boyce et al., 1989).

В течение длительного времени проводились параллели между синдромом опухоль-индуцированной гиперкальциемии и первичным гиперпаратиреозом. Чрезмерная выработка эктопического паратиреоидного гормона (PTH) опухолевой тканью была одним из первых предположительных механизмов гуморальной гиперкальциемии при злокачественных опухолях (Lafferty, 1966). В большинстве работ, тем не менее, не была обнаружена истинная выработка эктопического PTH в опухолях, ассоциированных с гиперкальциемией (Skrabanek et al., 1980). С исключением PTH из рассмотрения в качестве медиатора опухоль-индуцированной гиперкальциемии, все внимание было обращено к возможной роли факторов, которые имитировали эффекты паратиреоидного гормона на уровне органа-мишени. Исследования образцов плазмы онкологических больных, имеющих гиперкальциемию, с использованием чувствительных цитохимических методов, также продемонстрировали PTH-подобную активность (Goltzman et al., 1981), подтверждая при этом, что предполагаемые PTH-подобные фактор(ы) не только выделялись *in vitro*, но и присутствовали в системной циркуляции *in vivo*.

В дальнейшем широкие исследования позволили один из таких факторов выделить и клонировать (Moseley et al., 1987; Suva et al., 1987). Последующие данные обнаружили значительное сходст-



во между этим фактором и РТН с учетом аминотерминальной последовательности: 8 из первых 13 аминокислот были идентичными (Ran Kin et al., 1997). Вот почему, а также на основании функционального сходства с РТН, фактор был назван паратгормонподобный белок (РТНгР).

Исследования показали, что РТНгР вероятно является наиболее важным медиатором гиперкальциемии у больных с солидными опухолями. Уровни РТНгР возрастают у большинства онкологических больных с гиперкальциемией (Henderson et al., 1989; Burtis et al., 1989). В работе Tabuenca et al. (1995) было показано, что 40-60% опухолей рака молочной железы продуцируют РТНгР. Причем содержание этого белка повышено у 50-90% больных раком молочной железы с метастазами в кости (Isales et al., 1987; Percival et al., 1985; Francini et al., 1993; Bouizar et al., 1993) и только у 17 % — при метастазах в другие органы (Guise, 1997).

Подводя итог вышеизложенному, концепцию метастазирования рака молочной железы в кости можно образно представить с позиции семени и почвы (Gregory Mundy, 1999). Для метастатического процесса имеет значение не только наличие семени (метастатической клетки), но также присутствие плодородной почвы (костной ткани). Именно там фенотип опухолевых клеток меняется в сторону увеличения чувствительности к РТНгР, экспрессии паратгормон-рецепторов и мутации эстрогенрецепторов. Кроме того, кость является благоприятным местом из-за «богатых залежей» многих факторов роста, таких как интерлейкин-6 (IL-6), трансформирующий фактор роста бета (TGF-beta) и инсулиноподобные факторы роста (IGFs). Именно они играют определяющую роль, когда метастатические клетки начинают вырабатывать факторы резорбции костной ткани и, прежде всего, РТНгР. А с распадом кости вновь выделяются многие факторы роста и цитокины. Таким образом, порочный круг (рис. II.2.1.1) замыкается.

### **Клиника костных метастазов**

Наибольшее количество метастазов в кости выявляется в первые 3 года после лечения первичной опухоли — 50-90% (Волкова М.А. и соавт., 1979; Gottward and Szakolezai, 1981; Tormey et al., 1984; Shigematsu et al., 1995; Colbl et al., 1997; Coleman, 1998). В 3-19% случаев они диагностируются до обнаружения первичной опухоли или одновременно с ней (Ширин Д.Ф., 1974; Волкова М.А. и соавт., 1979; Conroy et al., 1988; Leone et al., 1988; Yamashita et al., 1995). Поздние метастазы, возникающие через 5-

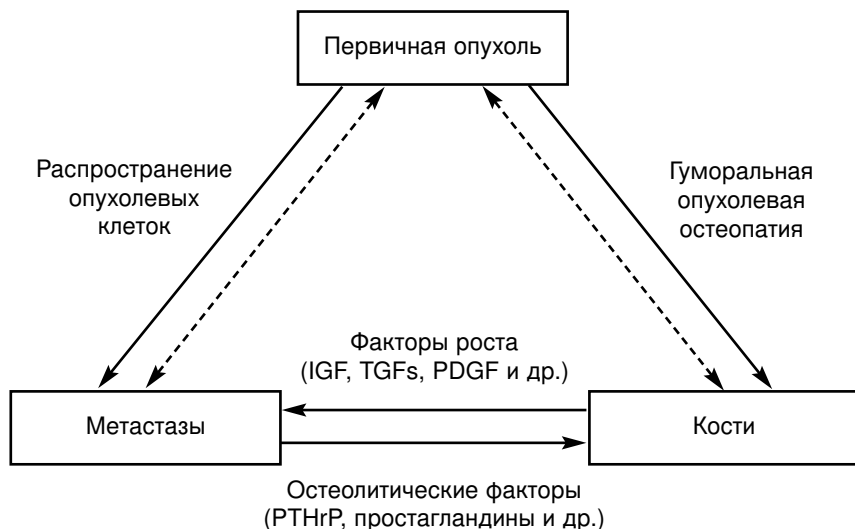


Рис. II.2.1.1. Взаимодействие между первичной опухолью, костью и метастазами (Diel and Solomayer, 1996).

20 лет после лечения первичной опухоли, встречаются редко (Ахмедов Б.П., 1984).

Кто же из больных раком молочной железы относится к группе риска в отношении возникновения костных метастазов? Из 171 больной раком молочной железы с костными метастазами (Модников О.П. и соавт., 2001) наибольшее число женщин (57,8%) было в возрасте от 40 до 59 лет и в постменопаузе (60%). От общего числа больных 66,6% при первичном обращении имели распространенный процесс, который был оценен как III или IV стадия. Реже метастатические поражения костей возникали у пациенток, которые имели IIb стадию (18,2%), IIa стадию (14,6%) и, уже совсем редко, I стадию заболевания (0,6%). Причем по мере увеличения стадии рака молочной железы сокращался временной интервал между диагностикой первичного процесса и выявлением костных метастазов. Большинство метастазов (73,4%) проявляли себя уже в течение первых трех лет, зато после прохождения этого рубежа вероятность их возникновения снижалась до 26,6%. Анализ метастатических поражений скелета на момент их диагностирования показал, что чаще всего встречаются множественные метастазы

(40,9%). Реже всех диагностировались солитарные метастазы (21,6%). И, наконец, промежуточное положение (37,5%) заняли сочетанные метастазы, когда наряду с костными метастазами имелось поражение других органов.

Среди всех морфологических вариантов рака молочной железы именно инфильтрирующий дольковый рак наиболее часто метастазирует в кости ( $p < 0,01$ ), причем более чем у половины больных, имеющих этот морфологический вариант опухоли, скелет является первой зоной метастатического поражения (Jan et al., 1993; Coleman et al., 1998; Модников О.П. и соавт., 2001).

Наиболее частой локализацией метастазов рака молочной железы является позвоночник (прежде всего, поясничный и нижне-грудной отделы) и кости таза (Волкова М.А. и соавт., 1979; Монзуль Г.Д. и Рябухин Ю.С., 1990; Галеев М.Г., 1997; Родионов В.В., 1998; Tubiana-Hulin, 1991).

Клинически костные метастазы проявляются следующими симптомами: боль, патологические переломы, сдавление спинного мозга, гиперкальциемия и подавление функции костного мозга. По данным Diel and Solomayer (1996), в Германии ежегодно 25000 женщин с данными симптомами требуют лечения (табл. II.2.1.2).

*Боль* является наиболее частым симптомом метастатического поражения костей и встречается у 70-80% всех больных (Radbruch et al., 1992; Uppelschoten et al., 1995). В одном из исследований говорится о том, что 77% больных раком молочной железы за 15

*Таблица II.2.1.2*

**Частота осложнений костных метастазов у больных раком молочной железы в Германии (данные UFK, Гейдельберг; n = 460)**

Клинические проявления	Частота осложнений	Литературные данные
Костная боль	80%	50-90%
Патологические переломы	25%	10-40%
Компрессия спинного мозга	8%	<10%
Канцеромиеломатоз	7%	<10%
Гиперкальциемия	9%	10-20%

дней до смерти страдают болью, не снимающейся обезболивающими препаратами (Pannuti et al., 1980).

В основе формирования болевого синдрома лежат различные механизмы. Медиаторы боли, в частности, простагландины вырабатываются при остеокластической деструкции костей и активируют болевые рецепторы. Компрессия и инфильтрация нервных стволов, рефлекторный мышечный спазм также могут быть причинами, вызывающими боль.

Интенсивность боли зависит и от психологического состояния пациента. По данным Derogatis L.R. et al. (1983), 39% онкологических больных с психоэмоциональными нарушениями страдали от сильной боли. В исследовании Hinton (1972) почти у половины онкологических больных, находящихся в состоянии депрессии, имелся физический дискомфорт и, прежде всего, болевой синдром. Чувство безнадежности и страха приближающейся смерти добавляют страдания больным и усиливают боль. Определение физических и нефизических компонентов «общей» боли является существенным моментом в выборе адекватной терапии.

*Патологические переломы* встречаются у 9% пациентов с костными метастазами, в 53% случаев это — больные раком молочной железы. При этом, приблизительно у 20-25% больных наблюдаются переломы длинных трубчатых костей (Galasko, 1988; Bierman et al., 1991; Coleman et al., 1998). Если поражено лишь 25% кортикального слоя, переломы в трубчатых костях редки; при разрушении от 25 до 50% они наблюдаются у 3,7% больных; если изменения кортикального слоя достигают 25-50%, то вероятность перелома достигает 61%; и, наконец, когда кортикальный слой поражается более чем на половину, переломы отмечаются у 75% пациентов (Fielder, 1981).

Наиболее часто наблюдаются переломы позвонков, которые сопровождаются усилением болей, кифозом, снижением роста и иногда параплегией (Galasko, 1988). Переломы позвонков могут быть представлены передней клиновидной деформацией, центральными компрессионными переломами и/или полным сдавлением позвонка с коллапсом заднего участка тела позвонка.

*Сдавление спинного мозга* метастазами, по данным различных авторов, встречается у 12-21,8% больных раком молочной железы (Bruckman and Bloomer, 1978; Constans et al., 1983). Синдром сдавления спинного мозга при раке молочной железы в среднем отмечается через 4 года после диагностики первичного очага (Gilbert et al., 1978) и развивается либо за счет прямой опухолевой инвазии после разрушения позвонков, либо через невральные отверстия (Barcena et al., 1984).

Боль в этой ситуации является наиболее частым и ранним симптомом, и встречается у 96% больных (Gilbert et al., 1978). Боль может быть представлена двумя вариантами: локальная в позвоночнике и корешковая. Наличие последнего варианта зависит от уровня опухолевого поражения спинного мозга. Наиболее часто корешковая боль встречается в шейном и пояснично-крестцовом отделах позвоночника (90%) и реже — в грудном (55%). Двигательные нарушения, потеря чувствительности, дисфункция тазовых органов встречаются более чем у половины больных с компрессией спинного мозга или «конского хвоста» (Stark et al., 1982; Schaberg and Gainor, 1985). При поражении спинного мозга выше уровня Th<sub>12</sub>-L<sub>1</sub>, как правило, развивается классическая картина, которая включает мышечную слабость в нижних конечностях, потерю чувствительности, нарушения функции тазовых органов и сексуальные нарушения. Сдавление спинного мозга каудальнее от указанного уровня сопровождается нижней параплегией или парапарезом с сохранением функции верхних конечностей. Если компрессия происходит выше C<sub>5</sub>, то развивается тетраплегия или тетрапарез. Компрессия в области cauda equina (между L<sub>1</sub> и S<sub>1-2</sub>), как правило, проявляется ассиметричными, сегментарными нарушениями двигательного и чувствительного характера в нижних конечностях (Моисеенко В.М. и соавт., 1997).

Компрессия спинного мозга у больных с метастатическим поражением позвоночника является экстренной ситуацией, требует быстрой постановки диагноза и незамедлительного лечения.

Проблема *метастатического поражения костного мозга* у больных раком молочной железы многопланова. Во-первых, вовлечение костного мозга в опухолевый процесс можно считать первым этапом костного метастазирования, поэтому обнаружение в нем микрометастазов позволит отнести этих пациентов в группу повышенного риска костных (и не только костных) метастазов и правильно спланировать комплекс превентивных мероприятий. Во-вторых, костный мозг является органом гемопоэза, поэтому распространенная инфильтрация костного мозга опухолевыми клетками может привести к панцитопении со всеми вытекающими последствиями и осложнить проведение лечебных мероприятий, о чем подробнее пойдет речь в соответствующей главе.

Выявление микрометастазов рака молочной железы в костном мозге так же, как и в крови, с помощью сверхчувствительных молекулярных технологий может стать следующим этапом скрининга и мониторинга для больных этим грозным заболеванием. Теоретически эти технологии могут помочь в получении важной информации о биологии рака молочной железы, его прогнозе, и

тем самым составить план адекватных адъювантных мероприятий (Shpall et al., 1996; Pantell et al., 1999; Perez, 1999). К сожалению, исследования в этой области находятся во всем мире только в самом начале этого долгого и трудного (прежде всего из-за финансовых соображений) пути.

*Гиперкальциемия* наблюдается у 30-40% больных раком молочной железы (Huggia, 1990). Механизмы развития гиперкальциемии у больных с метастазами в кости подробно изложены в первой главе.

Клиническая картина гиперкальциемии включает слабость, атаксию, анорексию, тошноту, рвоту, запоры, гипотонию, полиурию, изменения электрокардиограммы (Holick et al., 1991; Plosker and Goa, 1994). Гиперкальциемия приводит к нарушению способности концентрировать мочу (Kanis et al., 1980, 1987). Как следствие этого, уменьшение внеклеточной жидкости может привести к нарушению клубочковой фильтрации и нарушению функции канальцев. Гиперкальциемия может дополнительно вызывать структурные изменения и, прежде всего, в мозговом слое почек. Если не производится коррекция гиперкальциемии, последовательно развиваются дегидратация, почечная недостаточность, кома и смерть. В случае адекватного лечения этого осложнения и последующей профилактики рецидивов, больные могут жить в течение многих месяцев и даже лет (Blomqvist, 1986; Kanis et al., 1987; Paterson, 1987).

Средняя продолжительность жизни больных раком молочной железы с костными метастазами, по данным разных авторов, в среднем составляет 12-28 месяцев, при этом до 20% больных живут более 5 лет после диагностирования метастазов (Coleman and Rubens, 1987; Chiedozi, 1988; Perez et al., 1990; Colbl et al., 1997). Эти показатели являются более высокими в сравнении с таковыми у больных с висцеральными метастазами, средняя продолжительность жизни которых, по данным этих же авторов, не превышает 6-13 месяцев.

### **Диагностика костных метастазов**

Долгое время основным методом в диагностике костных метастазов оставался рентгенологический. Необходимо сказать, что и сегодня этот метод можно назвать базовым в распознавании метастатического поражения костей скелета. Анатомо-рентгенологически выделяют два типа метастатического поражения костей: метастазы остеолитического типа, характеризующиеся наличием деструкции, и метастазы остеобластического типа, отличающиеся

склеротическими явлениями. Остеобластические метастазы характерны для рака предстательной железы, некоторых форм рака молочной железы. При других формах злокачественных новообразований они встречаются редко. Остеолитические метастазы типичны для рака щитовидной железы, молочной железы, матки, почек, желудка, бронхов; редко встречаются при раке предстательной железы. Вполне понятно, что сочетание двух этих основных типов могут встречаться достаточно часто, что и имеет место в реальной клинической ситуации. Таким образом, строгое деление костных метастазов на остеолитический и остеобластический типы в некоторой степени условно.

Анализ литературных данных и наши собственные наблюдения убедительно показывают, что рентгенологический метод и сегодня является одним из основных в диагностике костных метастазов. Отличительной чертой метода является его высокая специфичность, однако чувствительность метода оставляет желать лучшего. Достаточно большая по протяженности во времени рентгенонегативная фаза не позволяет реализовывать программы раннего распознавания метастатических поражений скелета. Более того, при отсутствии клинических проявлений, когда реально прицельное рентгенологическое исследование, возможности метода к сожалению весьма ограничены.

Таким образом, рентгеновский метод прочно занимает свою нишу в комплексе диагностических мероприятий при костных метастазах. Особенно важно его использование при обследовании областей скелета, где локализуется болевой синдром, и при наличии на скрининговых остеосцинтиграммах «горячих» очагов (Galasko, 1995; Rieden, 1995; Hansmann et al., 1998).

В последнее время все шире в клинической практике применяются новые высокоточные наукоемкие технологии. К их числу принадлежит компьютерная томография (КТ). Этот метод нашел свое применение и в диагностике костных метастазов.

Выделяют следующие КТ-признаки метастатического поражения позвоночника:

- Нарушение кортикальной непрерывности;
- Очаговая потеря медуллярных трабекул;
- Очаговый медуллярный склероз;
- Наличие мягкотканного компонента в зоне костной деструкции.

КТ более чувствительный метод, чем рентгенография, в диагностике костных метастазов. Однако вследствие того, что позвоночник не может быть сканирован целиком, КТ обычно является резервным методом исследования пациентов с положительными

изотопными сканограммами. От общего числа пациентов с положительными изотопными сканограммами и нормальными рентгенограммами у 50 % выявляются костные метастазы на компьютерных томограммах (Muindi et al., 1983; Rendmond et al., 1984; Buckwater and Brandser, 1997).

В последнее время приковано самое пристальное внимание к ядерно-магнитно-резонансной томографии (ЯМРТ) — методу, который может стать ведущим в диагностике костных метастазов.

ЯМРТ — это метод, который в силу своей высокой контрастности и пространственной разрешающей способности, является незаменимым в определении распространенности метастатического процесса и его взаимоотношения с окружающими тканями; в диагностике метастазов в костный мозг; в дифференциальной диагностике с доброкачественными и дегенеративными заболеваниями скелета; в проведении топометрии и прицельной биопсии очагов деструкции (Bathman and Sigmund, 1994; Holland and Freyschmidt, 1994; Riden, 1995; Galasko, 1995; Tateishi, 1996; Buckwalter and Brandser, 1997; Tryciecky et al., 1997; Hansmann et al., 1998).

Существует большое число публикаций, посвященных роли сканирования костей. Тем не менее, остаются различные мнения в отношении использования сканирования скелета у больных раком молочной железы. Некоторые ученые считают, что использование сканирования костей у больных с I и II стадиями заболевания является малооправданным из-за редкого выявления метастазов (Gerber et al., 1977; Baker, 1978; Bishop et al., 1979; Spencer et al., 1981; Pauwels et al., 1982; Hansmann et al., 1998). Эти авторы рекомендуют использовать базовое сканирование в целях стадирования процесса при III и IV стадиях заболевания. Другие считают, что необходимо во всех случаях выполнять базовое сканирование скелета для того, чтобы в дальнейшем существовала возможность провести сравнительный анализ при появлении симптомов, подозрительных на метастатическое поражение костей (Mc Neil et al., 1978; Furnival et al., 1980; Wickerham et al., 1984; Soderlund, 1996; Rosental, 1997). Исходя из экономических предпосылок, выполнение сканограмм скелета больным раком молочной железы с опухолями менее 2 см является нецелесообразным. Пациентам с размерами опухоли более 2 см проведение данного исследования является экономически оправданным, т.к. позволяет избежать расходов, связанных с выполнением неоправданного хирургического вмешательства.

Костная ткань зависит от баланса между процессами резорбции и костного формирования. Биохимические маркеры костного



обмена дают информацию о скорости протекания обменных процессов в скелете. В табл. II.2.1.3 представлены маркеры костного ремоделирования в зависимости от их специфической функции, которые успешно могут быть использованы в скрининге метастатических поражений скелета.

Таблица II.2.1.3

**Биохимические маркеры костного ремоделирования  
(Рожинская Л.Я., 1998)**

Показатели остеобластической активности (костного формирования)	Показатели остеокластической активности (костной резорбции)
<p>Костный изофермент щелочной фосфатазы (BALP)</p> <p>Остеокальцин крови (костный Gla белок, BGP)</p> <p>Пропептиды проколлагена I типа: карбокси-концевой пропептид (PICP); аминоконцевой пропептид (PINP)</p>	<p>Экскреция кальция с мочой (uCa)</p> <p>Содержание кальция в плазме (sCa)</p> <p>Экскреция кальция с мочой по отношению к концентрации креатинина в этой же порции (Ca/Cr)</p> <p>Экскреция оксипролина с мочой (OHPro)</p> <p>Экскреция свободных пиридиновых поперечно-связанных соединений коллагена: пиридинолина (Pyr) и деоксипиридинолина (D-Pyr)</p> <p>Поперечно-связанные пептиды коллагена I типа: Н-телопептиды в моче (NTX); С-телопептид в крови (ICTP); продукты распада С-телопептида в моче (CTX, CrossLaps)</p>

Идеальный маркер костеобразования должен быть структурным белком, высвобождающимся в кровь со скоростью, пропорциональной его инкорпорации в кость, и свободная фракция не должна изменяться при различных заболеваниях. Кроме того, он не должен также высвобождаться в неизменном виде в процессе костной резорбции.

Идеальный маркер костной резорбции должен быть продуктом распада компонентов костного матрикса, но не присутствовать в других тканях. Его уровень в крови не должен находиться

под контролем эндокринных факторов, и он не должен быть повторно востребован в процессе нового костного формирования.

В последнее время все более пристальное внимание уделяется морфологическому подтверждению метастатического поражения скелета в комплексе с инструментальными методами исследования. Забор материала, как обычно, производится под контролем сонографии, рентгеноскопии или КТ, а чувствительность метода варьирует от 82% до 95% (Berning et al., 1993; Clivardi et al., 1994; Hauenstein et al., 1995; Schulte et al., 1998).

Получить материал для исследования можно либо с помощью чрезкожной тонкоигольной пункции (FNA), либо трепан-биопсии (NCB). Причем выполнение одного метода морфологического подтверждения диагноза не отменяет проведение другого.

### **Методы улучшения качества жизни больных с костными метастазами**

Проблема качества жизни больных с костными метастазами имеет два аспекта: лечение болевого синдрома и лечение самой метастатической опухоли. С этой целью можно использовать методы анальгезии и специального противоопухолевого лечения, включающего практически весь арсенал современной онкологической клиники. Это — и лучевая терапия, лекарственная или системная терапия, хирургическое лечение, и, естественно, комбинированное и комплексное лечение. Все эти методы, в той или иной степени, достаточно широко используются сегодня и, что самое главное, дают весьма обнадеживающие результаты.

### **Лучевая терапия: локальная, системная и сочетанная**

Лучевая терапия впервые была применена для лечения костных метастазов через несколько месяцев после открытия рентгеновских лучей в 1895 году. Первое сообщение о противоболевом эффекте лучевой терапии при лечении метастазов рака молочной железы в кости таза приходится на 1907 г. (Leddy, 1930). На протяжении последующих лет лучевая терапия превратилась в наиболее эффективный метод специфической противоболевой терапии костных метастазов.

В настоящее время при лучевой терапии мы имеем дело как с локо-региональным воздействием — дистанционная лучевая терапия, так и системным — использование остеоспецифичных радионуклидов (радиофармпрепаратов). Возможно и сочетание этих подходов — сочетанное лучевое лечение.

В начале 90-х годов были определены возможные показания к лучевой терапии костных метастазов (Rubens, 1991):

1. Паллиативное лечение
  - Костная боль
  - Компрессия нервных стволов или спинного мозга
  - Патологические переломы
2. Профилактическое лечение
  - Компрессия нервных стволов или спинного мозга
  - Патологические переломы

Топическая диагностика с использованием рентгенографии и радионуклидного сканирования является важным моментом перед началом лучевой терапии. Возможно применение рентгеновской компьютерной и магнитно-резонансной томографии, что может дать более ценную информацию для определения зон поражения, особенно в таких анатомических областях, как позвоночник.

### *Лучевая терапия в лечении костной боли*

Подходы к проведению лучевой терапии при костных метастазах во многом определены характером костной боли, а также тем, является ли эта боль локальной или распространенной.

#### Лечение локальной костной боли

Разработаны различные режимы локальной лучевой терапии, направленные на более быстрое достижение лечебного эффекта. Обзор литературных данных, основанный на изучении большого числа как ретроспективных, так и проспективных рандомизированных исследований, свидетельствует о высокой эффективности локальной лучевой терапии. В целом, ответ был получен у 85% пациентов, причем почти у половины из них зарегистрирован полный ответ. При этом методики фракционирования и величины доз в различных радиологических центрах значительно варьируют.

Несмотря на то, что тысячи пациентов с костными метастазами уже получили лучевую терапию с противоболевой целью, остаются существенные разногласия между лучевыми терапевтами в отношении оптимальных доз и методов фракционирования (Hoskin, 1988).

Ряд авторов считают, что противоболевой эффект зависит от дозы облучения и поэтому рекомендуют высокие дозы лучевой терапии (40-45 Гр) для достижения высокого местного контроля у больных с костными метастазами. Результаты подобных исследований представлены в табл. II.2.1.4.

Таблица II.2.1.4

**Лучевая терапия костных метастазов в режиме  
традиционного фракционирования**

Авторы	Год	Число больных	СОД (Гр)	Число фракций	Противоболевой эффект (%)
Blitzer	1985	1016	40,5	15	55
Ohara et al.	1989	49	40-46	20-23	91
Wagner	1991	167	40	20	86
Arcangeli et al.	1998	205	40-46	20-23	81
Yoden et al.	1999	65	50	25	88

Примечание: СОД — суммарная очаговая доза

Разрешите коротко остановиться только на одной из этих работ. В нерандомизированном исследовании Arcangeli et al., (1998), насчитывающем 205 больных с костными метастазами, проанализированы величина и продолжительность противоболевого эффекта в зависимости от режима лучевой терапии. Для лечения использовались три основных вида фракционирования: обычное фракционирование (40-46 Гр за 20-23 фракции в течение 5-5,5 недель), короткий курс (30-36 Гр за 10-12 фракций в течение 2-2,3 недель) и быстрый курс (8-28 Гр за 1-4 последовательные фракции). Как показали результаты исследования, общий противоболевой эффект наблюдался у 76% больных. Среди ответивших на лучевую терапию пациентов полный противоболевой эффект был зарегистрирован у 62%, для больных раком молочной железы этот показатель составил 65% ( $p=0,04$ ). Частота противоболевого эффекта во многом зависела от полученной суммарной дозы: 81%, 65% и 46% для СОД равной 40-46 Гр, 30-36 Гр ( $p=0,03$ ) и 8-28 Гр ( $p=0,0001$ ), соответственно. Прямая корреляция между суммарной дозой и полным противоболевым эффектом была подтверждена математически рассчитанной кривой, которая показала, что дозы 30 Гр и более являются достаточными для достижения полного противоболевого эффекта более чем у 70% больных с костными метастазами. Эта корреляция сохраняется и в отношении

продолжительности противоболевого эффекта ( $p=0,0007$ ). Исходя из полученных данных, авторы приходят к заключению, что продолжительная лучевая терапия имеет значительные преимущества перед более короткими курсами, особенно у больных с благоприятным прогнозом.

Тем не менее, вследствие увеличивающейся стоимости и продолжительности лечения, социальных неудобств, для больных, все большее количество специалистов отдают предпочтение коротким курсам. Эти методики берут свое начало в первой половине 60-х годов, когда группой французских специалистов из института Густава Русси был предложен так называемый концентрированный метод паллиативной лучевой терапии. В его основу положены радиобиологические данные, указывающие на теоретическую оправданность и клиническую целесообразность облучения в виде двух фракций по 650 или 850 рад с интервалом в 48 часов. В эксперименте на клеточных моделях установлено, что доза 1700 рад, подведенная за две фракции с интервалом 48 часов, эквивалентна дозе 3000 рад, подведенной за десять фракций по 300 рад в течение 20 дней. По данным Tubiana (1967), две фракции по 850 рад, подведенные с указанным интервалом, соответствуют суммарной очаговой дозе 3400 рад при ежедневном облучении по 200 рад, а две фракции по 650 рад — соответственно 2400 рад. Теоретические выкладки вскоре были проверены на практике (табл. II.2.1.5).

Таблица II.2.1.5

**Лучевая терапия костных метастазов в режиме  
укрупненного фракционирования**

Авторы	Год	Число больных	СОД (Гр)	Число фракций	Противоболевой эффект (%)
Johnston et al.	1970	55	20	5	73
Волкова и соавт.	1979	162	20-24	5-6	98
Thomas	1976	65	20-30	4-6	71
Garmatis and Chu	1978	75	20-25	4-5	96
Kawashima et al.	1989	48	20-25	4-5	83

Примечание: СОД — суммарная очаговая доза

В 1993 г. Duncan et al. провели анкетный опрос ведущих радиологов Канады в отношении оптимальных методик паллиативной лучевой терапии у больных раком молочной железы. Из 99 опрошенных врачей большинство высказались за использование укрупненных фракций (20-25 Гр за 5 фракций) в лечении костных метастазов.

В 1995 г. Rasmussen et al. представили результаты рандомизированного исследования. Авторы сравнивали эффективность двух различных режимов лучевой терапии у 217 больных раком молочной железы с костными метастазами: 30 Гр за 10 фракций 5 раз в неделю или 15 Гр за 3 фракции 2 раза в неделю. Результаты лечения анализировались с учетом интенсивности болевого синдрома, рентгенологических изменений и степени выраженности побочных эффектов. Оценка эффекта проводилась перед началом лечения и через 1, 3, 6 и 12 месяцев после лечения. Оба режима лучевой терапии привели к значительному уменьшению интенсивности боли и увеличению активности пациентов уже через месяц после лечения, причем противоболевой эффект сохранялся в течение всего времени наблюдения. Авторы приходят к выводу, что лучевая терапия в режиме 15 Гр за 3 фракции столь же эффективна, что и в режиме 30 Гр за 10 фракций, но первый вариант лечения является более удобным для пациента и более экономически выгодный.

Вопросы экономической целесообразности коротких курсов лучевой терапии нашли свое отражение в ряде исследований, проведенных за рубежом. Macklis et al. (1998) не только оценили эффективность коротких курсов лучевой терапии при метастатическом поражении скелета, но и сопоставили затраты на достижение противоболевого эффекта с помощью облучения в сравнении с применением наркотических анальгетиков. Оценка интенсивности болевого синдрома проводилась самими пациентами по 10-балльной шкале до лечения и через 12 месяцев после него. У 66 из 82 больных отмечалось уменьшение интенсивности болевого синдрома в покое на 4 балла ( $p < 0,05$ ) и при движении — на 5 баллов ( $p < 0,05$ ). Затраты на проведение лучевой терапии составили 1200-2500\$, а на обезболивание наркотическими анальгетиками в течение 9 месяцев — 9000-36000\$.

Вопрос о дальнейшей интенсификации лучевой терапии — использовании однократного облучения костных метастазов — стал активно изучаться в последнее время. Хотя еще в 1969 г. Glicksman and Boland смогли добиться противоболевого эффекта у 90% пациентов из 132 больных с метастатической болью, используя для этого однократное облучение в дозе 700-1000 рад. При этом

у больных раком молочной железы улучшения результатов лечения при увеличении дозы свыше 800 рад не наблюдалось.

Ряд авторов (Price et al., 1986, 1988; Karstens et al., 1989; Uppelschoten et al., 1995; Hoegler, 1997; Nielsen et al., 1998; Tordiglione et al., 1999) демонстрируют высокий противоболевой эффект (75-90%) после однократного облучения костных метастазов в дозе 6-8 Гр. Причем эффект наступал уже в течение 24 часов после проведения процедуры.

Мы также провели сравнительную характеристику различных методов лечения костных метастазов с включением двух режимов лучевой терапии. Работа заключалась в ретроспективном анализе результатов лучевой терапии костных метастазов у 100 больных раком молочной железы, из них 59% получили гамма-терапию в режиме дробно-протяженного фракционирования (по 2 Гр до суммарной очаговой дозы 40-50 Гр) и 41% — в режиме укрупненного фракционирования (по 4 Гр до суммарной очаговой дозы 24-28 Гр). Оценивался как субъективный, так и объективный эффекты. Как видно из таблицы II.2.1.6, уменьшение боли наблюдалось приблизительно у одинаковой части больных, получавших лучевую терапию как в режиме дробно-протяженного фракциониро-

Таблица II.2.1.6

**Субъективный эффект при использовании методов лечения костных метастазов с включением двух разных режимов лучевой терапии**

Режим лучевой терапии	К-во набл.	Непосредственный эффект					
		улучшение			без перемен		
		абс.	%	длит. (мес.)	абс.	%	
Дробно-протя- женное фракциони- рование (СОД=40-60Гр)	59	50	84,8	21,3	9	—	
Укрупненное фракционирование (СОД=24-28Гр)	41	34	82,9	10,1	7	—	

вания (84,8%), так и в режиме укрупненного фракционирования (82,9%).

Объективный эффект удалось оценить у 88 больных. При этом, частичная или полная репарация метастатических очагов в костях произошла после проведения лечебных мероприятий с включением лучевой терапии в дробно-протяженном режиме у 63,5% больных, а с включением режима укрупненного фракционирования — у 61,3%. Не было заметной разницы и в случае стабилизации процесса: 34,6% — при лечении в дробно-протяженном режиме и 33,3% — в режиме укрупненного фракционирования. Таким образом, можно сделать вывод, что в целом эффективность лучевой терапии при различных режимах фракционирования и СОД были практически одинаковой. Но если вновь обратиться к таблице П.2.1.6, то можно заметить, что продолжительность противоболевого эффекта, при включении в комплекс лечебных мероприятий лучевой терапии в режиме укрупненного фракционирования (10,1 мес.), была вдвое ниже в сравнении с группой больных, где применяли режим дробно-протяженного фракционирования (21,3 мес.).

Однако углубленный клинический анализ нашего материала показывает, что причина данного явления зависит не столько от режимов фракционирования, сколько от контингента больных. Оказывается, что режимы укрупненного фракционирования гораздо чаще (41,4% против 6,8%) были использованы у больных, имевших сочетанные костные метастазы. А именно, поражение жизненно важных органов, таких как головной мозг, печень, легкие, во многом определяет дальнейшее течение и прогноз заболевания. Таким образом, длительность противоболевого эффекта ограничивалась продолжительностью жизни пациента.

### Лечение распространенной костной боли

Открытие Рентгеном одноименных лучей в 1895 году ознаменовало развитие одного из основных методов лечения злокачественных опухолей. Уже через 12 лет Dessauer (1907) предпринял первую попытку тотального облучения тела (ТВИ), описанную как «рентгеновская ванна». В 30-х годах в Торонто Gordon Richards начал использовать широкопольную лучевую терапию. Новшество заключалось в том, что облучению в дозе 300рад, с использованием методики смежных полей, подвергались следующие зоны метастазирования у больных раком молочной железы: позвоночник и кости таза. Эти данные не были опубликованы, но литературный обзор, увидевший свет много лет спустя, благодаря Rider, показал,



что значительный положительный эффект был получен у женщин в менопаузе.

Радиобиологические исследования подтверждают тот факт, что единственная доза в 300рад приводит к гибели приблизительно 90% опухолевых клеток, а при дозе в 800рад этот показатель достигает 99,5%. Однако тотальное облучение всего тела с использованием дозы в 800рад является летальным для костного мозга и не может переноситься организмом.

Хорошо известно, что защита, по крайней мере, 10% костного мозга от лучевого воздействия может привести к восстановлению кроветворения. Данный факт лег в основу концепции половинного облучения тела (HBI) (Fitzpatrick and Rider, 1976). Имеется определенный рационализм в том, что в течение определенного интервала времени между облучением двух половин тела, интактный костный мозг может распространиться в места, где он подвергся летальному повреждению. В то же самое время стало известно, что более фиксированные метастатические клетки не способны передвигаться также быстро, как клетки костного мозга. Поэтому можно было не беспокоиться о том, что в интервалах между курсами лучевой терапии оставшиеся опухолевые клетки не приведут вновь к диссеминации процесса.

В 1981 г. Peter J. Fitzpatrick доложил об эффективности облучения половины тела в лечении костных метастазов у 100 больных раком молочной железы, которые представлены в таблице II.2.1.7.

*Таблица II.2.1.7*

**Эффективность половинного облучения тела в лечении костных метастазов у больных раком молочной железы  
(Peter J. Fitzpatrick, 1981)**

Оценка эффекта	Облучение верхней половины тела	Облучение нижней половины тела
Полный эффект	11	29
Частичный эффект	13	21
Стабилизация	11	4
Прогрессирование	5	0
Нет данных	5	1
Всего	45	55

Таким образом, эффективность этого метода составила 53% при облучении верхней половины тела и 91% — при облучении нижней половины тела.

В 1996 г. Scarantino et al. предприняли попытку определить максимально переносимую дозу при использовании НВІ в лечении костных метастазов у 144 больных. Методика заключалась в подведении 30 Гр за десять фракций к области метастатического поражения с последующим половинным облучением тела разовой дозой в 2,5 Гр и фракционированием по одному из 5 вариантов: I — 10 Гр (37 пациентов); II — 12,5 Гр (23 пациента); III — 15 Гр (18 пациентов); IV — 17,5 Гр (40 пациентов) и V — 20 Гр (26 пациентов). Доза, лимитирующая токсичность определялась гематологической токсичностью  $\geq 3$  степени в течение 30 дней после лечения. Если три или более случаев дозопределительной токсичности регистрировалось на любом уровне доз, предыдущая доза рассматривалась как максимально переносимая. На основании полученных данных была определена максимально переносимая доза НВІ в лечении костных метастазов, которая составила 17,5 Гр.

Hoegler (1997) отмечает, что однократное облучение нижней половины тела дозой 8 Гр и верхней половины тела дозой 6 Гр приводит к развитию противоболевого эффекта у 73% больных с костными метастазами уже в течение первых 24-48 часов от начала лечения. В то же время Tordiglione et al. (1999) отдают предпочтение режиму фракционирования, когда суммарная очаговая доза подводится за 7 фракций. В этом случае удается добиться полного эффекта у 80% больных, но при несколько отсроченном эффекте (через 1-2 недели) и более высокой токсичности.

Облучение половины тела можно отнести к высоко эффективным методам лечения множественных костных метастазов, позволяющим облегчить страдания пациентов в самые ранние сроки. Но широкое применение данного метода ограничено высокой токсичностью и сложностью лечения таких осложнений, как нейтропения и пневмониты. Альтернативой половинному облучению тела в лечении множественных костных метастазов рака молочной железы является системная лучевая терапия с использованием жидких изотопов, чему посвящен соответствующий раздел книги.

### *Системная лучевая терапия*

Все, на чем мы останавливались выше, касалось использования локо-регионального лучевого воздействия на метастатичес-

кий очаг с использованием тех или иных методологий дистанционной лучевой терапии. Вместе с тем есть и подход, когда лучевое воздействие может носить системный характер — это использование радионуклидной терапии.

Главное преимущество радиоизотопной терапии заключается в том, что это — системное лечение, которое в равной степени воздействует как на манифестирующие, так и на субклинические метастатические очаги. При сравнении с методом «широкопольной» дистанционной лучевой терапии становится очевидным, что метод изотопной терапии менее токсичен и более прост — инъекция радиофармпрепарата в сравнении со сложным наружным облучением. Необходимо отметить, что защитные мероприятия в равной степени носят комплексный характер. Подтверждение того, что изотоп попал в организм и произойдет захват препарата в костях, можно осуществить в ряде случаев с использованием гамма-камеры.

Но, говоря о достоинствах радиоизотопной терапии, необходимо остановиться и на недостатках этого метода. Главная причина токсичности лечения связана с диффузным поглощением радиоизотопной дозы костным мозгом, в результате чего могут произойти значительные повреждения стволовых ростков. Радиобиологические эффекты лечения радиоизотопами отличаются от таковых при наружном облучении: эта доза облучения подводится в течение продолжительного периода времени, но при этом она остается низкой. Низкие дозы облучения биологически менее эффективны, чем высокие, и позволяют опухолевым клеткам восстановиться от лучевого повреждения, но клиническая достоверность данного факта в лечении костных метастазов остается сомнительной.

Изотопы, применяемые для лечения метастазов рака молочной железы в кости, относятся к группе костноспецифичных.

Радиоактивный фосфор ( $^{32}\text{P}$ ) был одним из первых специфичных изотопов, используемых в медицине. Этот изотоп впервые был применен в лечении эритроцитоза, когда под его действием значительно снизилась выработка эритроцитов в результате захвата изотопа костным мозгом.  $^{32}\text{P}$  является чистым бета-излучателем с периодом полураспада 14,3 дней. Бета-частицы имеют максимальную энергию 1,7 MeV с проникающей способностью в несколько миллиметров. Отсутствие гамма-излучения при распаде  $^{32}\text{P}$  означает невозможность визуального контроля, но в то же время исключает проблемы, связанные с радиационной защитой. Первые сведения об использовании радиоактивного фосфора в лечении костных опухолей появились в 1941 году, когда его ис-

пользовали при костных метастазах рака молочной железы и остеогенной саркоме.

С тех пор периодически публиковались статьи, в которых, с одной стороны, подтверждалась эффективность  $^{32}\text{P}$ , с другой — отмечалось его значительное токсическое воздействие на костный мозг. Предпринимались попытки совместного применения  $^{32}\text{P}$  с тестостероном, стимулирующим костный мозг. Последние сообщения по применению данной схемы свидетельствуют о том, что 87% пациентов отмечали значительное снижение интенсивности боли, при этом были зарегистрированы значительные проблемы с состоянием костного мозга (Maxfield et al., 1958). Ряд авторов проводили исследования, связанные с попытками снижения миелотоксичности путем назначения  $^{32}\text{P}$ -пирофосфата и  $^{32}\text{P}$ -дифосфоната (Miller, 1974; Hall et al., 1975; Francis et al., 1976; Werner et al., 1980). Малочисленные данные об использовании этих препаратов опять указывают на высокую противоболевую активность, но, с другой стороны, и на значительную костномозговую токсичность. Положительный эффект при использовании радиоактивного фосфора-32 для лечения болевого синдрома при костных метастазах рака молочной железы отмечен в исследованиях Кантина А.В. (1971), Шишкиной В.В. и соавт. (1986, 1988). В частности, при пероральном введении фосфора-32 в дозе 74–111 MBq у больных раком молочной железы с метастазами в кости положительный эффект был достигнут в 86% наблюдений. Эти результаты обнадеживают, так как авторами проанализированы результаты лечения 332 больных, при этом 46 из них получили 2 курса и 10 — 3 курса терапии. Кроме того, Шишкина В.В. и соавт. (1988) использовали введение радиоактивного фосфора на фоне дистанционной лучевой терапией, и в сочетании с термотерапией и без нее в сравнении с изолированной дистанционной лучевой терапией. Авторы отмечают, что лучший эффект был получен при сочетанной лучевой терапии с термотерапией или без нее.

Стронций ( $^{89}\text{Sr}$ ) является химическим аналогом кальция, и при поступлении в кости включается в минеральную структуру. Стронций преимущественно накапливается в местах остеобластической активности и, в связи с этим, имеет преимущества перед фосфором.  $^{89}\text{Sr}$  является бета-излучателем, а проникающая способность бета-излучения составляет 8 мм. Это позволяет избирательно облучать кости в местах его захвата. Препарат назначается внутривенно. Изучение гамма-излучения  $^{89}\text{Sr}$  подтверждает тот факт, что показатели захвата и удержания препарата значительно выше в костных метастазах, где повышена минерализация, т.е. при остеобластическом типе метастазирования (Ben Josef et al., 1995).

В костных метастазах стронция накапливается в 2-2,5 раза больше, чем в нормальных костях. Обычная его доза составляет 150МВq. Эффективность метода может быть сопоставима с облучением половины тела при более низкой токсичности, обусловленной приходящей миелосупрессией. В настоящее время мы имеем убедительные данные о терапевтическом эффекте метастрона (хлорида стронция-89) (табл. II.2.1.8).

Таблица II.2.1.8

**Эффективность хлорида стронция-89 в лечении  
костных метастазов**

Авторы	Год	Число больных	Доза препарата	Противоболевой эффект	
				%	срок (мес.)
Berna et al.	1995	50	118-148 МБк	47	3-7
Lee et al.	1996	28	148 МБк	29	—
Pons et al.	1997	26	148	98	3-12
Kasalicky and Krajksa	1998	118	160 МБк	96	3-5

Поиск новых радиофармпрепаратов привел к испытаниям таких открытых радионуклидов, как самарий и рений.

Самарий ( $^{153}\text{Sm}$ ) — новый изотоп, применение которого только изучается. Изотоп  $^{153}\text{Sm}$  объединяется с бисфосфонатной структурой в составе  $^{153}\text{Sm}$ -EDMP. Данное сочетание является новым направлением в радиоизотопной терапии, так как бисфосфонат обладает селективной способностью накапливаться в костях. Это дает возможность прицельного облучения зон метастатического поражения костей.

Самарий распадается с высвобождением как бета-частиц, так и гамма-излучения, и имеет короткий период полураспада — 46,3 час. Максимальная энергия бета-частиц — 0,81MeV, что придает им относительно низкую проникающую способность (около 1 мм). Энергия гамма-фотона (103keV) позволяет с помощью гамма-камеры получать изображение распределения и места захвата препарата. Самарий находится в стадии изучения, тем не менее, последние публикации свидетельствуют о том, что изотоп достаточно эффективен (табл. II.2.1.9).

Таблица II.2.1.9

**Эффективность самария-153 в лечении костных метастазов**

Авторы	Год	Число больных	Доза препарата	Противоболевой эффект	
				%	срок (мес.)
Jiang et al.	1994	40	29,6 МБк/кг	82	—
Ahomen et al.	1995	35	330-1110 МБк	80	2-17
Serafini et al.,	1998	118	1,0 Мки/кг	72	16 (сред.)

Рений ( $^{186}\text{Re-HEDP}$ ) является бета-излучателем с максимальной энергией излучения равной 1,07MeV, при этом 9% спектра составляет гамма-излучение, что позволяет выполнять диагностическое сканирование. Малая токсичность рения позволяет вводить этот изотоп повторно.

De Klerk et al. (1992, 1998) изучили фармакокинетику  $^{186}\text{Re-HEDP}$  у 11 пациентов (17 исследований) раком молочной железы или простаты с костными метастазами. Период полураспада  $^{186}\text{Re}$  в трех фракциях крови (цельная кровь, плазма и жидкость плазмы) была  $40,1 \pm 5,0$ ,  $41,0 \pm 6,0$  и  $29,5 \pm 6,4$  часа, соответственно. Полная уринарная экскреция  $^{186}\text{Re}$  составила  $69 \pm 15$  %, из которой  $71 \pm 6$  % выделялось в течение первых 24 ч после инъекции. Авторы пришли к заключению, что максимально допустимая доза  $^{186}\text{Re-HEDP}$  у больных с метастатическим раком молочной железы составляет 2405MBq (65mCi).

Имеющиеся данные по использованию радиоактивного рения в лечении костных метастазов убеждают в эффективности этого препарата (табл. II.2.1.10).

В вопросе использования радиофармпрепаратов для паллиативного лечения костных метастазов остается ряд нерешенных проблем. В связи с этим существует разная оценка данного метода врачами онкологами. В качестве иллюстрации можно привести интересные данные, полученные в США (Paratheofanis, 1999). Ста медицинским онкологам давали краткое клиническое резюме трех пациентов с метастатическим раком. Методы лечения включали энтеральный, парентеральный и подкожный пути введения наркотических анальгетиков; дистанционную лучевую терапию и системную изотопную терапию (стронций-89, самарий-153). Мнение онкологов оценивалось в баллах от 1 (наиболее подходящий

Таблица II.2.1.10

**Эффективность рения-186 в лечении костных метастазов**

Авторы	Год	Число больных	Доза препарата	Противоболевой эффект	
				%	срок (мес.)
Limouris et al.	1997	14	1400+/-100МБк	71	1-2
Schoeneich and Hauswirth	1997 1998	61	1295МБк	60	1-4
Han et al.	1999	30	1295-2960МБк	58	1-2
Palmedo et al.	1999	30	1295МБк	60	1-2,5

вариант) до 10 (наименее подходящий вариант), в зависимости от уместности каждого предложенного метода для каждого пациента. В результате системная лучевая терапия была воспринята как наименее подходящий метод паллиативного лечения метастатической костной боли по сравнению с наркотическими анальгетиками. Некоторое расширение показаний для системной лучевой терапии было обозначено для пациента с распространенной метастатической болезнью, не смотря на литературные данные, которые говорят о том, что именно у этих больных радиоизотопная терапия дает наименьший эффект. Онкологи оценили возможности системной лучевой терапии как низкие у больных с локализованной ранней формой метастатического процесса, в то время как по данным литературы, именно у этих пациентов эффект от лечения бывает наибольший. В заключении автор делает вывод, что онкологи оценивают возможности системной лучевой терапии как низкие. Отношение к радиоизотопной терапии улучшается по мере увеличения распространенности заболевания. Как итог такого ошибочного мнения, системная лучевая терапия костных метастазов в повседневной практике применяется не так часто, как это должно быть на самом деле.

Для того, чтобы сформировать собственное мнение о системной лучевой терапии костных метастазов и попытаться ответить на ряд нерешенных вопросов в отношении данного метода, мы провели собственное исследование. В период с 1997 по 2000 гг. для лечения болевого синдрома у больных с костными метастазами мы использовали радиофармпрепарат — «Метастрон» (фирма «Амершам») и отечественный радиофармпрепарат — раствор хлорида

стронция-89 (завод «Медрадиопрепарат»). Лечение было проведено 43 пациентам: рак молочной железы был зарегистрирован у 29 (67,4%), предстательной железы — у 10 (23,3%), почки — у 3 (6,97%) и шейки матки — у 1 (2,33%) больной. Возраст пациентов варьировал от 33 до 76 лет. Одиночные метастазы в костях были выявлены у 2 (4,65%) больных, множественные — у 37 (86,05%), сочетанное поражение костной системы и других органов отмечалось у 3 (6,98%) больных.

Радиофармпрепарат вводился внутривенно, струйно, в дозе 160 МБк. Повторная системная лучевая терапия проводилась 14 больным дважды, и 5 — трижды. Лечение с использованием хлорида стронция-89 осуществлялось преимущественно в комбинации с локальной лучевой терапией, химиотерапией и гормонотерапией, а также в самостоятельном варианте.

Эффективность лечения оценивалась по динамике болевого синдрома, а также по объективным изменениям в метастатических очагах, определяемым с помощью контрольной рентгенографии, ЯМР-томографии, компьютерной томографии, остеосцинтиграфии.

Кратковременное усиление болей (феномен «вспышки») в течение первых четырех дней после инъекции радиофармпрепарата зарегистрировано у 18 больных (41,9%). Уменьшение болевого синдрома уже через 1-3 недели отмечалось у 92,2% пациентов, причем у половины наблюдался полный противоболевой эффект. Из 17 больных, получавших наркотические анальгетики, у 14 стало возможным либо уменьшить дозу, либо полностью отказаться от препарата. Не было эффекта от введения у 3 больных. Из 22 больных, у которых в той или иной степени была нарушена двигательная функция, ее улучшение или полное восстановление наблюдалось у четырнадцати.

Мы попытались определить эффективность хлорида стронция-89 у больных, получивших первую и повторные инъекции хлорида стронция-89.

Оценивая результаты в группе пациентов, получивших первую инъекцию радиофармпрепарата, мы отметили, что из 43 больных положительный эффект был достигнут у 40 (93%), у 2 (4,6%) эффект отсутствовал, у 1 (2,3%) больного наблюдалось ухудшение. Наличие самого эффекта и его длительность зависели от применяемой схемы лечения. Сравнительно небольшое количество наблюдений не позволяет считать результаты достоверными, но предварительно можно сказать, что включение в схемы лечения локальной лучевой терапии позволяет добиться противоболевого эффекта практически у всех пациентов на срок не менее



3,5 месяцев. Еще большая продолжительность (до 6 месяцев) и выраженность позитивного эффекта (у всех 9 больных) были зарегистрированы в группе больных, получивших комплексное лечение.

Объективный эффект был оценен у 31 больного. Полной репарации метастатических очагов после одной инъекции радиофармпрепарата не было отмечено ни у одного пациента. Частичная репарация наиболее часто наблюдалась при включении в план лечения локальной лучевой терапии и зарегистрирована у 8 больных.

После повторной инъекции раствора хлорида стронция-89 противоболевой эффект наблюдался у 13 пациентов из 14, и лишь у одного больного наступило усиление болей. Следует отметить, что у 9 пациентов наблюдался полный противоболевой эффект, который практически не зависел от вида лечения, проводимого вместе с системной лучевой терапией, что, видимо, указывает на эффективность повторного введения радиофармпрепарата. Средняя длительность противоболевого эффекта составила 3,4 месяца.

При оценке объективных результатов повторного введения, мы отметили, что у 4 больных из 9 (44,4%) отмечалась положительная динамика, причем у одной больной, получавшей бисфосфонаты одновременно с системной лучевой терапией, наблюдалась полная репарация множественных костных метастатических поражений. У 4 больных регистрировалось дальнейшее прогрессирование процесса, которое, однако, происходило на фоне полного отсутствия болей.

Третье введение раствора хлорида стронция-89 было проведено 5 больным. Безусловно число наблюдений слишком малое для того, чтобы делать определенные выводы, однако противоболевой эффект был зафиксирован у 4 пациентов, его средняя продолжительность составила 2,7 месяцев. Объективные результаты третьего введения были оценены у 4 больных. У двух пациентов отмечалась стабилизация метастатического процесса, у двух — дальнейшее прогрессирование.

Была отмечена умеренная гематологическая токсичность радиофармпрепарата, проявившаяся снижением количества лейкоцитов и тромбоцитов. Пик токсичности приходился в основном на первую, а также на 4-6 недели. Интересно, что после первого введения снижение исходного уровня лейкоцитов и тромбоцитов наблюдалось приблизительно у четверти всех пациентов, и процент снижения составил для лейкоцитов 17,8% (0-73%), тромбоцитов — 9% (0-38%). После повторных введений снижение уровня кровя-

ных телец отмечалось практически у всех больных и составило для лейкоцитов 27,5% (0-63%) и 24,5% (0-50%), для тромбоцитов — 12,9% (0-54%) и 16% (0-26%) после второй и третьей инъекции, соответственно.

Из 43 человек умерло 8: шестеро больных — после первой инъекции, причем у 3 из них был зафиксирован противоболевой эффект, двое больных — после повторных инъекций.

В результате проведенных исследований нами было показано, что отечественный хлорид стронция-89 является эффективным препаратом системной лучевой терапии, обеспечивающим у большинства больных купирование болевого синдрома, уменьшение потребности в анальгетиках вплоть до полной их отмены, улучшение качества жизни пациентов, а также замедление прогрессирования метастатического процесса. Отмечена достаточно высокая эффективность данного радиофармпрепарата при костных метастазах как остеобластического, так и остеолитического типов. Лучшие результаты были достигнуты при включении в схемы лечения локальной лучевой терапии и химиотерапии, хотя при повторных инъекциях радиофармпрепарата позитивный эффект был отмечен у большинства пациентов независимо от дополнительного противоопухолевого лечения. Наши исследования подтвердили тот факт, что хлорид стронция-89 обладает умеренной гематологической токсичностью, проявляющейся снижением числа лейкоцитов и тромбоцитов, причем более выраженной после повторных введений радиофармпрепарата.

Заканчивая данный раздел, хотелось бы заметить, что радиоизотопная терапия костных метастазов остается областью значительного потенциала, позволяющей современной онкологии реализовать давнюю мечту о «волшебной пуле», которая поразила бы только опухолевую клетку и тем самым привела к разрушению опухоли, не затронув здоровые ткани.

### **Лекарственная терапия**

Системная терапия костных метастазов рака молочной железы может оказывать влияние непосредственно на опухолевые клетки, путем подавления клеточной пролиферации, следствием чего является снижение продукции цитокинов и ростковых факторов. Либо системная терапия может быть направлена на блокирование действия продуктов жизнедеятельности этих клеток на клетки хозяина. Химиотерапия, гормонотерапия и остеотропные изотопы обладают прямым противоопухолевым эффектом, а та-

кие агенты, как бисфосфонаты и кальцитонин, защищают клетки хозяина (в первую очередь, остеокласты) от воздействия опухолевых медиаторов. Таким образом, системная терапия костных метастазов может обладать прямым и непрямым действием.

### *Прямая противоопухолевая терапия*

В этом разделе пойдет речь о гормонотерапии и химиотерапии костных метастазов рака молочной железы.

### Гормональная терапия

Основным биологическим механизмом действия гормональных методов лечения у больных раком молочной железы с костными метастазами является регрессия гормоночувствительных костных метастазов. В настоящее время, в связи с возможностью определения гормональных рецепторов в ткани опухоли, стал применяться дифференцированный подход в назначении гормонального лечения.

По мнению большинства исследователей, опухоли молочной железы с положительными эстроген-рецепторным статусом, имеют тенденцию к более частому метастазированию в кости, тогда как опухоли с отрицательными эстроген-рецепторами метастазируют преимущественно во внутренние органы (Смирнова К.Д. и соавт., 1981; Муравьева Н.И. и соавт., 1986; Singhakowinto et al., 1980; Campbell et al., 1981; Samaan et al., 1981; Blamey et al., 1983; Koendel et al., 1992).

Определение гормональных рецепторов в костных метастазах указывает на существенное преобладание гормоноположительных очагов (Maas and Jonat, 1987). В таблице II.2.1.11 (стр. 524) представлены результаты нерандомизированных исследований по изучению эффективности гормонотерапии у пациенток, находящихся в менопаузе и имеющих распространенный рак молочной железы с метастатическим поражением костей.

### Химиотерапия

Рак молочной железы, в отличие от солидных опухолей других локализаций, чувствителен к широкому спектру препаратов. До настоящего времени наиболее часто, как в режиме монокимиотерапии, так и в комбинации используются четыре препарата, которые составляют основу любой программы химиотерапии диссеминированного рака молочной железы I-II линии. Этими препаратами являются циклофосфамид, 5-фторурацил, метотрексат и

Таблица II.2.1.11

**Эффективность гормонотерапии в лечении больных  
раком молочной железы с костными метастазами  
(Dodwell and Howell, 1991)**

Авторы	Препарат	Показатель ответа	
		общий	метастазы в кости
Brule, 1978	Tam	29/177 (16%)	4/75 (5%)
Ribeiro, 1977	Tam	36/141 (25%)	1/24 (4%)
Lerner et al., 1976	Tam	35/74 (47%)	7/18 (39%)
Valavaara et al., 1988	Tor	25/46 (54%)	1/6 (13%)
Kaye et al., 1982	AG	10/52 (19%)	0/30
Murray and Pit, 1981	AG	24/53 (45%)	20/36 (56%)
Ceci et al., 1985	AG	22/53 (43%)	5/16 (31%)
Smith et al., 1978	AG	15/40 (37%)	19/36 (50%)
Hoffken et al., 1986	AG	5/38 (13%)	5/38 (13%)
Harris et al., 1989	AG	25/101 (25%)	4/41 (9%)
Hortobagyi et al., 1985	MA	17/39 (44%)	9/18 (50%)
Alexieva-Figuschi, 1980	MA	48/160 (30%)	1/31 (3%)
Gregory et al., 1985	MA	29/110 (26%)	16/51 (31%)
Blackledge et al., 1986	MA	9/37 (25%)	0/13
Minton et al., 1981	P	13/91 (14%)	4/40 (10%)

Примечание: Tam — тамоксифен, Tor — торемифен, AG — аминоглютетимид, MA — мегестрол ацетат, P — преднизолон

доксорубицин. Они имеют наибольшую эффективность, а также ограниченную перекрестную резистентность. Последнее свойство позволяет с успехом использовать их при полихимиотерапии.

В таблице II.2.1.12 приводятся литературные данные о результатах применения различных схем полихимиотерапии (ПХТ) у больных раком молочной железы с костными метастазами.

Детальный анализ этих исследований обнаружил противоречивую ситуацию, когда у пациентов, получающих химиотерапию по одинаковой схеме, регистрировались различные результаты. Величина ответа у больных с костными метастазами варьировала от 0 до 84%, в то время как в целом флюктуация этого показателя была гораздо меньше — от 50 до 78%. Различия в эффективности применяемых схем ПХТ могут быть отчасти объяснены особенностями отбора больных и сложностью оценки результатов, о чем пойдет речь в следующей главе.

Whitehouse (1985) проанализировал несколько исследований по использованию химиотерапии в лечении распространенного

*Таблица II.2.1.12*

**Эффективность химиотерапии в лечении больных раком  
молочной железы с костными метастазами  
(модифицировано по Chlebowski and Block, 1981  
и Dodwell and Howell, 1991)**

Авторы	Схема ПХТ	Костные метастазы		В целом	
		число больных	ответ, %	число больных	ответ, %
Canellos et al., 1976	CMF	39	3	93	53
Creech et al., 1975	CMF	14	14	39	49
Canellos et al., 1976	CMFP	16	13	40	68
Davis et al., 1974	CMFVP	14	29	74	42
George et al., 1978	CMFVP	108	65	174	66
	A	44	41	68	53
Kennealey et al., 1978	AC	16	44	26	50

*Продолжение таблицы II.2.1.12*

Авторы	Схема ПХТ	Костные метастазы		В целом	
		число больных	ответ, %	число больных	ответ, %
Jones et al., 1975	AC	25	84	51	78
Ingle et al., 1974	CMF/ FAC	24	17	43	70
Smalley et al., 1977	FAC	19	11	58	66
Abeloff et al., 1977	FACM	19	0	34	56
Kenealley et al., 1978	FACM	14	43	22	55
Rainey et al., 1979	VAC	25	68	32	72
Muss et al., 1982	VAC CMF	26 15	38 0	45 44	44 16
Mattson et al., 1982	MMC + 5FU	9	56	50	58
Parvinen et al., 1985	AC CMFVP	9 4	22 0	47 55	32 35
Di Costanzo et al., 1986	MMC + VDS	25	7	31	16
De Lena et al., 1988	CMF	15	33	60	43
Carmo-Pereira et al., 1988	MIT + P	15	20	37	35
Henderson et al., 1989	A MIT	28 33	14 6	160 165	29 21

Примечание: С — циклофосфан, М — метотрексат, F — 5-фторурацил, V — винкристин, P — преднизолон, А — адриамицин, MMC — митомицин С, MIT — митоксантрон.

рака молочной железы и обнаружил, что эффективность данного метода в лечении костных метастазов варьирует от 0 до 30%. Исследования также показали, что нет заметных преимуществ какого-либо препарата или режима химиотерапии. В целом, эффективность химиотерапии при костных метастазах оказалась ниже в сравнении с возможностями этого метода при метастазах других локализаций. Быстрое уменьшение боли, что наблюдается иногда в случае гормонозависимых опухолей, также реже встречается после химиотерапии.

Таким образом, несмотря на разнообразие химиотерапевтических подходов, результаты лечения костных метастазов у больных раком молочной железы остаются неудовлетворительными. Количество полных ремиссий остается низким, продолжительность лечебного эффекта, как правило, не превышает 14-15 месяцев. Очевидно, что прогресс в химиотерапевтическом лечении костных метастазов во многом будет определяться появлением новых эффективных противоопухолевых препаратов.

### *Лечение бисфосфонатами*

Бисфосфонаты являются потенциальными ингибиторами нормальной и патологической костной резорбции (Kanis, 1996; Fleish, 1997; Lipton, 1997, 1999; Berenson and Lipton, 1999). Механизм их действия сложен и до конца не понятен. Бисфосфонаты проникают в костную ткань, концентрируясь вокруг остеокластов и создавая при этом высокую концентрацию в лакунах резорбции. Бисфосфонаты захватываются остеокластами, где они нарушают формирование цитоскелета, необходимого для прикрепления остеокласта к костной ткани, а также снижают секрецию лизосомальных ферментов (Sato et al., 1991; Zimolo et al., 1995; Fleisch, 1997; Rogers et al., 1997). Другой эффект бисфосфонатов заключается в апоптозе (запрограммированная смерть клетки) остеокластов, что подтверждается появлением особых изменений в клетке и структуре ядра (Hughes et al., 1995). Одновременно отмечается потеря клетками-предшественниками остеокластов способности дифференцировки и созревания, что приводит к уменьшению числа остеокластов. Бисфосфонаты действуют также на остеобласты и макрофаги в зоне костной резорбции, ингибируя синтез остеокласт-стимулирующих факторов (Shipman et al., 1997). Как показали последние исследования бисфосфонаты не только снижают потерю костной ткани за счет подавления резорбции, но и уменьшают объем опухолевых масс (Clark et al., 1991; Diel et al., 1997; Vinholes et al., 1997). Как может это произойти? Вероятно, это про-

исходит за счет блокирования функции остеокластов, что ведет к разрыву порочного круга и прекращению подпитки опухолевых клеток факторами роста и цитокинами, вырабатываемых костной тканью. Конечно, это может также быть результатом прямого действия бисфосфонатов (или возможно токсических продуктов остеокластов) на опухолевые клетки (Gregory Mundy, 1999).

Все бисфосфонаты характеризуются наличием Р-С-Р структуры, которая обеспечивает их активное связывание с костным матриксом, а также боковой цепи, определяющей их активность, побочные эффекты и механизмы действия (Fleish, 1995). В настоящее время существуют бисфосфонаты трех поколений (табл. II.2.1.13).

Таблица II.2.1.13

**Антирезорбционная активность различных бисфосфонатов  
(Cristofanilli and Hortobagyi, 1999)**

Название препарата	Относительная активность
Препараты первого поколения:	
Этидронат	1
Клодронат	10
Тилундронат	10
Препараты второго поколения:	
Памидронат	100
Алендронат	1.000
Препараты третьего поколения:	
Ибандронат	10.000
Золедронат	20.000

Бисфосфонаты используются для лечения опухоль-индуцированной гиперкальциемии и болевого синдрома, профилактики как самих костных метастазов, так и их осложнений.

**Лечение опухоль-индуцированной гиперкальциемии**

Усиленное высвобождение кальция из костей является главной причиной опухоль-индуцированной гиперкальциемии (ОИГ) у онкологических больных. Появление бисфосфонатов коренным образом изменило подход в лечении данного осложнения (Body,



1992). Регидратация оказывает обычно слабый и временный эффект на уровень кальция в крови, вызывая в среднем снижение на 0,25 ммоль/л (Percival et al., 1984; Body, 1992), при этом разрывается порочный круг возникновения ОИГ через подавление увеличенной реабсорбции кальция в почках. Поэтому одновременно с регидратацией должна назначаться специфическая антиостеолитическая терапия. Когда возникает необходимость лечения ОИГ, бисфосфонаты должны назначаться всем пациентам, у которых уровень кальция в крови превышает 3,0 ммоль/л. Симптомные больные с умеренной гиперкальциемией также подлежат лечению данными препаратами. Однако в настоящее время нет единого мнения о необходимости лечения бессимптомных больных с уровнем кальция менее 3,0 ммоль/л, хотя симптомы умеренной гиперкальциемии бывает очень трудно установить у больных с распространенным раком молочной железы.

Для лечения ОИГ рекомендуются следующие дозы: 1500 мг клодроната или 90 мг памидроната в виде однократной инфузии (Body et al., 1998). Последние рандомизированные исследования показали некоторые преимущества памидроната перед клодронатом у больных с ОИГ, прежде всего из-за продолжительности нормокальциемии, т.к. средняя продолжительность эффекта клодроната составила 14 дней в сравнении с 28 днями для памидроната (Purohit et al., 1995).

Внутривенный путь введения препарата является более предпочтительным в лечении ОИГ, чем пероральный. Бисфосфонаты плохо всасываются в кишечнике, их абсорбция может варьировать в широких пределах и сильно уменьшается при приеме пищи. Более того, чем меньше принимаемая доза, тем меньше препарата будет всасываться, т.е. более сильнодействующие бисфосфонаты всасываются хуже этидроната и клодроната. В настоящее время не планируется выпуск пероральной формы памидроната из-за плохой переносимости amino-бисфосфонатов при приеме внутрь со стороны желудочно-кишечного тракта. Клодронат для приема внутрь обычно назначается после успешной внутривенной терапии (Моисеенко В.М. и соавт., 1996).

Новые более сильные бисфосфонаты, такие как ибандронат и золендронат находятся на этапе исследования.

### Лечение болевого синдрома

Нет убедительных доказательств того, что пероральные бисфосфонаты могут значительно уменьшить костную метастатическую боль. Хотя известно, что длительное применение препаратов

может снизить частоту эпизодов острой костной боли (O'Rourke et al., 1995; Robertson et al., 1995).

В таблице II.2.1.14 представлены результаты из некоторых исследований, в которых определение интенсивности болевого синдрома проводилось у больных раком молочной железы, не получающих какого-либо противоопухолевого лечения и имеющих достаточно стабильное течение заболевания.

В настоящее время 60-90 мг памидроната каждые 3-4 недели или 1500 мг клодроната каждые 2 недели могут рекомендоваться для паллиативного лечения костной боли (Purohit et al., 1995; Bolyard et al., 1996). У больных с положительным эффектом анальгетической активностью бисфосфонатов совпадает по времени с ингибированием костной резорбции. Продолжительность приема бисфосфонатов у больных с костными метастазами с болевым синдромом остается неопределенной и роль бисфосфонатов как альтернативы или дополнения к локальной или системной (радиоизотопной) лучевой терапии требует дальнейших исследований. Остается открытым вопрос в отношении роли бисфосфонатов при неудачном лучевом лечении или возврате симптомов.

#### Профилактика осложнений костного метастазирования

В исследованиях последних лет показана возможность предупреждения с помощью бисфосфонатов гиперкальциемии и болевого синдрома, деформации и патологических переломов при метастатическом поражении костей. Результаты исследований по предупреждению проявлений костного метастазирования с применением клодроната и памидроната представлены в таблице II.2.1.15 (стр. 532). В данную таблицу занесены результаты только рандомизированных исследований, насчитывающих не менее 50 больных раком молочной железы.

Представляют должный интерес результаты двух двойных слепых, плацебо-контролируемых исследований по применению инфузии памидроната в дозе 90 мг каждые 3-4 недели совместно с системной терапией, проводимой больным раком молочной железы с литическими метастазами в кости. Оба исследования имели сходный дизайн, за исключением различий в системной противоопухолевой терапии.

В работе, посвященной исследованию химиотерапии (Hortobagyi et al., 1996), 382 пациентки из различных центров США, Канады и Австралии были рандомизированы и получали химиотерапию плюс ежемесячную инфузию памидроната (n=185) или химиотерапию плюс плацебо (n=197). Время до возникнове-

Таблица II.2.1.14

**Эффективность бисфосфонатов в лечении болевого синдрома  
у больных раком молочной железы с метастазами в кости  
(модифицировано по Body et al., 1998)**

Автор	Пре- парат	Схема	Срок (мес.)	Число боль- ных	Обезбо- ливающий эффект
O,Rourke et al.,1995	Кло- дронат	400-3200 мг/день, внутрь	1	84 (69 РМЖ)	Не оценен
Robertson et al.,1995		1600 мг/день, внутрь	2	55 (27 РМЖ)	Уменьшение боли
Martoni et al.,1991		300 мг/день, в/в х 7 дней	0,3	38	Уменьшение потребности в анальге- тиках
Neri et al., 1992		450 мг/день, в/в х 5 дней	0,7	20	15 (75%)
Ernst et al., 1992		600 мг/день, в/в х 5 дней	0,2	24	Уменьшение боли
Coleman et al.,1988	Пами- дронат	30 мг каждые 2 недели	4	28	9 (32%)
Thiebaud et al.,1991		60 мг каждый месяц х 4, затем каждые 3 месяца	4	18	4 (57%)
Glover et al.,1994		30 мг каждые 2 недели — 90 мг каждые 4 недели	3	61	23 (49%)
Tyrrell, 1994		60 мг каждые 2 недели	4	69	42 (61%)
Purohit et al.,1996		120 мг, однократно	3	22	15 (68%)
Cascinu et al.,1996		45 мг каждые 3 недели	2	40	27 (67%)
Vinholes et al.,1996		120 мг каждые 4 недели	2	52 (30 РМЖ)	21 (53%)

Таблица II.2.1.15

**Эффективность бисфосфонатов в предотвращении клинических проявлений костного метастазирования у больных раком молочной железы (модифицировано по Body et al., 1998)**

Автор	Препарат	Схема	Срок (мес.)	Число пациентов	Положительное влияние на	Снижение ЧКП, %
Paterson et al., 1996	Клодронат	1600 мг/день, внутрь	14	173	ОИГ, патологические переломы и деформации	27
Rizzoli et al., 1996		1600 мг/день, внутрь	9	62	плотность костной ткани	46
Van Holten-Verzantvoort et al., 1993	Памидронат	300-600 мг/день, внутрь	20	161	ОИГ, костную боль, патол. переломы, необходимость лучевой терапии	47
Conte et al., 1996		45мг, в/в, каждые 3-4 нед.	7	295	Увеличение (48%) времени до прогрессирования костных метастазов, костную боль	48
Hortobagyi et al., 1996		90мг, в/в, каждые 4 недели	12	380	Время до первого КП (↑ на 47%), непозвоночные переломы, костную боль, необходимость лучевой терапии, ОИГ	43
Theriault et al., 1996		90мг, в/в, каждые 4 недели	12	371	Время до первого КП (↑ на 37%), костную боль, необходимость лучевой терапии	49

Примечание: ЧКП — частота клинических проявлений, КП — клиническое проявление, ОИГ — опухоль-индуцированная гиперкальциемия

ния первого эпизода скелетных осложнений (за исключением гиперкальциемии) составило 7 месяцев в группе плацебо (только химиотерапия) и 14 месяцев в группе памидроната ( $p \leq 0,001$ ). Различия между двумя группами были явными в течение 4-5 месяцев лечения и сохранялись еще, по крайней мере, в течение 2 лет. К 24-му месяцу скелетные осложнения развились у 46% больных из группы памидроната по сравнению с 65% больных из группы плацебо ( $p \leq 0,001$ ).

В эндокринологическом исследовании (Lipton et al., 1997) 374 больных были рандомизированы в две группы. Одна группа получала гормональную терапию совместно с инфузией памидроната один раз в месяц ( $n=182$ ); вторая группа ( $n=192$ ) — гормональную терапию и инфузию плацебо также ежемесячно. На момент начала исследования обе группы были сопоставимы по всем известным прогностическим факторам. Время до развития первых скелетных осложнений (за исключением гиперкальциемии) составило 6 месяцев в группе плацебо (т.е. только гормональная терапия) и 10 месяцев в группе памидроната ( $p \leq 0,049$ ). Различия между группами проявились несколько позднее, чем в химиотерапевтическом исследовании, а именно, стали заметны на 7-8 месяце лечения. Эффект также сохранялся в течение 2 лет. Доля больных из группы памидроната с развившимися скелетными осложнениями к 24-му месяцу от начала исследования составила 56% по сравнению с 67% в группе плацебо ( $p = 0,027$ ).

Как видно из таблицы II.2.1.16 (стр. 534), в которой представлены сводные данные по результатам обоих исследований, в группе больных, получавших памидронат, наблюдалось достоверное снижение количества всех типов осложнений костного метастазирования.

### Профилактика костных метастазов

Интересен анализ возможности применения бисфосфонатов для предотвращения развития костных метастазов у больных с высоким риском поражения скелета.

Прямой эффект бисфосфонатов по предотвращению адгезии опухолевых клеток в костях был продемонстрирован *in vitro* (van der Pluijm et al., 1996). Бисфосфонаты ингибируют прикрепление опухолевых клеток рака молочной железы к неминерализованным и минерализованным остеобластическим экстрацеллюлярным матриксам в зависимости от дозы препарата (Boissier et al., 1997).

Таблица II.2.1.16

**Влияние памидроната на частоту клинического проявления  
костного метастазирования у больных раком молочной железы**

	Hortobagyi et al., 1996		Lipton et al., 1997	
	Памид- ронат (%)	Плацебо (%)	Памид- ронат (%)	Плацебо (%)
В целом	46	65	56	67
Облучение костей	28	45	31	40
Патологические переломы	36	49	45	55
Невертебральные переломы	23	38	36	40
Переломы позвонков	Нет сообщений	Нет сообщений	27	31
Гиперкальциемия	7	15	4	10
Хирургическое лечение очагов	5	12	7	11

В 1996 г. Kanis et al. сообщили о результатах использования клодроната в адьювантных целях. Сто тридцать три больных рецидивным раком молочной железы (без костных метастазов) слепым методом были разделены на две группы: первая группа пациентов получала внутрь 1600 мг клодроната, другая — плацебо в течение 3 лет. Число пациентов, у которых развились костные метастазы, было несколько меньше в клодронат-группе (15 против 19), но различие оказалось статистически не достоверным. В то же время количество костных метастазов было значительно меньше в клодронат-группе, чем в группе плацебо (32 против 63,  $p < 0,005$ ). Причем частота развития осложнений костного метастазирования была на 26% меньше в группе больных, получающих бисфосфонат ( $p < 0,005$ ): позвонковых деформаций — на 29%, невертебральных переломов — на 75%, эпизодов гиперкальциемии — на 39%, на 22% сократилась потребность в лучевой терапии. Вместе с тем необходимо заметить, что различий в продолжительности жизни больных различных групп получено не было.

Powles et al. (1998) в исследовании, включившем 1079 женщин, оперированных по поводу рака молочной железы, сообщили о снижении риска развития костных метастазов на фоне приема клодроната. При медиане наблюдения около 4 лет только у 28 (5,2%) пациентов, получающих клодронат с адъювантной целью, развились костные метастазы в сравнении с 44 (8,1%) в группе плацебо ( $p=0,054$ ).

В последствии Diel et al. (1998) включили в исследование 302 пациентки раком молочной железы, у которых отсутствовали признаки костных метастазов, но в костном мозге с помощью иммуноцитохимического метода были обнаружены опухолевые клетки. Этим пациентам назначали клодроната для приема внутрь или плацебо. При медиане наблюдения в 36 месяцев костные метастазы были диагностированы у 11 больных в группе клодроната и у 25 — в группе плацебо ( $p=0,02$ ). Неожиданным следует признать тот факт, что в группе клодроната также уменьшилась частота развития экстракостальных метастазов (19 и 42 случая, соответственно;  $p=0,01$ ). Вместе с тем, результаты другого рандомизированного исследования оказались полностью противоположными. Saarto et al. (1999) доложили о 299 больных, которые получали адъювантную терапию в комбинации с клодронатом или без него. Авторами была отмечена высокая частота развития костных и экстракостальных метастазов в обеих группах. При этом 5-летняя безрецидивная (52% и 69%) и общая выживаемость (68% и 81%) были хуже в группе клодроната.

Для подтверждения потенциальной возможности использования бисфосфонатов для профилактики костных метастазов требуется проведение очень больших рандомизированных исследований.

### Оперативное лечение

В лечении костных метастазов нашел свое место и хирургический метод. В течение всего времени его использования не прекращаются дебаты — оправдано ли применение достаточно травматичного метода у заведомо бесперспективных больных? Отвечая на поставленный вопрос, все большее и большее количество профессионалов склоняются в пользу возможности применения оперативного метода в лечении костных метастазов у части больных раком молочной железы.

Теоретически существует опасность, что хирургическое вмешательство может способствовать распространению опухолевых клеток в здоровые участки кости, способствуя тем самым генера-

лизации процесса. Однако на практике это предположение так и не было доказано, особенно в тех случаях, когда операция дополнялась лучевой терапией (Galasko, 1991). Более того, нет подтверждения того, что последствия хирургического вмешательства и общей анестезии могут влиять на плохой прогноз у этих больных. Наоборот, как было показано в работе Bouma et al. (1983), патологические переломы ассоциируются с повышенным риском развития легочных метастазов, а профилактическая стабилизация угрожающих переломов снижает этот риск.

Цели хирургического лечения костных метастазов — уменьшение боли, ликвидация состояния паралича, профилактика и лечение патологических переломов. В итоге все это сказывается на качестве и продолжительности жизни пациентов (Махсон А.Н. и соавт., 1994, 2000; Maurer et al., 1995; Tateishi et al., 1997; Dominkus et al., 1998). Так, средняя продолжительность жизни больных раком молочной железы с патологическими переломами после оперативного вмешательства составляет 12,7 мес. (Parrish and Murray, 1970; Perez et al., 1972). Еще более оптимистичные результаты продемонстрировал в своих работах Harrington (1972, 1975). Из тех больных, которые находились до перелома на амбулаторном лечении, 94% восстановили после операции способность ходить, у 85% больных было зарегистрировано значительное ослабление боли. Средняя продолжительность жизни при этом составила 19,8 месяцев.

Оперативное лечение костных метастазов обычно проводится в случае прогнозируемой продолжительности жизни пациента не менее 6 месяцев. Но в последнее время, вследствие совершенствования оперативной техники и появления новых имплантационных материалов, агрессивные оперативные вмешательства проводятся более широко, когда предполагаемый срок жизни может исчисляться 2–3 мес., и направлены, в первую очередь, на улучшение качества жизни пациентов (Tateishi, 1996; Shulte et al., 1998). При выполнении ортопедических операций при патологических переломах, что отличает их от операций по поводу травматических переломов, необходимо строго учитывать «качество» кости как проксимальнее, так и дистальнее места перелома. Состояние этих отрезков должно быть адекватным, чтобы поддерживать металлическую конструкцию. К сожалению, у многих больных качество кости, в виду распространенности процесса, не позволяет выполнить стандартные методики внутренней фиксации.

Оперативное вмешательство при костных метастазах может быть направлено на лечение как угрожающих, так и развившихся патологических переломов.



Литические очаги деструкции в бедренных костях, размер которых превышает 2,5 см, при условии поражения коркового слоя, в высшей степени подвержены переломам (Beals et al., 1971). В группу риска входят также больные с литическими очагами, поражающими трубчатые кости в диаметре более, чем на 50%; и пациенты с непрекращающейся болью после лучевой терапии. Операцией выбора при угрозе патологического перелома является внутренняя стабилизация, причем вид хирургического вмешательства зависит от локализации пораженного участка. Если возможно, то более предпочтительно использовать интрамедуллярный остеосинтез. Очень важно, чтобы внутренняя стабилизация поврежденного участка выдерживала необходимую нагрузку при ходьбе, включая давление массы тела на конечность. В случае, когда внутримозговой штифт не может обеспечить этого, стабилизацию конструкции необходимо подкрепить использованием метилметакрилового цемента. Пластичность акрилового цементирующего вещества до полимеризации делает возможным полное заполнение полости с неровными границами, которая образуется при выскабливании очага, усиливая при этом стандартную металлическую фиксацию. После полимеризации метилметакрила восстанавливается целостность кости, причем сочетание материалов позволяет добиться свойств конструкции, напоминающих бетон повышенной прочности (Harrington, 1972, 1975; Van Geffen et al., 1997; Krol and Gusta, 1998). Подобная тактика позволяет больному восстановить осанку в течение нескольких дней после операции с минимальным риском возникновения патологического перелома.

Наиболее часто при раке молочной железы патологические переломы возникают в бедренной кости (66%), затем в плечевой кости (28,4%), в голени и предплечье — 3,2%, ключице — 1,3%, на долю всех остальных костей приходится 1,2% (Galasko, 1991).

Патологические трансцервикальные переломы бедренной кости не срастаются вне зависимости от метода ортопедического лечения и степени смещения (Galasko, 1974). В случае локализации очага деструкции в проксимальном отрезке бедренной кости, артропластика, по мнению большинства хирургов, является операцией выбора (Galasko, 1991; Tateishi et al., 1997; Sabo and Bernd, 1998; Wedin et al., 1999). Причем вид операции зависит от степени распространенности опухоли. Если метастатический очаг отсутствует в вертлужной впадине, то все что требуется — это выполнить гемиартопластику. При данной операции производят широкое иссечение опухоли с последующей фиксацией протеза головки бедренной кости с помощью метилметакрилового цемента.

Если же вертлужная впадина поражена, то показана полная замена сустава. При этом опухоль выскабливается из вертлужной впадины, а поврежденный участок заполняется метилметакрилом. В случаях более распространенного поражения вертлужной впадины может потребоваться восстановление костей таза (Harrington, 1981).

При патологическом переломе диафиза бедренной или берцовой костей операцией выбора является сегментарная резекция кости с последующим внутримозговым остеосинтезом и восполнением дефицита костной ткани керамическими конструкциями или метиметакриловым цементом (Tateishi et al., 1997; Sabo and Bemd, 1998). Как показали результаты работы Gainor and Buchert (1983), внутренняя фиксация улучшает результаты сращения патологических переломов на 23% по сравнению с фиксацией конечности с помощью шины. Если резекция кости по каким-либо причинам затруднена, то возможно проведение кюретажа опухоли с заполнением образованной полости метилметакрилом и с последующей фиксацией с помощью экстрamedулярных пластин (Galasko, 1991).

При патологическом переломе плечевых костей внутренняя фиксация также имеет предпочтение, т.к. дает пациенту большую подвижность. Больной раньше начинает пользоваться конечностью и быстрее освобождается от боли. Вместе с тем, при этой локализации преимущества оперативного лечения по сравнению с консервативной терапией не так очевидны, как в случае с патологическим переломом нижней конечности (Galasko, 1980). McCormack et al. (1985) подтвердили, что иммобилизация конечности с помощью функционального фиксирующего устройства более предпочтительна только в том случае, если предполагаемая продолжительность жизни не превышает 3 месяцев, во всех остальных ситуациях внутренняя фиксация является методом выбора, что обеспечивает уменьшение боли, восстановление функции верхней конечности и помогает избежать повторного перелома. Переломы проксимальных отделов плечевых костей могут потребовать выполнения замещающей артропластики. Показания к артропластике в данном случае отличаются от таковых при трансцервикальных переломах бедренной кости. Замещение плечевых суставов показано только в том случае, если отломки кости нельзя стабилизировать с помощью остеосинтеза из-за локализации очага или распространенности процесса, в то время как замещение тазобедренных суставов необходимо выполнять всегда, т.к. патологические переломы шейки бедра не срастаются вне зависимости от метода лечения.

Большинство патологических переломов плечевых, лучевых и локтевых костей можно лечить с помощью интрамедуллярного остеосинтеза. Переломы в области метафизов могут потребовать фиксации с помощью экстремедуллярных пластинок. Там, где это необходимо, имплантат может быть дополнительно фиксирован метилметакрилом.

Основная неудача при ортопедических операциях по поводу патологических переломов связана с нестабильностью металлических конструкций. В работе Wedin et al. (1999) говорится о том, что из 162 операций по поводу патологических переломов неудовлетворительный результат зарегистрирован у 14% больных после остеосинтеза и только у 2% — после артропластики.

Махсон А.Н. и соавт. (2000) доложили о результатах хирургического лечения костных метастазов у 43 больных раком молочной железы. Чаще всего проводили резекцию суставного конца кости с эндопротезированием (19 наблюдений), реже выполняли метал-лосинтез (7). Показаниями к хирургическому лечению метастаза в длинные трубчатые кости являлись: солитарный метастаз и множественные метастазы при наличии патологического перелома или угрозе его возникновения. У 22 (51,2%) больных удалось провести повторные курсы лекарственного и гормонального лечения. При солитарных метастазах в скелет три года прожили 90,9% больных, при множественных — 39,9% пациенток ( $p < 0,01$ ). Средняя продолжительность жизни оперированных больных в целом составила 20,8 месяцев. При солитарных метастазах этот показатель достиг 44, при множественных — 14,9 месяцев ( $p < 0,08$ ). В большинстве случаев удалось снять болевой синдром и частично восстановить функцию пораженной конечности, тем самым значительно улучшить качество жизни пациенток.

В ряде случаев для лечения патологических переломов длинных трубчатых костей может применяться метод чрескостного остеосинтеза. Группа отечественных авторов, возглавляемых В.В. Тепляковым (2000), доложила о результатах использования данного метода в лечении патологических переломов у 22 онкологических больных, восемь из которых составили пациентки, страдающие раком молочной железы. Для чрескостного остеосинтеза использовались аппарат Илизарова, модифицированный стержневой аппарат на базе аппарата Илизарова и стержневой аппарат Вагнера. Специальное лечение (лучевая терапия, химиотерапия) начинали на 3-10 сутки после операции. Вследствие примененной методики у 14 (64%) больных наступила полная консолидация перелома в среднем через 171 день (123-372 дня). Сроки наблюдения за больными после снятия аппарата составили в сред-

нем 20,6 месяца (3-62 месяцев). Хорошие функциональные результаты получены у 14 (64%), удовлетворительные — у 3 (14%) больных.

Оперативное лечение применяется и при лечении компрессии спинного мозга, хотя приоритеты в данной клинической ситуации отдаются лучевой терапии, о чем говорилось в соответствующем разделе. По мнению Dominkus et al. (1998), к хирургическому лечению сдавления спинного мозга необходимо прибегать в случае сильной боли, не поддающейся консервативным мероприятиям, а также при компрессионном переломе позвонка с сегментарной неустойчивостью и пара- или тетрапарезом. Как считают Алиев М.Д. и соавт. (2000), хирургическое лечение метастатических опухолей позвоночника до настоящего времени является актуальной и нерешенной проблемой, вызывающей много споров. Причиной тому служит, по сути, паллиативный характер известных операций, т.к. радикально удалить метастатическую опухоль тела позвонка «en block» практически не возможно.

Хирургическая декомпрессия выполняется в экстренном порядке — не позже 24-30 часов после развития клиники сдавления спинного мозга. В случае промедления, может восстановиться только чувствительность и гораздо чаще остаются функциональные расстройства тазовых органов и двигательные расстройства.

Дорсальная декомпрессия (ламинэктомия) является паллиативной операцией, при которой удаляются дужки позвонков для вскрытия позвоночного канала и тем самым ослабления сдавления спинного мозга. Ламинэктомия (Black, 1979) приводит к клиническому улучшению у 30% больных при достаточно высокой частоте послеоперационных осложнений (30%) и послеоперационной летальности (3-15%). Поэтому в последние годы рекомендуют прибегать к дорсальной декомпрессии только при заднем и заднелатеральном сдавлении спинного мозга (Соорег et al., 1993; Dominkus et al., 1998). При наиболее частых переднем и переднелатеральном поражениях позвонков, в случае хорошего прогноза и солитарного очага поражения, может быть выполнено удаление тела пораженного позвонка. Для стабилизации позвоночника выполняется составной остеосинтез стержневыми конструкциями.

Таким образом, проблема улучшения качества жизни больных раком молочной железы с метастатическим поражением костей скелета многопланова, несомненно сложна и актуальна. Диапазон вопросов, решаемых в рамках этой проблемы очень и очень широк: от паллиативного ухода и борьбы с болевым синдромом до

попытки активного влияния на метастатическую опухоль с целью ее регрессии. Арсенал средств, имеющихся в распоряжении у клинициста-онколога, достаточно широк и продолжает активно пополняться. В настоящее время мы имеем возможность использовать, как методы локо-регионального воздействия на метастатическую опухоль (лучевого, хирургического), так и методы системной терапии. Последние включают в себя лекарственное и лучевое лечение. Клинический опыт, имеющийся в нашем распоряжении, показывает, что наиболее продуктивным является комбинированный и комплексный подходы к борьбе с костным метастатическим синдромом у больных раком молочной железы. Необходимо отметить, что наиболее эффективными в лечении костных метастазов рака молочной железы оказались сочетания локо-региональной и системной лучевой терапии в сочетании с химио-гормонотерапией. Сказанное выше позволяет нам прийти к заключению, что в основе идеологии борьбы с костным метастатическим синдромом при раке молочной железы лежит комбинация локо-регионального и системного воздействия на опухолевый очаг.

## **II.2.2. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ДО КОНЦА — РЕАЛЬНЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

### **Введение**

К середине XX века на втором месте после болезней сердца среди заболеваний, приводящих к смерти, оказались злокачественные опухоли. В большинстве развитых стран рост онкологической заболеваемости происходит за счет основных локализаций рака. При возросших возможностях современной онкологии особенно актуальной становится проблема улучшения качества жизни пациентов со злокачественными новообразованиями.

Понятие «качество жизни» в последнее время получило широкое распространение в системе здравоохранения и паллиативной помощи, т. к. позволяет оценить уровень физического, психологического, эмоционального и социального, состояния пациента, на основании его собственного субъективного восприятия.

Применение лучевой терапии в реальных экономических условиях для большинства больных с распространенным опухоле-

вым процессом является единственным, доступным методом лечения, значительно улучшающим качество жизни, а в ряде ситуаций позволяющим добиться излечения или стабилизации опухолевого процесса.

### **Паллиативная лучевая терапия в лечении костных метастазов**

Применение лучевой терапии для лечения костных метастазов впервые произошло через несколько месяцев после открытия рентгеновских лучей в 1895г. Впервые противоболевой эффект лучевой терапии при лечении рака молочной железы в костях таза описан в 1907г. Leddy. Через несколько лет этот метод занял достойное место для эффективного противоболевого воздействия.

В настоящее время лучевая терапия применяется как метод и локорегионарного воздействия, так и системного, при использовании остеоспецифичных радионуклидов.

В практике возможно применение обоих методов — сочетанное лучевое лечение.

Показания к лучевой терапии при лечении костных метастазов были определены в 1991 Rubens:

- паллиативная лучевая терапия:
  - костная боль: компрессия нервных стволов или спинного мозга;
  - патологические переломы;
- профилактическая лучевая терапия:
  - компрессия нервных стволов, или компрессия спинного мозга.

Клинически костные метастазы проявляются следующими симптомами: боль, патологические переломы, сдавление спинного мозга, гиперкальциемия, подавление функции костного мозга.

*Боль* является частым симптомом метастатического поражения костей и встречается у 70-80% больных.

В основе формирования болевого синдрома лежат следующие механизмы — активизация медиаторов боли (простагландинов) и воздействие их на болевые рецепторы, компрессия и инфильтрация нервных стволов, рефлекторный мышечный спазм. Чувство безнадежности, обреченности, страх приближающейся смерти усиливают физический дискомфорт, болевой синдром.

Однако, по нашему многолетнему опыту в результате и в процессе проводимого лечения развивается адаптация пациента к

создавшимся условиям жизни и собственному состоянию, которая обеспечивается прежде всего уменьшением интенсивности болевого синдрома, усилиями близких родственников, медицинского персонала, направленными на создание психологического комфорта, насколько он возможен в каждой конкретной ситуации.

*Патологические переломы* сопровождают метастатический процесс в костях приблизительно у 9% пациентов, четверть из них приходится на переломы длинных трубчатых костей. При поражении кортикального слоя больше чем на половину, вероятность переломов возникает до 75%.

В клинической практике применяются понятия трех основных типов костных разрушений (Lodwick, 1964, 1965):

- географический тип, при котором определяются большие одиночные литические очаги более 1см в диаметре с четкими контурами;
- деструктивный тип («съеденный молью») — множественные литические очаги, размером 2-5мм, которые могут сливаться и образовывать большие зоны поражения с нечеткими контурами;
- проникающий тип, характеризующийся множественными литическими очагами 1мм в кортикальном слое костей, делающими их хрупкими без заметной деструкции на рентгенограмме.

*Синдром сдавления спинного мозга* развивается либо за счет прямой опухолевой инвазии после разрушения позвонков, либо через невральные отверстия, и в 98% случаев сопровождается болевым синдромом. В клинической картине может преобладать мышечная слабость конечностей, потеря чувствительности, нарушение функций тазовых органов, сексуальные нарушения.

Клиническая картина *гиперкальциемии* включает слабость, атаксию, анорексию, тошноту, рвоту, запоры, гипотонию, полиурию, изменения электрокардиограммы.

При неадекватном лечении может развиваться почечная недостаточность, приводящая к смерти.

В диагностике костных метастазов на современном уровне применяются как традиционные рентгенологические методы, так и новые высокоточные наукоемкие технологии — компьютерная томография, ЯМР-томография, ультразвуковая томография, остеосцинтиграфия, позитронно-эмиссионная томография, использование опухолеассоциированных антигенов, биохимических маркеров.

В настоящее время специалисты, занимающиеся проблемой лечения болевого синдрома, располагают целым рядом современных методов лечения:

- фармакотерапия периферическими и центральными анальгетиками, адъювантными лекарственными средствами, использование контролируемой пациентом анальгезии;
- регионарные методы (проводниковые блокады нервных стволов и сплетений, эпидуральная, субарахноидальная, сакральная анестезия, хроническая эпидуральная электростимуляция);
- инвазивные методы денервации (алкоголизация, химическая денервация периферических и центральных нервных структур, радиочастотный нейролизис);
- хирургические методы (хордотомия, ризотомия, микрохирургические методы);
- лучевая терапия;
- электростимуляция, методы иглотерапии.

Подходы к проведению лучевой терапии определяются характером костной боли и степенью ее распространения. При локальном характере костной боли в нашей клинике использовались следующие методики:

- 5 фракций по 5 Гр через 24 часа (СОД=25 Гр, ВДФ=67 Ед);
- 5 фракций по 4 Гр через 24 часа до очаговой дозы 20 Гр (ВДФ=48 Ед);
- 2 фракции по 6 или 8 Гр ВДФ=48 Ед и 40 Ед, соответственно, через 48 часов.
- 15-20 фракций в режиме динамического либо традиционного фракционирования до СОД 30-50 Гр (ВДФ=50-88 Ед).

Наш собственный клинический опыт, обзор литературных данных свидетельствует о высокой эффективности локальной лучевой терапии. У 85% больных получен ответ на проведение лучевой терапии, у 35-40% удается добиться стойкого противоболевого эффекта. По данным многих зарубежных и отечественных источников продолжительные курсы лучевой терапии по эффективности и стойкости этого эффекта имеют преимущества перед короткими курсами, особенно это касается больных с благоприятным прогнозом.

Однако, в реальных условиях физического и психологического дискомфорта для больных этого профиля, занятости радиологических коек пациентами, получающими лучевое лечение по радикальным программам, в условиях жестких нагрузок на гамма-



терапевтические аппараты, большинство радиационных онкологов отдали предпочтение коротким курсам.

Короткие курсы паллиативной лучевой терапии применяются в широкой практике с середины 60-х годов, когда специалистами института г. Руси (Франция) был разработан и обоснован с радиобиологических позиций концентрированный метод паллиативной лучевой терапии.

Достоинства концентрированных методик облучения были оценены практически сразу большинством специалистов, занимающихся лечением онкологических больных.

Аналгезирующий эффект у большинства больных (72%) при всех режимах облучения и независимо от локализации первичной опухоли проявлялся либо в процессе облучения, либо в первые 2 недели после его окончания. Крайним сроком его проявления можно считать один месяц. Благоприятным прогностическим признаком мы считали раннее наступление эффекта.

Оценивая эффективность различных режимов фракционирования, нами была отмечена эффективность облучения: в режиме по 5 Гр 5 фракций (СОД=25 Гр) — до 90%; в режиме 5 фракций по 4 Гр (СОД=20 Гр) — до 70%. «Жесткие» режимы облучения (6 Гр — 2 фракции до СОД=12 Гр или 8 Гр — 2 фракции до СОД=16 Гр) дают аналгезирующий эффект у 94% больных и используются при поражении позвоночника ниже уровня L<sub>4</sub> и крестца. У 43% больных наблюдался рецидив болевого синдрома через 6-8 месяцев, что требовало дополнительного лучевого воздействия в традиционном режиме. Динамический режим фракционирования был эффективен у 64-85% пациентов применялся у сохраннных, зачастую трудоспособных, больных.

При лечении патологических переломов локальная лучевая терапия является методом выбора и приводит к уменьшению боли, консолидации перелома.

Проведению облучения предшествовала предварительная фиксация конечности, без которой репарация костной тканей весьма проблематична.

Попытка лечения распространенной костной боли была предпринята еще в 1907 году, когда впервые Dessauer провел тотальное облучение тела (ТВИ), описанное, как «рентгеновская ванна».

Успешные результаты использования ТВИ для лечения злокачественных лимфом были описаны 1923 году Chaoul and Lang, в 1942 году — Medinger and Craver. С 1976 года на основе радиобиологических исследований и установления факта, что защита от ионизирующего излучения 10% костного мозга может привести к

восстановлению кроветворения, была разработана концепция половинного облучения тела — НВИ (Fitzpatrick and Rider, 1976), которая получила успешное развитие в публикациях последующих лет и является основой современной методик субтотального облучения.

Облучение половины тела является высокоэффективным методом лечения множественно-костных метастазов, но имеет недостатки, связанные с высокой токсичностью, сложностью лечения таких осложнений, как пневмониты, лейкопении.

Основным показанием к НВИ мы считаем наличие генерализованного опухолевого процесса с расположением очагов либо ниже диафрагмы, либо выше уровня крыльев подвздошной кости таза. К противопоказаниям к субтотальному облучению мы относим общее тяжелое состояние пациента, кровохарканье, лейкопению ниже  $3,0 \times 10^9$ . С большой осторожностью мы подходим к вопросам НВИ у пациентов, которым ранее проводилось более 2 курсов полихимиотерапии, курсы лучевой терапии с вовлечением в объем облучения костей таза, у пациентов получавших ранее субтотальное облучение, имевших в процессе лечения какие-либо осложнения, лейкопению.

Расчет очаговой дозы производился на середину тела пациента. Облучение производилось с двух противолежащих полей ежедневно. Разовая доза составляла 1,6-1,8 Гр, СОД = 18-20 Гр; при превышении этого предела отмечалось усиление гематологических реакций при аналогичных результатах лечения.

Субтотальное облучение (СТО) в нашей клинике проводится в двух вариантах, верхнего СТО, когда в облучаемый объем включалось туловище выше крыльев подвздошной кости таза и череп, при этом кости таза являются резервом кроветворения.

Нижнее СТО подразумевает облучение туловища пациента ниже диафрагмы с сохранением в качестве резерва кроветворения грудины, ребер, костей черепа и позвоночника.

Эффективность субтотального облучения, по нашему клиническому опыту, не зависела от локализации первичного очага и определялась распространенностью процесса и исходным состоянием больного. Критериями оценки эффективности лучевой терапии служили два параметра — объективный (длительность жизни) и субъективный (оценка самочувствия пациента). У 52% пациентов после проведенного лечения отмечалось значительное улучшение состояния, у 8% больных состояние ухудшалось, 6% не отметили перемен в своем состоянии. Оценивая объективный показатель эффективности СТО мы отметили статистически большую ( $p < 0,05$ ) длительность жизни этих больных по сравнению с боль-

ными, не получавших специальных методов лечения. В качестве профилактической меры лучевых реакций — рекомендовалось обильное питье глюкозосодержащих растворов (1,5-2 л выше суточной нормы), при выраженной тошноте, рвоте проводилось внутривенное введение глюкозосолевых растворов, применение церукала.

При оценке длительности жизни этого контингента больных выяснилось, что 68% пациентов с солитарными опухолями прожили 6-12 месяцев, среди пациентов, страдающих системными заболеваниями, этот показатель был выше — 72% больных прожило 6-18 месяцев.

Таким образом, субтотальное облучение является эффективным методом паллиативного и симптоматического облучения, позволяющим достигать продления жизни пациентов, повышения ее качества у традиционно считающихся инкурабельными больных при химио-гормоно-резистентных опухолях. В ряде случаев СТО является альтернативой полихимиотерапии при невозможности ее проведения по социально-экономическим причинам. Возникшие лучевые реакции не приводят к тяжелым последствиям и для своей коррекции не требуют существенных затрат, специального оборудования. Раннее развитие выраженных лучевых реакций может служить негативным прогностическим фактором.

Применение системной лучевой терапии предпочтительнее при множественном метастатическом поражении скелета. Первые сообщения о возможности использования радиоактивного фосфора-32 для лечения костных метастазов у больной раком молочной железы появились в 1942 г. (Stouna Fridell), с 1950 годов методы радионуклидной терапии начали широко использоваться в клинической практике (Козлова А.В., Модестов В.К., Цфасман А.З., Атабек А.А. и др.). Преимущества радиоизотопной терапии заключается в воздействии равным образом и на манифестирующие, так и на субклинические метастатические очаги, в относительно низкой токсичности по сравнению с методом широкопольной дистанционной лучевой терапии, в простоте использования. Применяемые изотопы относятся к специфическим для особых типов опухолей йод-131,  $^{131}\text{I}$  MIBGI; костноспецифические: фосфор —  $^{32}\text{P}$ , стронций —  $^{89}\text{Sr}$ ; самарий —  $^{153}\text{Sm}$ , иттрий —  $^{90}\text{Y}$ ; рений —  $^{186}\text{Re}$ .

В настоящее время получены удовлетворительные результаты при использовании метастрона (хлорид стронция-89), положительный эффект получен у 50% пациентов, оказалось возможным снизить зависимость от наркотических анальгетиков у

больных с рефрактерной болью. Преимущества метастрона заключается и в том, что при улучшении качества жизни большинства пациентов, препарат безопасен и может использоваться повторно с таким же эффектом и без значительной миелосупрессии.

### **Паллиативная лучевая терапия как метод выбора в ряде клинических ситуаций**

До недавнего времени лечебная тактика при метастатических поражениях печени, головного мозга носила, в основном, созерцательный и констатирующий характер. Наличие метастатического процесса большинством онкологов трактуется как безнадежная для пациента ситуация, больной переводится в IV клиническую группу с последующей симптоматической терапией.

В нашей клинике при определении показаний к проведению паллиативной или симптоматической лучевой терапии прежде всего оценивается состояние пациента, наличия метастатического поражения органа.

Противопоказаниями к проведению *лучевой терапии печени* мы считали декомпенсированное состояние, кахексию, выраженную интоксикацию, наличие признаков распада опухоли, лейкопению, выраженную желтуху с явлениями печеночной недостаточности, цирроз печени.

Исходя из онкологических принципов и закономерностей гематогенного метастазирования, а также из современных представлений радиочувствительности ткани печени, на первом этапе всегда проводилось облучение всего органа с использованием двух противолежащих полей  $S\ 16 \times 20 - 10 \times 14$  см при РИП=75 см, с разовой дозой 1,6-2,0 Гр до 18-20 Гр.

В ряде случаев при достижении клинического эффекта, когда полностью разрушались метастатические очаги, кроме 1-2-х наиболее крупных, мы считаем целесообразным проводить локальное облучение до СОД=35-45 ИзоГр. При оценке возможности и целесообразности локального облучения необходимо учитывать, чтобы в зону облучения не входило более 25-30% органа.

К настоящему времени мы располагаем опытом лечения более 200 больных по поводу метастатического поражения печени, в основном социально-активного возраста. Возраст не играл принципиальной роли в качестве противопоказания к облучению, однако, у лиц старше 65 лет, а также с богатым алкогольным анамнезом, и у пациентов, прошедших несколько курсов полихимиотера-

пии, к вопросам облучения мы относились с большой осторожностью.

Эффективность лечения оценивалось нами по степени анальгезии, степени резорбции опухолевых очагов, длительности локальной ремиссии.

Болевой синдром, как правило, купировался у 85-90%, причем у большинства пациентов на второй неделе лечения. Из 26 больных, нуждающихся в наркотических средствах, 23 (88%) — от них отказались. Полная резорбция очагов до 10 мм наступила у 87% больных — после подведения дозы 18-20 Гр; очаги больших размеров более, чем на 50% разрушались у 60% больных.

При оценке длительности безрецидивного периода 6-18 месяцев у 80% пациентов, нами не было отмечено существенной зависимости эффективности лечения от локализации первичного очага и его морфологического строения. По-видимому, этот феномен обусловлен дедифференцировкой метастазов по отношению к первичной опухоли (Грех И.Ф., 1979).

Одним из самых сложных разделов радиационной онкологии является *нейроонкология*. Метастазы головной мозг встречаются у 9-35% больных мелкоклочным и дифференцированными формами рака легкого, молочной железы. Этот контингент больных составляет основную массу пациентов с метастатическим поражением головного мозга, и был поделен нами на 2 группы по прогностическим признакам.

В первую группу с неблагоприятным прогнозом выделены пациенты, у которых метастазы в головной мозг выявлены либо одновременно с первичным очагом, или с другими метастазами, либо в сроки до 1-3 лет после излечения первичного очага.

Во вторую, более благоприятную по прогнозу, группу были выделены пациенты, у которых метастазы в головной мозг развились после 3-х летней ремиссии.

Длительность жизни больных с метастатическими поражениями головного мозга не превышала 4-8 недель. Клиника носит неврологический характер с выпадением функций мозга — деформации полей зрения, парезы, параличи, симптомы повышения внутричерепного давления.

Исходя из представлений о процессе гематогенного метастазирования в головной мозг, на первом этапе лечения включался весь объем органа, даже при наличии единственного визуализируемого очага, т.к. нельзя исключать полностью наличие микродиссеминатов как в веществе головного мозга, так и в сосудистом русле, в оболочечных структурах. Разовая доза составляет 3 Гр, суммарная — 30 Гр. Приведенный режим облучения позволял до-

статочно быстро достигать лечебного эффекта на уровне СОД=9-15 Гр.

Лучевая терапия осуществлялась на фоне дегидратационной терапии. Лучевые реакции, требующие прерывания лечения, развились у 7%.

Вопрос о целесообразности и возможности локальной лучевой терапии решался после перерыва в 10-12 дней, контрольной компьютерной томографии головного мозга.

Локальное облучение продолжалось при наличии не более 3-х метастатических очагов, при исчезновении микродиссеминатов в веществе головного мозга, резорбции крупных очагов не менее, чем на 30-50%, при отсутствии генерализации опухолевого процесса. Разовая доза составляла 1,8-2 Гр, до СОД=60-65 Гр (ВДФ 100).

В результате проведенного лечения, общемозговая симптоматика была купирована у 58% больных, у 14% — не отмечено эффекта. Длительность безрецидивного периода составляла  $11,3 \pm 2,6$  мес.

Таким образом, облучение метастатических опухолей головного мозга является перспективным методом лечения данной категории пациентов и дает выраженный паллиативный эффект, позволяющий существенно продлить жизнь пациентов и улучшить ее качество.

*Рак пищевода* в большинстве случаев прогрессирует достаточно медленно, и все же средняя продолжительность жизни нелеченных больных не превышает 5-8 месяцев с момента появления первых признаков болезни.

Использование паллиативной лучевой терапии дает возможность 7-10% больных пережить более года. В нашей клинике для этого контингента применяются методики нетрадиционного фракционирования — 2 фракции по 8,0 Гр с интервалом 48 часов. Преимущество облучения крупными фракциями заключается в возможности получать быстрый симптоматический эффект и сократить продолжительность лечения.

В случае выраженного клинического эффекта может быть решен вопрос о продолжении лучевой терапии в традиционном режиме фракционирования до 30-40 Гр.

Проведение паллиативной лучевой терапии позволяет у 60-80% больных добиться регресса опухоли и исчезновения дисфагии, болевого синдрома, а в ряде случаев дает возможность продолжения лечения до радикальной дозы.

Таким образом, крупнофракционное облучение можно рекомендовать как эффективный метод паллиативной помощи боль-

ным раком пищевода IV стадии, и в этой ситуации лучевая терапия является методом выбора и альтернативой гастростомии у больных местнораспространенным раком пищевода с выраженной дисфагией.

### **Паллиативная нейтронная терапия**

В результате многолетних клинических исследований ведущих специалистов радиационной онкологии и медицинской физики установлено, что существует ряд резистентных к фотонному облучению злокачественных новообразований, таких как опухоли слюнных желез, саркомы мягких тканей, рецидивные и метастатические опухоли, некоторые формы опухолей головного мозга, предстательной железы. Контингент больных с тяжелыми радиорезистентными формами злокачественных опухолей достигает 30%, что по Российской Федерации составляет 40–50 тыс. человек в год.

Для повышения эффективности лечения этой группы больных требуется применение плотноионизирующего излучения, прежде всего, нейтронов. Использование фотонно-нейтронной терапии улучшает отдаленные результаты лечения больных с радиорезистентными новообразованиями на 25–32%, а в ряде клинических ситуаций, после исчерпанных возможностей конвенциональной лучевой терапии, дает надежду на положительный эффект.

Накопленный на сегодняшний день клинический опыт (более шестидесяти лет) по применению нейтронов убедительно демонстрирует преимущества их использования в клинической практике.

Радиобиологическими предпосылками использования нейтронов различных энергий являются:

- малая зависимость действия от фазы клеточного цикла и насыщения клеток тканей кислородом;
- низкая вероятность репарации сублетальных повреждений;
- небольшой интервал радиочувствительности различных клеточных симптомов;
- возможность щажения нормальной костной ткани в зоне облучения.

В целом, для нейтронов характерна высокая относительная биологическая эффективность (ОБЭ) — максимальная ОБЭ отмечена у нейтронов с энергией 0,3–0,4 МэВ. Ингибирование репаративных процессов в тканях после нейтронного облучения приводят к тому, что с уменьшением дозы нейтронов за фракцию ОБЭ

возрастает. Ряд исследователей считают необходимым определение ОБЭ для конкретных размеров фракций нейтронов, чтобы не допустить превышения толерантности нормальных тканей. Дополнительные преимущества нейтронной терапии заключаются в том, что репаративные процессы в опухоли при фракционированном нейтронном воздействии имеют меньшую выраженность, чем в коже.

В настоящее время ведется поиск компромиссного варианта между высокой терапевтической эффективностью и приемлемым для каждой конкретной локализации опухоли распределением дозы нейтронов.

История развития нейтронной терапии злокачественных новообразований берет начало через несколько месяцев после открытия Вильгельмом Конрадом Рентгеном X-лучей (1895г.), когда началось их использование для лечения опухолей. В ближайшие после открытия годы усилия ученых были направлены на попытки использования ускорителей заряженных частиц для увеличения проникающей способности излучения, велись разработки различных сканеров для более точного определения локализации и диагностики опухолей. Открытие Марии Складовской-Кюри и Пьера Кюри в 1898г. нескольких природных радиоактивных элементов, главными из которых явились полоний и радий, а затем в 1934 году открытие искусственной радиоактивности Ирен и Фредериком Жолио-Кюри дали качественный скачок к применению ионизирующего излучения в терапии рака. За короткий срок из отдельных экспериментальных работ отдельных энтузиастов рентгентерапия перешла в арсенал практической медицины. Первое применение нейтронов для лечения злокачественных опухолей связано с именем Эрнеста Лоуренса (Беркли, США), который после открытия искусственной радиоактивности по-новому осознал возможность использования неустойчивых ядер в качестве источников излучения в медицине или в качестве меченных атомов в биологии. В 1938 году Э. Лоуренс с помощью брата Джона, врача по профессии, впервые начал применение нейтронов для лечения матери, страдающей онкологическим заболеванием. Первый опыт использования нейтронов, генерируемых полученным на циклотроне пучком протонов, прошел успешно. В это же время Энрико Ферми (Италия) занимался вопросами изучения потенциальных возможностей пучка ускоренных частиц для лечения злокачественных опухолей.

Первый циклотрон, предназначенный для клинического использования был введен в эксплуатацию в 1966 году в Хаммер-



смитском госпитале в Лондоне. В настоящее время этот центр занимает одно из ведущих мест нейтронной терапии злокачественных опухолей отдельных локализаций. В Хаммерсмитском госпитале убедительные результаты преимущества нейтронной терапии по сравнению с фотонным облучением опухолей головы и шеи, глиобластом, опухолей слюнных желез, сарком мягких тканей.

Позднее центры нейтронной терапии появились в Западном госпитале общего типа в Эдинбурге (Великобритания), университетской клинике в Эссене, Гамбурге и Гейдельберге (ФРГ), а также в университетской клинике Католического университета в Лувене (Бельгия). В настоящее время использование нейтронной терапии в Европе координируется Европейской организацией по исследованиям терапии рака (EORTC). Результаты клинического использования в различных центрах тщательно анализируются и сравниваются Европейской группой клинической дозиметрии нейтронов. Дозиметрия осуществляется по единому Европейскому протоколу.

Полученные клинические результаты использования нейтронов значительно варьировали в зависимости от программы лучевой терапии — от 90-100% после радикального облучения до 25% после паллиативного. Преимущества облучения нейтронами опухолей головного мозга в Европейских центрах проблематично, не дало хороших результатов и применение нейтронов при карциноме бронхов в университетской клинике в Гейдельберге. Вместе с тем выяснилось несомненное преимущество при облучении опухолей слюнных желез (полная регрессия опухолей до 9394), сарком мягких тканей.

Одним из основных направлений дальнейших исследований является изучение относительной биологической эффективности (ОБЭ) при различных схемах фракционирования, влияние нейтронного воздействия на ткани с различной способностью к регенерации. Разрабатываются методы повышения эффективности нейтронной терапии в области радиомодификации с использованием гипертермии, различных радиосенсибилизаторов, изучаются вопросы механизмов репарации гетерогенных клеточных популяций *in vitro* и *in vivo*.

В лаборатории Патерсона и Хольтрадиевом институте в Манчестере изучаются цитогенетические изменения после нейтронного облучения тканей щитовидной железы, мочевого пузыря. Основные направления работ лаборатории Грея центра радиобиологического профиля в Великобритании касаются изучения ОБЭ для ранних и поздних повреждений легких, толстой кишки,

кожи в зависимости от режима облучения (однократное, фракционированное), а также влияние последовательного облучения рентгеновским излучением и быстрыми нейтронами на клетки *in vitro*.

Результаты отдаленного воздействия после однократного и фракционированного нейтронного облучения, поздние изменения в центральной нервной системе, вопросы изучения связи радиационных эффектов с процессами регенерации в головном и спинном мозге проанализированы в радиологическом институте TNO в Рейсвейке (Нидерланды).

Большое внимание уделяется вопросам радиобиологии в Лувене (Бельгия), где изучаются проблемы относительной биологической эффективности и коэффициента кислородного усиления (ККУ) в зависимости от воздействия пучков различной энергии.

В США со времени начала использования нейтронной терапии (1972г.) имеется опыт лечения более чем 3 тыс. онкологических больных. Рандомизированные клинические испытания осуществлялись под эгидой группы лучевой терапии рака, сравнивались результаты облучения фотонами и нейтронами в различных центрах США: при опухолях головы и шеи, глиобластоме, опухоли мочевого пузыря. Эффективность нейтронной терапии оценивалась как по критериям непосредственной резорбции опухоли, так и по выживаемости, частоте осложнений и не имела преимуществ перед фотонным облучением.

На современном этапе в национальных лабораториях США в Брукхейне, Ок-Ридже, Аргоне особое внимание уделяется действию нейтронов на биологические объекты, отдаленным последствиям нейтронного облучения, влиянию низких доз на опухолевую клеточную трансформацию, вопросам канцерогенеза после локального облучения при разных режимах фракционирования.

Клинические исследования американских ученых направлены и на изучение воздействия нейтронного облучения на гемопоэтические ткани, анализ влияния трансплантации костного мозга на восстановление гемопоэза при воздействии нейтронов деления (Радиологический исследовательский институт вооруженных сил США, Бетезда, Мериленд). Радиобиологические исследования проводятся и в Онкологическом институте и Госпитале М.Д. Андерсона на тему сравнения отдаленных последствий нейтронного облучения энергией 50 МэВ и фотонного  $^{60}\text{Co}$  крупных животных (свиней, обезьян) для ранних и поздних реакций различных тканей (кожа, слизистые оболочки полости рта, почек, спинного мозга).

Вопросы клинической дозиметрии нейтронов, обобщение клинического опыта проводятся в национальной лаборатории ускорителей (Фермилаб, Батавия, Иллинойс), изучаются различные аспекты радиомодификации, в частности с использованием радиопротектора WR-2721 (Медицинская школа университета Сиэтла, Вашингтон). Большой интерес вызывает изучение вопроса более высокой ОБЭ для отдаленных последствий нейтронного облучения по сравнению с ранними эффектами, различной регенерацией тканей в зависимости от фракционирования дозы (Калифорнийский университет Лос-Анжелеса). Целый ряд крупных университетов занимаются изучением воздействия нейтронов при их клиническом использовании (университет Дьюка, Дурхам, Северная Каролина; Пенсильванский университет, Филадельфия; Колумбийский университет, Нью-Йорк).

В отличие от результатов, полученных в центрах нейтронной терапии Европы и США, данные японских исследований демонстрируют неоспоримые преимущества нейтронной терапии при лечении опухолей отдельных локализаций. Клиническое использование нейтронов в Японии проводится с 1975 года в Национальном институте радиобиологии (Чиба), институте медицинских наук (Токио), обобщен опыт лечения более 1,5 тыс. пациентов, показаны преимущества комбинированного лечения (в сочетании с хирургическим вмешательством).

Получены обнадеживающие результаты при лечении опухолей головы и шеи, прямой кишки, легких, шейки матки, при остеосаркомах. В исследовании японских клиницистов убедительно показано преимущество использования нейтронов по сравнению с фотонами при лечении опухолей предстательной железы, сарком мягких тканей. При лечении же опухолей слюнных желез нейтронная терапия является методом выбора. Что касается опухолей мозга, поджелудочной железы, мочевого пузыря, в японских центрах нейтронной терапии получены отрицательные результаты.

На сегодняшний день использование нейтронной терапии получило поддержку в 25 специализированных центрах мира, из них три находятся в России (г.Обнинск, г.Томск, г.Снежинск).

В нашей клинике фотонно-нейтронная терапия применяется с сентября 1999г.; к настоящему моменту пролечено более 100 пациентов. Фотонный этап лучевой терапии больные проходят в Челябинском областном онкологическом центре с использованием гамматерапевтических аппаратов «Рокус-М», «Агат-Р», медицинских линейных ускорителей электронов Philips SL-15 и SL-20. Этап нейтронного облучения проводится в центре нейтронной те-

рации на базе Федерального Ядерного центра (г.Снежинск) в режиме мультифракционирования с РОД=0,3 Гр, 2 раза в день, до СОД=2,4 Гр (по относительной биологической эффективности соответствует 14,4 Гр гамма-излучения). Вклад нейтронного облучения в суммарную дозу фотонно-нейтронной терапии составил, таким образом, от 18% до 25%.

При оценке результатов проведенной фотонно-нейтронной терапии выяснилось, что результаты лечения аналогичных пациентов по традиционным методикам оказались в 3,5 раза хуже.

Использование плотноионизирующих излучений, в частности, быстрых нейтронов, является одним из перспективных путей повышения эффективности лечения распространенных злокачественных новообразований, а зачастую, единственным шансом для тяжелого контингента больных с радиорезистентными опухолями.

В настоящее время паллиативная помощь имеет в своем арсенале целый ряд методов, позволяющих улучшить качество жизни пациентов с распространенными формами рака. Паллиативная лучевая терапия занимает достойное место в ряде этих методов, прежде всего, своей доступностью, экономической целесообразностью, возможностью получения быстрого клинического эффекта и может применяться как в качестве самостоятельного лечения, так и в сочетании с лекарственными методами.

### *Литература*

1. *Важенин А.В., Ключина О.Н., Шарабура Т.М., Прокопьева О.В.* Симптоматическое лечение костных метастаз рака молочной железы.//Организация паллиативной помощи и методы лечения больных с распространенными формами злокачественных новообразований. — Тез.докл.Всерос.Конференции. — 23-25 мая, 1995. — М. — 1995. — сс.72-73.
2. *Важенин А.В.* Очерки радиационной онкологии.//Челябинск. — 1998. — 130с.
3. *Важенин А.В.* «Современное лечение и перспективы развития клинической онкологии в Челябинской области».//Челябинск. — 2001.-43с.
4. *Важенин А.В., Шарабура Т.М., Васильченко М.В.* Возможности крупно-фракционного облучения в паллиативной помощи больным распространенным раком пищевода.//В сб. «Рентгенорадиология XXI века. Проблемы и надежды». — Челябинск-Москва. — 2001. — с.88.
5. *Важенин А.В., Васильченко М.В., Магда Э.Г., Мокичев Г.В., Матвеев В.А., Мукасинов З.З., Васильченко Л.Е., Шарабура Т.М., Ключина О.Н.*

- шина О.Н., Абдуллина Н.А., Доможирова А.С. Клиническое использование фотонно-нейтронной терапии в Челябинском областном онкологическом центре.//В сб. «Рентгенорадиология XXI века. Проблемы и надежды». — Челябинск-Москва. — 2001. — с.79.
6. Избранные лекции по клинической онкологии.//Под ред.акад.РАМН В.И. Чиссова, проф. С.Л. Дарьяловой. — Москва. — 2000. — 736с.
  7. Киселева Е.С. Лучевая терапия злокачественных опухолей.//М. — Медицина. — 1996. — 164с.
  8. Модников О.П., Новиков Г.А., Родионов В.Р. Костные метастазы рака молочной железы (патогенез, клиника, диагностика и лечение).//М. — 2001. — 256с.
  9. Моисеенко В.М. Паллиативное лечение больных солидными опухолями с метастатическим поражением костей.//Практическая онкология. — №1(5). — 2001. — сс.33-38.
  10. Новиков Г.А. Основы паллиативной помощи онкологическим больным с хронической болью //Дисс.докт.мед.наук. — М. — 1994.
  11. Новиков Г.А., Прохоров Б.М., Нестеренко В.М. Пути повышения качества жизни инкурабельных онкологических больных.//Проблемы современной онкологии. — Тез.докл.IV Всерос.съезд онкологов. — Ростов-на-Дону. — 1995. — сс.78-79.
  12. Новиков Г.А., Прохоров Б.М., Вайсман М.А., Рудой С.В. Концепция новых технологий в терапии хронической боли онкологического генеза.//Тезисы доклада на V съезде онкологов России. — Казань. — 2000.
  13. Новиков Г.А., Осипова Н.А., Прохоров Б.М., Вайсман М.А., Рудой С.В. Организационно-методологические проблемы эффективного обезболивания в паллиативной помощи онкологическим больным в России.//Практическая онкология. — 2001. — №1(5). — сс.14-17.
  14. Обезболивание при раке и паллиативное лечение.//Доклад Комитета экспертов ВОЗ. — Женева. — 1992. — с.76.
  15. Осипова Н.А., Новиков Г.А., Прохоров Б.М. Хронический болевой синдром в онкологии.//М. — 1998. — 183с.
  16. Тюлядин С.А. Интеграция паллиативной помощи в онкологическую практику.//Практическая онкология. — 2001. — №1(5). — сс.3-4.
  17. Allen K.L. Rapid Palliation in Private Practice.//In: Bone metastases. — Eds. Weiss L., Gilbert H.A. — Boston. — G.K. Hall. — 1981. — pp.457-468.
  18. Buchwalter J.A., Brandser E.A. Metastatic disease of the skeleton.//Am.Fam.Physician. — 1997. — V.55(5). — pp.1761-1768.

19. *Carty N.G., Fogitti A., Hamilton C.R.* Pathere of clinical metastases in brest cancer and analysis of 100 patients.//*Ecer.J.Surg.Oncol.* — 1995. — V.21(6). — pp.607-608.
20. *Coleman R.E.* How can we improve the treatment of bone metastases further.//*Curr.Opin.Oncol.* — 1998. — V.10.(Suppl.1). — pp.7-17.
21. *Hoegler D.* Radiotherapy for palliation of symptoms in incurable cancer.//*Curr.Probl.Cancer.* — 1997. — v.21(3) — pp.129-183.
22. *Leddy E.T.* Roentgen treatment of metastasis to the vertebrae and bones of pelvis from carcinoma of the brest.//*Am.J.Roentgenol.Radiat.Ther.* — 1930. — V.24. — pp.657-672.
23. *Nielsen O.S., Bentzen S.M., Sandberg E., Gadeberg C.C., Timothy A.R.* Randomized trial of single dose versus fractionated palliative radiotherapy of bone metastases.//*Radiother.Oncol.* — 1998. — v.47(3). — pp.233-240.
24. *Macklis R.M., Cornelli H., Lasher J.* Brief courses of palliative radiotherapy for metastatic bone pain: a pilot cost-minimization comparison with narcotic analgesics.//*Am.J.Clin.Oncol.* — 1998. — V.21(6). — pp.617-622.
25. *Tordiglione M., Luraghi R., Antognoni P.* Role of palliative and symptomatic radiotherapy in bone metastasis.//*Radiol.Med.(Torino).* — 1999. — V.97(5).- pp.332-337.
26. *Rubens R.D., Fogelman J.* Bone metastases.//London. — Springer. — 1991. — 260p.
27. *Shigematsu N., Ho H., Toya K.* Palliative radiotherapy for symptomatic osseus metastases.//*Nippon.Igary.Hoshasen.Gakkai.Zasshi.* — 1995. — V.55(9).- pp.677-681.
28. *Uppelschoten G.M., Wanders S.L., Be-Jong. J.M.* Single dose radiotherapy (6Gy): palliation in painful bone metastases.//*Radiother.Oncol.* — 1995.- V.36(3). — pp.182-202.

### **II.2.3. СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ТРАХЕИ И БРОНХОВ**

Вопрос об уровне специализированной помощи онкологическим больным (радикальная, паллиативная, симптоматическая) решается не только в зависимости от обще-симптоматического состояния, объема поражения и основных характеристик злокачественного новообразования у каждого конкретного пациента. Но и от концептуальных онкологических принципов. Последние неизбежно претерпевают поэтапные изменения по мере развития онкологической науки, совершенствования ее материально-технической базы и соответственно методик противоопухолевого лечения. Параллельно с этим меняются наши взгляды на различные факторы прогноза и признаки «курабельности» той или иной категории больных.

Еще 2-3 десятилетия назад абсолютными противопоказаниями к проведению лучевой терапии считались сопутствующие диабет и туберкулез; наличие первичной множественности опухолей, возраст старше 65 лет всегда вызывали сомнения в целесообразности радикального лечения.

Ряд злокачественных опухолей только в силу особенностей локализации был недоступен для противоопухолевого воздействия.

Совокупные достижения клинической онкологии явились серьезным основанием для пересмотра многих ограничений. В первую очередь это относится к эскалации органосохраняющего, функционально-щадящего направлений и лечению местно-распространенных опухолей. Комплексность лечения, выполнение огромных по объему комбинированных и расширенных операций с последующим пластическим закрытием дефекта в корне изменили судьбы многих больных с местно-распространенными злокачественными опухолями.

Если проследить этапы развития и внедрения в практику различных методов противоопухолевого лечения, зачастую они апробировались как сугубо паллиативные, а в дальнейшем становились мощным средством радикального воздействия.

Настоящая публикация посвящена разработке методов лучевой терапии злокачественных опухолей трахеи и бронхов.

Первичные злокачественные опухоли трахеи редки. Gilbert сообщил о наблюдениях за 546 больными опухолями трахеи, из

них у взрослых — 93,2% и детей 6,8%. Среди взрослых у 49,1% диагностированы злокачественные опухоли, из них эпителиальной природы — 79%. Стадийность для опухолей трахеи не определена.

У 20% больных злокачественные опухоли трахеи явились проявлением синхронного или метасинхронного рака.

По данным Grillo H.C., Mathisen D.J. (1990), среди первичных опухолей трахеи одинаково часто встречаются плоскоклеточный рак (35%) и аденокистозный рак (40%), другие морфологические формы — 24% (аденокарциномы, мелкоклеточный рак, атипичный карциноид, меланомы, хондросаркомы, веретенчатый рак, рабдомиосаркомы).

Плоскоклеточный рак чаще поражает дистальную часть трахеи и более чем в 60% случаев заднюю и боковую стенки. Почти 1/3 пациентов уже при первичном обращении имеют метастазы в лимфоузлы средостения или в легкие. Аденокистозный рак преимущественно поражает верхнюю часть трахеи, для него характерен эндотрахеальный и перитрахеальный рост. Перитрахеальный рост опухоли при аденокистозном раке встречается в 3 раза чаще, чем при плоскоклеточном. Метастазы при аденокистозном раке встречаются редко. (Batsakis J.G. и Grillo H.C., 1979)

Клинические симптомы связаны с нарастающей обструкцией дыхательных путей: кашель (36%), одышка (56%), кровохарканье (60%), охриплость (40%) (Fields J.N., 1989).

Для диагностики используется традиционное рентгенологическое исследование, бронхоскопическое и КТ (Weber A.L., 1978).

Основными прогностическими факторами являются гистологическая структура опухоли, локализации процесса и резектабельность.

Методом выбора при раке трахеи является резекция трахеи с реанастомозом (Grillo H.C. и Mathisen, 1990). Авторы показали важность профилактики чрезмерного натяжения при наложении анастомоза (учитывая анатомическое расположение опухоли), зависимость послеоперационных осложнений от объема кровопотери (некроз анастомоза) и большого объема отсепарованных тканей при диссекции лимфоузлов средостения (неоперабельные стенозы). По данным Gelder C.M., Hetzel M.R. (1993), выживаемость пациентов с локализацией опухоли в верхних отделах больше по сравнению с локализацией в нижней трети. При плоскоклеточном раке чаще поражение лимфоузлов, и это отрицательный прогностический признак, хотя при плоскоклеточном раке степень инвазии опухоли тоже важна. При аденокистозном раке чаще наблюда-



ются рецидивы по линии резекции. Авторы считают, что все пациентам, которым удалось выполнить операцию, показано послеоперационное облучение с целью «профилактики» рецидивов по линии резекции. При комбинированном лечении (операция и облучение) средняя выживаемость пациентов с плоскоклеточным раком — 34 месяца, только при лучевой терапии — 10 месяцев, для пациентов с аденокистозным раком — 118 и 28 месяцев, соответственно. Послеоперационные осложнения: стенозы, пищеводные и медиастинальные свищи, паралич голосовых складок вследствие повреждения гортанного нерва, послеоперационная аспирация и другие неспецифические послеоперационные осложнения. Уровень хирургической летальности 5-12% (Grillo H., Mathisen D., 1990).

Однако большинство больных злокачественными опухолями трахеи не подлежат хирургическому лечению из-за распространенности процесса, возраста, сопутствующих заболеваний.

Судьба пациентов с опухолью трахеи весьма трагична. Из-за нарастающей одышки их в течение длительного времени лечат «от дебюта бронхиальной астмы», «сердечной недостаточности» и т.д. заканчивается этот печальный путь, как правило, в отделении реанимации в связи с острой дыхательной недостаточностью. И если на этом этапе распознается опухоль трахеи, она по распространенности относится к нерезектабельной, т.к. чаще всего речь идет о тотальном поражении органа с переходом на один или два главных бронха. Особенно обидно терять от легочной недостаточности больных с аденокистозным раком трахеи (цилиндромой), т.к. он редко дает метастазы. Причиной смерти у этих пациентов становится опухолевое сужение трахеи.

До последнего времени при лечении злокачественной опухоли трахеи мы использовали дистанционное облучение.

Эффективность лечения в определенной мере зависит от дозы, которую удастся подвести к опухоли. При СОД менее 50 Гр достигается, как правило, только паллиативный эффект. Подведение СОД свыше 60 Гр, необходимой для излечения рака (учитывая близость жизненно важных органов: сердце, легкие, пищевод, спинной мозг и их толерантность), при дистанционном облучении практически нельзя осуществить без повреждения окружающих тканей. Таким образом, при наружном облучении больных со злокачественными опухолями трахеи речь заведомо шла о непродолжительном паллиативном эффекте.

Как это ни прискорбно, в эту же категорию попадали многие больные раком легкого, причем не только с нерезектабельными опухолями, но и с относительно небольшими поражениями у не-

операбельных больных либо с рецидивами после комбинированного или комплексного лечения.

Сегодня благодаря техническому перевооружению лучевой терапии мы можем обсудить возможности сочетанного лучевого лечения рака трахеи и бронхов.

За счет совершенствования радиотерапевтической техники в настоящее время лучевой терапевт располагает широким набором ионизирующих излучений (в том числе нейтронов и протонов) и способов их пространственного подведения. Это — дистанционное, различные виды контактного, интраоперационное облучение и их сочетания. Указанное позволяет с высокой точностью производить облучение заданных объемов на любой глубине.

Остановимся более подробно на различных вариантах контактного облучения.

Создание аппаратов типа «АГАТ-ВУ», «Селектрон», «Гамма-мед», создает предпосылки для проведения брахитерапии опухолей различных локализаций по принципу автоматизированного «afterloading», в том числе с использованием пространственно-временной оптимизации, что уже обеспечило координатные преобразования в лечении больных раком шейки и тела матки с повышением отдаленных результатов на 30-40%. Однако в нашей стране, несмотря на 20-летний опыт работы на аппаратах указанного типа, внутрисполостное облучение используется преимущественно при лечении гинекологического рака, реже при раке пищевода и прямой кишки. При раке трахеи и бронхов практически не применяют.

Использование различных режимов фракционирования внутрисполостного облучения, усовершенствование методик дистанционного компонента, современных способов радиомодификации позволило за 20 лет повысить пятилетние результаты при раке шейки матки по всем стадиям с 52,7% до 74,9%. При десятилетнем сроке — с 39,8% до 71,1% (I стадия — 95%, II — 78,9%, III — 58,1%), т.е. в среднем на 20-30%. В среднем отдаленные результаты лечения всех локализаций гинекологического рака таковы: шейки матки — 74,9%, культы шейки матки — 72,6%, эндометрия — 68,9%, влагалища — 54,7%. 20-30 лет назад более половины этих, сегодня полностью излеченных больных могли получать лишь симптоматическую терапию. Здесь будет уместно подчеркнуть, что зарождалась современная сочетанная лучевая терапия гинекологического рака как вариант паллиативной помощи.

Вместе с тем у больных местно-распространенным первичным и рецидивным немелкоклеточным раком легких и трахеи лу-

чаявая терапия является практически единственным методом лечения, так как возможности хирургического метода лечения у них ограничены, а при опухолях трахеи ситуация еще более усугубляется из-за отсутствия адекватного протезирования. Поэтому подавляющее большинство больных с местно-распространенным процессом в грудной клетке получает либо паллиативную лучевую, либо симптоматическую терапию, переходя в категорию онкологически «некурабельных» больных.

Сегодня имеется определенный мировой опыт использования эндобронхиальной лучевой терапии (ЭБЛТ) и он касается паллиативного лечения указанной «некурабельной» категории больных. Однако до настоящего времени целый круг вопросов, касающихся принципиальных подходов в определении возможностей ЭБЛТ в радикальном и паллиативном лечении, ее сочетания с дистанционным облучением и другими видами физических воздействий трактуется неоднозначно. Не решены многие методические аспекты лучевого лечения. Это касается выбора режима фракционирования и СОД как ЭБЛТ, так и дистанционного облучения, последовательность их применения, в том числе и при сочетании с лазерной деструкцией опухоли. Нуждается в изучении характер реакций нормальных тканей при радикальном сочетанном лучевом лечении, ближайшие и отдаленные результаты при первичных и рецидивных опухолях, не изучены возможности эндобронхиального облучения при лечении рецидивного рака трахеи после радикального курса лучевой терапии.

Метод внутриполостной лучевой терапии состоит в подведении источника ионизирующего излучения непосредственно к опухоли, при этом в отличие от дистанционной лучевой терапии, при которой источник удален от опухоли, высокий градиент дозы позволяет значительно повысить очаговую дозу без повреждения окружающих здоровых тканей и дает возможность последующего проведения дистанционной лучевой терапии по стандартным методикам.

В Memorial Sloan Kettering Hospital с 1946 по 1960 гг. у 42 больных раком легкого проведена имплантация радиевых игл, из них у 10 — по поводу рецидивных опухолей. Эндобронхиальная лучевая терапия, как самостоятельный вариант лучевого лечения, обеспечила у этих больных среднюю продолжительность жизни 29 месяцев (Berichten, 1960).

Современный этап эндобронхиальной лучевой терапии, безусловно, связан с достижениями науки и техники. Основопологающим стало открытие в 1934 году супругами Ирен и Фредериком Жолио-Кюри искусственной радиоактивности, что послу-

жило началом эры искусственных радионуклидов. Благодаря развитию ядерной физики во второй половине XX века появились такие искусственные радиоактивные источники как кобальт, иридий, тантал, стронций, йод, калифорний и т.д. Развивалась радиотерапевтическая техника, и на этой основе совершенствовались и способы подведения ионизирующего излучения к опухоли.

Появление  $^{60}\text{Co}$  позволило вернуться к методу ВПЛТ трахеи и бронхов на новой основе. Источники  $^{60}\text{Co}$  диаметром 6-8 мм помещались в металлическую трубку, которую внедряли в бронхиальное дерево. Лечебную процедуру проводили под наркозом. По сравнению с относительно малой активностью радона — 30 мКю, эти источники имели активность 80 мКю, что позволило сократить время лечения с 24 до 3-5-8 часов. Однако высокая лучевая нагрузка на медицинский персонал все еще служила ограничением к широкому внедрению метода (Brandt и Schlugbaum, 1962; Bublitt G., 1967).

Наибольший опыт по брахитерапии рака легкого накоплен в Memorial Sloan-Kettering Cancer Center в Нью-Йорке. Начиная с 1977 года более чем у 1000 пациентов с нерезектабельным раком легкого при поражении лимфоузлов средостения выполняли нерадикальные операции с интраоперационной брахитерапией и послеоперационной дистанционной лучевой терапией. Одновременно с удовлетворительными онкологическими результатами при лечении  $^{198}\text{Au}$  и  $^{125}\text{I}$ , авторы отметили ряд осложнений. Так, интраоперационная имплантация источников безусловно значительно увеличивала риск развития кровотечений, образования язвенных дефектов тканей в зоне локализации источников излучения. Учитывая последнее обстоятельство и технические сложности метод не получил развития.

В 1980 годы 2 изобретения существенно изменили ситуацию в пользу реабилитации ВПЛТ трахеи и бронхов.

Первое относится к усовершенствованию эндоскопического метода (создан фибробронхоскоп). Эндостаты могли внедрять в главные, долевые и сегментарные бронхи даже у тяжелобольных пациентов под непосредственным визуальным контролем, а затем «заряжать» их вручную или используя afterloading (Mittal, 1986).

Второе — к широкому внедрению лазерного излучения в медицине. Значительно расширились при этом возможности эндобронхиального лечения (Laforet, 1976; Toty, 1978). Это, в первую очередь, касается больных с частичной и полной обструкцией бронхиального дерева, с угрозой асфиксии и осложненным тече-

нием опухолевого процесса (одышка, кровохарканье, пневмонит и др.) в ряде случаев препятствующих любому варианту лучевого лечения. Благодаря применению лазерной деструкции и/или реканализации опухоли стало возможным обеспечить условия для введения afterloading зонда в трахею и бронхи. Toty (1981) при опухолевом стенозе бронха для лазерной реканализации применил Nd-YAG-лазер. Nd-YAG-лазер в зависимости от мощности 12-90 Ватт обеспечил проникновение лазерного луча на глубину от 0,1 до 7 мм. Лазерная хирургия, благодаря новым техническим возможностям коагуляции злокачественных стенозирующих опухолей трахеи и бронхов, существенно повысила результаты паллиативного лечения. Следует особо отметить бескровность коагуляции стенозирующей опухолевой ткани, возможность адекватного расширения просвета трахеи и бронхов, тем самым быстрое устранение симптомов, сопровождающих ателектаз и ретростенотические пневмонии. Однако уже первый опыт применения лазерной хирургии при местно-распространенном опухолевом процессе трахеи и бронхов показал, что восстановление бронхиальной проходимости при самостоятельном лазерном лечении кратковременно. Достичь продолжительности жизни более 1 года удастся только при комбинации лазерной хирургии и дистанционной лучевой терапии.

Внедрение в начале 1983 года в больнице им.Рудольфа Вирхова метода remote afterloading, технические усовершенствования позволили разработать методику внутривидового облучения бронхов (Macha H.N., Koch K., Schumacher W., 1987). Она заключалась в следующем:

1) Использование источника излучения  $^{192}\text{Ir}$  — активностью 20 кюри. Применение подобных источников с высокой мощностью дозы значительно уменьшило время сеанса облучения, что особенно важно при лечении рака трахеи или бронхов.

2) Заряжая используемые до сих пор аппликаторы или носители с закрытыми источниками облучения, врачи и медсестры подвергались высокой лучевой нагрузке. Только благодаря методу remote afterloading, т.е. введению радиоактивных нуклидов в уже подготовленный для этого канал (поливиниловый зонд), стало возможным снизить уровень лучевой нагрузки на персонал.

3) Существенно уменьшили размер существующих источников излучения  $^{226}\text{Ra}$  — 4 мм,  $^{60}\text{Co}$  — 10 мм,  $^{192}\text{Ir}$  — 1 мм, соответственно до 4 мм уменьшился и диаметр эндостата, появилась возможность установки эндостата в субсегментарные бронхи.

4) С помощью фибробронхоскопа стало возможно вводить эндостат в бронхиальное дерево под местной анестезией.

5) Жесткая фиксация источника излучения на приводящем тросе позволила с высокой точностью осуществлять его пошаговое движение и облучение опухоли протяженностью от 0,5 до 20 см.

6) Значительно возрос уровень дозиметрии, что позволило с учетом времени нахождения источника в каждой позиции максимально приблизить «кривую» изодозы к форме опухоли.

7) Градиент дозы позволял подводить к опухоли высокую дозу ионизирующего излучения при минимальном облучении здоровых тканей.

8) ВПЛТ возможно сочетать с дистанционным облучением.

Однако проведение брахитерапии при раке трахеи и бронхов не всегда выполнимо из-за опухолевого стеноза. Возникла идея при опухолевом стенозе бронха обеспечить условия для ВПЛТ за счет реканализации просвета с помощью лазера (Macha H.N., Koch K., Schumacher W., 1987). По мнению авторов, комбинация лазерной хирургии и лучевой терапии имеет большие перспективы в улучшении результатов лечения. При опухолевом стенозе трахеи и/или бронхов под местной анестезией проводили лазерную коагуляцию интратрахеальной части опухоли, вслед за этим в зависимости от длины и ширины созданного канала устанавливали эндостат. РОД составила 15 Гр на глубину до 3 мм. Сеансы повторяли с интервалом в 1-2 недели 3-4 раза. Подобное лечение проведено у 56 пациентов (рак правого главного бронха — 33, левого главного бронха — 20 и рак трахеи — 3). У 25 пациентов с полным стенозом бронха при разрешении ателектаза стало возможным уточнить распространенность процесса. У большинства пациентов, которые получали ВПЛТ в качестве первой и единственно возможной меры помощи после проведения лазерной коагуляции, стало возможным проведение дистанционной лучевой терапии, что привело к уменьшению большей части опухоли, включая метастазы в лимфатические узлы средостения. У 3 пациентов, у которых ранее процесс признан нерезектабельным, удалось выполнить хирургический этап лечения: у одного — лобэктомия, у двоих — пневмонэктомию с последующей ДЛТ. У 19 пациентов достигнута частичная резорбция опухоли. Таким образом данный метод лечения — лазерная коагуляция с одновременной брахитерапией — показан при невозможности начать лечение с ДЛТ из-за наличия ателектаза, при рецидивах после операции, а самое главное при отсутствии альтернативных методов противоопухолевого лечения.

Сегодня мировой опыт внутриполостного и сочетанного лучевого лечения включает тысячи пациентов. Он касается преиму-

щественно паллиативного лечения. Как правило, проводят от 1 до 5 сеансов ЭБЛТ с различным уровнем разовой дозы и мощности.

Непосредственные результаты паллиативной эндобронхиальной лучевой терапии (одно-три внутриполостных облучения) представлены в таблице II.2.3.1.

Таблица II.2.3.1

Авторы	Год публикации	Число больных	Улучшение в %		
			клиническое	рентгенографическое	бронхоскопическое
Allen M.D. et al.	1985	15	100,0	38	—
Schray M.F. et al	1988	65	—	—	60
Mehte M.P. et al	1992	66	78	78	93
Roach M. et al	1990	17	53	17	60
Lo T.C. et al	1992	87	59	—	76
Locken P. et al	1990	18	83	—	70
Poradelo J.C. et al	1992	32	66	21	85
Susherwala S.S.	1992	14	50	75	—
Raju P.I. et al	1993	39	83	82	89
Всего	—	353	50-100	17-82	60-93

Как видно из представленных данных (табл. II.2.3.2), у абсолютного большинства больных только внутриполостная лучевая терапия обеспечивает высокий процент паллиативного эффекта. Клинический эффект достигается у 65-100%, а резорбция эндобронхиального компонента опухоли по данным бронхоскопии отмечена у 70-100% пациентов.

У больных с местно-распространенным нерезектабельным раком легкого при сочетании ВПЛТ и дистанционного облучения одногодичная выживаемость составила 38%, двухгодичная — 23% (Reddi R., 1992). По данным Perol M. (1997) прожили свыше года — 75%, 2 лет — 58% больных, средняя выживаемость достигла 28 месяцев. Без рецидива свыше года наблюдали 75% пациентов (табл. II.2.3.3).

Таблица II.2.3.2

**Результаты ВПЛТ с высокой мощностью дозы (HDR)**

Авторы	Клинический ответ (%)	Рентгенологи- ческий (%)	Бронхоскопи- ческий (%)
Nori, 1987	80	88	—
Seagren, 1985	94	—	100
Macha, 1987	74	88	75
Gauwitz, 1992	88	83	100
Speiser Sprantling, 1993	85-99	—	80
Burt, 1990	50-86	46	88
Faas, 1990	75	—	—
Bedwinek, 1991	76	64	82
Miller Phillips, 1990	—	—	80
Konek, 1990	65-77	26	61
Stout, 1990	51-86	46	—
Mehta, 1992	71-100	85	—
Sutedja, 1992	—	—	72

Сочетанная лучевая терапия у функционально неоперабельных больных центральным раком легкого обеспечила существенное удлинение безрецидивного периода, по сравнению с только дистанционным облучением (Huber R., 1997). При паллиативном лечении после ВПЛТ медиана выживаемости составила 14,4 месяца, без признаков возобновления роста опухоли более 2-х месяцев наблюдались 48,5% больных (Hennegnin G., 1997).

Нельзя не отметить, что проведение ВПЛТ сопряжено с определенным риском тяжелых осложнений, особенно с учетом тяжести, практически некурабельного, контингента больных. Эти осложнения могут быть связаны как с реализацией самого сеанса внутрисполостного облучения, так и собственно с осложнениями



Таблица II.2.3.3

**Результаты ВПЛТ и сочетанного лучевого лечения  
больных неоперабельным раком легкого**

Авторы	Число паци- ентов	ВПЛТ	ДЛТ	Полная резорб- ция	Выжива- емость, мес.	Без реци- дива
Perol, 1997	39	7 Гр 3-5 фр на 10мм 1р в нед.		83%	28	75%-1
Henneguain, 1997	149 (73 47)	7 Гр 1-2-3 фр	29 пац	48,5%	14,4	
Huber, 1997		ЭБЛТ +	ДЛТ		6	
Nomoto, 1997	910 (некур)	6 Гр 3 фр + 10 Гр	40-60 Гр		64%-3 г 22%-3 г	
Delclos, 1996	81 - рец после ДЛТ	3 Гр 2 фр на 6 мм че- рез 2 недели			13,3	4,5
Chang, 1994	76	7 Гр 3 фр на 10 мм через 2 недели	у 56-60 Гр		18	
Taulelle, 1996	189 12% - малый рак	8-10 Гр 3-4 фр на 10 мм		54,5% для мало- го рака - 95,5%	7 17 для м. рака, 30 мес. У 46%	
Saito, 1996	41	5 Гр 5 фр на 3-9 мм 2 раза в неделю	40 Гр		24,5	
Macha, 1995	365 (346- пал)	5 Гр 3 фр на 10 мм че- рез 2 недели	ДЛТ		9	

*Продолжение таблицы II.2.3.3*

Авторы	Число пациентов	ВПЛТ	ДЛТ	Полная резорбция	Выживаемость, мес.	Без рецидива
Sutedja, 1992	31	10 Гр на 10 мм через 2 недели			7	
Tredaniel, 1994	29 22 (+па рабронх)	7 Гр 6 фр на 10 мм через 2 недели	21 пац 6 пац		23 5	
Gustafson, 1995	46	7 Гр 3 фр на 10 мм через 1 неделю	12 пац ДЛТ-58 Гр		5	
Schraube, 1994	11 первич. рак трахеи	ЭБЛТ +	ДЛТ		31	7,5
Gollins, 1994	406	15-20 Гр (76%-23%) на 10 мм	30%			
Kohek, 1994	79	5-10-25 Гр				

опухолевого процесса. Самым грозным из них является кровотечение (табл. II.2.3.4).

Частота кровотечений с летальным исходом по данным разных авторов колеблется от 4% до 30%, в среднем — 8,1% (рис. II.2.3.1). Как правило, в клиниках, располагающих большим опытом ВПЛТ, таких осложнений либо не отмечают (Stout, 1990; Burt, 1990; Miller Phillips, 1990), либо они не превышают 7-8% (Macha, 1987; Speiser Sprantling, 1993).

Отдельно следует рассмотреть вопрос внутривидовой лучевой терапии больных раком трахеи, т.к. рак трахеи отличается по клиническому течению, по морфологической структуре, ограни-

Таблица II.2.3.4

**Фатальные кровотечения при ВПЛТ опухолей трахеи и бронхов**

Авторы	Число пациентов	Число кровотечений	% фатальных кровотечений
Seagren, 1985	20	5	25
Macha, 1987	56	4	7
Schray, 1988	65	7	11
Konek, 1990	81	3	4
Khanavkar, 1991	12	6	50
Bedwinek, 1991	38	12	32
Sutedja, 1992	31	10	32
Gauwitz, 1992	24	1	4
Aygun, 1992	62	9	15
Mehta, 1992	31	1	3
Sutedja, 1992	31		30
Paradelo, 1992	32	3	9
Lo, 1992	87	3	3
Mehta, 1992	66	4	6
Speiser Sprantling, 1993	295	23	8
Speiser Sprantling, 1993	47	2	4
Macha, 1995	365 (346-пал)		21
Henneguain, 1997	149(73 47)		11



*Рис. II.2.3.1. Легочное кровоотечение (эндофото).*

чением возможностей хирургического лечения при местно-распространенном процессе в виду отсутствия протезирования, методическим подходам в реализации внутриполостного облучения, топографии и дозиметрического расчета.

Как уже обсуждалось выше, у неоперабельных больных раком трахеи единственный метод лечения — лучевая терапия. Результаты лечения рака трахеи представлены в таблице II.2.3.5.

Как видно из представленных данных, ВПЛТ с использованием  $^{192}\text{Ir}$  высокой мощностью дозы в сочетании с мегавольтной ДЛТ СОД-46-60 Гр описана Schraube (1994). Брахитерапия: 5 фракций РОД-3-4 Гр на 10 мм от центра источника 2 раза в неделю. У 4 из 5 больных отмечена полная регрессия опухоли, а 2 пациента наблюдались без рецидива — 37 и 68 мес. У 2 пациентов из 3 больных, у которых был выявлен рецидив или продолженный рост, трахеальные стенозы и трахеит. Авторы считают, что если операция не выполнима, то показана ДЛТ СОД-65-70 Гр за 6-7 недель. Вместе с тем они отмечают, что при наличии массивного пе-

Таблица II.2.3.5

**Результаты лучевой терапии опухолей трахеи**

Авторы	Число больных (О+Л/Т)*	Доза (Гр)	Средняя выжива- емость (мес)	Локаль- ный конт- роль	Серьез- ные ос- ложне- ния	5-летняя выжива- емость %
Rostem и Morgan 1978=117 АДКР-7%	37 (2)*	50-70	—	—	2/37	—
Pearson 1984=108 АДКР-76% ПР-24%	37 (32)*	30-40	—	—	—	—
Green 1985=55 ПР-100%	3	50-70	6,5	2/3	2/3	—
Fields 1989=44 ПР-54% АДКР-16%	24 (6)*	40-70	10	10/14	5/26	25
Cheung 1989=22 ПР-83% АДКР-17%	-(24)*	0-70	5	2/24	—	—
Grillo и Mathisen 1990=56 ПР АДКР	70 (41)* 80 (50)*	— —	10 (34) 28 (118)	— —	— —	10 22
Chow 1993=23 ПР-47% АДКР-29% АД-18% МКР-6%	17(5)*	50-68	61	4/5 (4/12)	5/17	—

*Продолжение таблицы II.2.3.5*

Авторы	Число больных (О+Л/Т)*	Доза (Гр)	Средняя выжива- емость (мес)	Локаль- ный конт- роль	Серьез- ные ос- ложне- ния	5-летняя выжива- емость %
Saroja и Mansell 1993=123 АДКР-100%	6	18-20	—	3/6	1/6	—
Manninen 1993=86 ПР-72% АДКР-6%	66(6)*	7,5-65,5	8 (66)	—	12/60	<10
Schraube 1994=127 ПР-100%	11(1)*	54-60 или 46-50 + HDR 5x3-4	31	6/11 (1)	2/11 (1)	—

Примечание: \*(О+Л/Т) — число больных, которым лучевая терапия прове-  
дена после операции.

рибронхиального компонента проведение ДЛТ в радикальных СОД сопряжено с высоким риском образования свища. В связи с опасностью тяжелых осложнений большинство пациентов получают лишь паллиативную лучевую терапию СОД = 45 Гр за 4-5 недель.

В работе Kohek P.H. представлены результаты сочетанной и только ЭБЛТ у 79 больных со злокачественными опухолями легких в основном с поражением крупных бронхов. Отмечено улучшение легочной проводимости у 87% больных, осложнения — у 7% больных (независимо от сочетания с дистанционным компонентом).

Авторами Collins S.Wetall (1997), Macha H.N. et al. (1995) накоплен огромный опыт использования ЭБЛТ на аппарате «Микроселектрон — HDR» с источниками  $^{192}\text{Ir}$  у неоперабельных больных немелкоклеточным раком легкого. У 2/3 пациентов удалось достичь стойкого паллиативного эффекта только за счет использования ЭБЛТ и дополнительные методы противоопухолевого

воздействия не потребовались до конца жизни больных. У всех больных ЭБЛТ проведена без тяжелых лучевых реакций и осложнений.

В последние годы идеология эндобронхиальной лучевой терапии существенно изменилась: от паллиативного облучения до радикального воздействия, включающего многократные сеансы ЭБЛТ и дистанционного облучения с использованием нетрадиционных вариантов фракционирования дозы в сочетании с лазерной реканализацией и без таковой.

Анализ мировой литературы и собственных исследований показал, что ВПЛТ — направление в лучевой терапии, переживающее очередной этап своего развития на основе современной радиотерапевтической техники последнего поколения.

Современная радиотерапевтическая аппаратура последнего поколения основана на тросовой системе подачи источника излучения, которая является отличительной особенностью аппаратов этого класса, позволяет проводить брахитерапию опухолей трахеи и бронхов — эндобронхиальную лучевую терапию (ЭБЛТ) по принципу автоматизированного «afterloading» с использованием пространственно-временной оптимизации. Последнее обстоятельство особенно существенно в случаях, когда требуется облучение по двум и более каналам, например, при поражении трахеи и двух главных бронхов.

За прошедшие полтора десятилетия накоплен весомый мировой опыт использования ЭБЛТ при раке трахеи и бронхов. В последние годы возможности эндобронхиальной лучевой терапии значительно расширились за счет эндоскопической и лазерной техники. При выраженном стенозе трахеи и бронхов лазерная и/или электродеструкции экзофитной части опухоли, выполненная на первом этапе лечения, обеспечивает восстановление просвета трахеи и бронхов, улучшает вентиляцию дистально расположенной легочной ткани и тем самым создает условия для проведения ЭБЛТ и ДЛТ. Однако нельзя не отметить, что до сих пор в большинстве случаев эндобронхиальное лечение применяется в качестве сугубо паллиативного пособия.

Подготовка к внутрисполостному облучению включает предлучевую топографию и дозиметрический расчет.

После общеклинического обследования с установлением локализации и степени распространенности опухолевого процесса (с обязательной морфологической верификацией опухоли) для предлучевой топографии ЭБЛТ дополнительно выполняли:

1. Разметочную трахеобронхоскопию, для оценки возможности установки эндобронхостата определенного типа и диаметра;

протяженности экзофитного компонента и расстояние от его дистального и проксимального края до резцов.

2. Компьютерную томографию для уточнения степени перибронхиального распространения опухолевого процесса и толщины экзофитного компонента на всем протяжении опухоли, а также для реконструкции углов бронхов, что является необходимой информацией для дозиметрического расчета.

3. Направленную бронхографию в случаях рентгенонегативных раков бронхов для визуализации опухоли на Rg-пленке и возможности введения в систему планирования.

Дозиметрический расчет производили с помощью компьютерной системы планирования (для облучения на аппарате «АГАТ-ВУ» использовали систему планирования «ГАММА-ПЛАН», для облучения на аппарате «Гаммамед-12i» — систему планирования «ABACUS», входящую в комплект аппарата). Необходимо отметить, что в отличие от дистанционного облучения, при планировании контактного облучения расчетный объем считается гомогенным. Поэтому оценку адекватности выработанного плана мы производили по следующим критериям: доза, приходящаяся на точку нормировки, доза, приходящаяся на поверхность эндостата и доза, приходящаяся на слизистую оболочку. Наиболее сложна для дозиметрического расчета ситуация, когда требуется нестандартное дозное распределение (вследствие неравномерности инвазии или распространения опухоли на трахею и два главных бронха). В этом случае использовали специальный метод нормировки — оптимизацию. Определенным преимуществом системы «ABACUS» по сравнению с системой «ГАММАПЛАН» является возможность введения информации для расчета непосредственно с рентгеновских снимков с помощью сканера. При этом пространственное восстановление геометрии облучаемого объема происходит непосредственно в программе с учетом коэффициентов увеличения рентгеновских снимков. После получения адекватного дозного распределения планирование считали законченным. На аппарате «Агат-ВУ» дозиметрический расчет вводили непосредственно перед каждым сеансом ВПЛТ. На аппарате «Гаммамед-12i» предусмотрена возможность введения дозиметрического расчета, его сохранения и воспроизведения от сеанса к сеансу. Процедура подготовки и сеанс ЭБЛТ проводили под местной анестезией и в положении больного сидя.

1. Премедикацию проводили за 30-40 минут до начала сеанса: 2 мл 0,5% раствора реланиума и 1 мл 0,1% раствора атропина внутримышечно.



2. Непосредственно перед сеансом — местная анестезия слизистой оболочки полости носа, и носо-, рото-, гортаноглотки 10% раствором лидокаина.

3. Обзорная бронхоскопия с предварительной анестезией слизистой оболочки голосовых связок, гребня карины и шпор долевых и сегментарных бронхов.

4. Установка эндостата в зависимости от типа эндостата, выбор которого определяется конкретной клинической ситуацией:

1) эндостат диаметром 1,8 мм устанавливали через рабочий канал бронхоскопа, после чего бронхоскоп извлекали;

2) для установки эндостата типа Fritz диаметром 6мм и более выполняли интубацию трахеи или главного бронха с помощью эндотрахеальной трубки, которая служит проводником для эндостата, после чего трубку извлекали и контролировали бронхоскопически точность установки эндостата;

3) оригинальная методика установки эндостата, разработанная в МНИОИ им. П.А. Герцена. На дистальном конце эндостата имеется синтетическая лигатура в виде петли. Петля позволяет использовать биопсийные щипцы фибробронхоскопа, которые проводили через рабочий канал, для фиксации эндостата и продвигали его параллельно с фибробронхоскопом, используя подвижный конец как направитель при установке эндостата в бронхе пораженном опухолью. Система (фибробронхоскоп + эндостат) повторяет поступательные движения управляемого конца фибробронхоскопа, после установки эндостата петля освобождена от биопсийных щипцов, которые извлечены вместе с фибробронхоскопом. Эндостат закреплен лейкопластырем на коже лица.

5. Положение эндостата перед сеансом облучения обязательно контролируют рентгенологически в двух проекциях, для этого в просвет бронхиального катетера вводят имитатор источника излучения.

6. Ввод заранее рассчитанного дозиметрического плана в компьютер для аппарата «Агат-ВУ» осуществлялось непосредственно перед каждым сеансом облучения. При лечении на аппарате «Гаммамед-12i» возможны два варианта в зависимости от методики установки эндостатов: заранее рассчитанный дозиметрический план хранится в памяти управляющего компьютера или рассчитывается непосредственно после установки и контроля положения эндостатов.

7. После контроля положения эндостата больного проводили в процедурный зал, проксимальный конец эндостата подсоединяли к аппарату. Далее сеансом управляли посредством компьютера. Процедура эндобронхиального облучения проводится под визуальным контролем с помощью мониторов.

8. После реализации запланированного сеанса источник излучения автоматически возвращается в хранилище. Эндостат отсоединяется от аппарата и извлекается.

9. Контроль за состоянием больного в течение первых суток: дыхание, кровотечение, АД, температура, проведение противоопухолевой терапии.

В зависимости от плана лечения разовая доза ЭБЛТ 4-5-7-10 Гр, режимы облучения: РОД-5 Гр 2 раза в неделю до СОД-25-30 Гр; РОД-7 Гр 1-2 раза в неделю до СОД-28-35 Гр; РОД-10 Гр 1 раз в неделю до СОД-20 Гр. Расчет дозы облучения проводится в зависимости от размера опухоли.

ЭБЛТ проведена у 43 больных: как единственный вариант лучевого воздействия 7 пациентам, в сочетании с ДЛТ — 36 пациентам. Всего проведено 173 сеанса ЭБЛТ, у двух пациентов курс ЭБЛТ проводился дважды в связи с выявлением новых метастатических опухолей.

На различных этапах лечения в зависимости от клинической ситуации выполнялась лазерная деструкция опухоли и/или реканализация просвета трахеи или бронхов: из 7 пациентов, которым проведена только ЭБЛТ у 2 применялась комбинация с лазерной деструкцией, в плане сочетанного лучевого лечения у 17 из 36. Таким образом общее количество больных подвергшихся лазерному воздействию — 19.

Эндобронхиальное облучение в плане первого этапа лучевого лечения выполнено 23 больным, из них после лазерной деструкции опухоли — 10, особо следует отметить, что 7 больным лечение проводилось по жизненным показаниям, и начато с лазерной реканализации просвета трахеи для возможности проведения ЭБЛТ из-за отсутствия каких либо других альтернативных вариантов помощи.

ЭБЛТ как второй этап сочетанного лучевого лечения проведено у 13 пациентов, при этом после ДЛТ — 8 и 5 пациентам после ЛД и ДЛТ.

Таким образом, большинству пациентов — 36 (83,7%) наряду с ЭБЛТ проводили ДЛТ. При ДЛТ использовались как схема динамического фракционирования дозы (СДФ), так и режим классического фракционирования. При подведении суммарной очаговой дозы (СОД) 60 Гр дистанционно использовался расщеплен-

ный курс лучевой терапии с применением на первом этапе СДФ СОД = 30-40 Гр, а на втором этапе — режим классического фракционирования до СОД = 30-20 Гр с уменьшенного объема, в который включалась зона первичного поражения. ДЛТ проводили на аппаратах «Рокус-АМ», «Микротрон-М» по методике динамического фракционирования дозы. Дозу подвели ротационным или двух-трехпольным способом до СОД = 40-60 Гр без перерыва либо расщепленным курсом с использованием различного фракционирования на его этапах.

Лучевая терапия в СОД = 60-70 Гр или выше в абсолютном большинстве случаев сопровождается лучевой реакцией слизистой и хрящей трахеи и слизистой пищевода. Наиболее грозными поздними лучевыми осложнениями являются — трахеомалация, трахеит, стеноз трахеи, а также стриктуры пищевода (Grillo H., Mathisen D., 1990). Анализ зависимости этих осложнений от уровня разовых и суммарных доз ЭБЛТ и ДЛТ, интервалов между их подведением и объемов облучения позволяет за счет правильного планирования лучевой терапии избежать многих из них.

### *Результаты*

При оценке непосредственного эффекта из 53 больных у 45 отмечена полная резорбция опухоли, у 8 — частичная. Летальности не было.

В результате проведенного лечения 19 больным первичным раком трахеи полный непосредственный эффект зарегистрирован у 18 (рис. II.2.3.2, II.2.3.3, II.2.3.4).

Живы более 3 лет — 7 пациентов; на сегодня живы без рецидива: 1 год — 8 пациентов; 4 года — 3; 9,5 лет — 1.

Из 4-х больных, лечившихся по поводу рецидива, у всех отмечена полная резорбция, 1 больная умерла от отдаленных метастазов без признаков рецидива.

### *Результаты лечения рака легкого:*

У неоперабельных больных раком легкого использовали ЛД, ЭБЛТ, ДЛТ в различной последовательности. Из 8 у 6 пациентов достигнут полный эффект, из них 5 больных без рецидива и метастазов в сроки от 6 до 38 месяцев.

При лечении рецидивов рака легкого — полный эффект из 6 у 3-х пациентов. Они живы без рецидивов и метастазов в сроки от 12 месяцев до 7 лет.

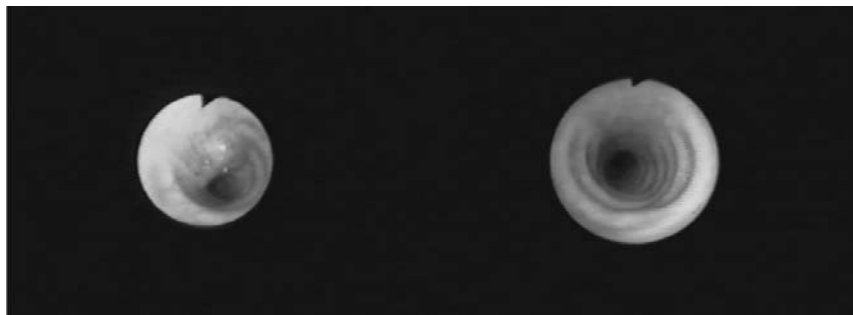


Рис. II.2.3.2. Опухоль трахеи до (слева) и после лечения.



Рис. II.2.3.3. КТ-граммы опухоли трахеи до лечения — утолщение стенки трахеи с преобладанием мягкотканной плотности.



Рис. II.2.3.4. КТ-граммы трахеи через 6 лет после лечения — фиброзно-измененная стенка трахеи без признаков опухоли.

При первично множественном раке легких из 8 больных — у 7 полный эффект. Живы без рецидива: 2 года — 3; 5 лет — 1.

У пациентов после нерадикальной операции из 7 больных — 5 без рецидива в сроки от 1 до 4 лет.

В качестве клинического примера приводим выписку из и/б больной Р., 70 лет (и/б ЕА-3196):

В 1957 году по поводу рака правой молочной железы выполнена мастэктомия. В 1994 году по поводу периферического рака верхней доли правого легкого I ст.,  $T_2N_0M_0$  (высокодифференцированная аденокарцинома), выполнена верхняя лобэктомия. В 1996 году поступила в МНИОИ с выраженной дыхательной недостаточностью. Тяжесть состояния была обусловлена стенозом просвета трахеи экзофитной частью опухоли. При обследовании: рак трахеи с переходом правый главный бронх с сужением просвета трахеи до 3 мм с паратрахеальным компонентом в области правого трахеобронхиального угла до 1,5 см (адено-плоскоклеточный рак).

По жизненным показаниям выполнена лазерная реканализация просвета трахеи, проведена сочетанная лучевая терапия ЭБЛТ СОД = 28 Гр и ДЛТ СОД = 60 Гр, достигнута полная резорбция как экзофитного, так и паратрахеального компонента опухоли трахеи.

В августе 1997 года выявлен метастаз в затылочно-теменной области правого полушария головного мозга (метастаз высокодифференцированной аденокарциномы тубулярно-сосочкового строения). Произведено удаление метастаза. В сентябре 1997 года поступила в МНИОИ для послеоперационного облучения, однако, при обследовании выявлен метастаз в нижнюю долю левого легкого до 1 см, по-поводу чего проведена курс ДЛТ до СОД = 56 Гр, отмечена полная резорбция метастаза в левом легком. В мае 1998 года — рецидив метастаза в головной мозг. Выполнена повторная операция и послеоперационная ДЛТ до СОД = 40 Гр. В феврале 2000 года по поводу второго рецидива метастаза в головной мозг выполнена третья операция на головном мозге, во время которой в ложе удаленного опухолевого узла были установлены 6 эндостатов для проведения внутритканевой лучевой терапии (ВТЛТ). ВТЛТ была проведена в раннем послеоперационном периоде по оригинальной методике фракционирования дозы ионизирующего излучения. Все хирургические вмешательства на головном мозге проведены под руководством проф. Ю.С. Щиголева в госпитале им. Н.Н. Бурденко.

При обследовании в мае 2001 года без признаков рецидива и метастазов. Пациентка полностью реабилитирована.

Мы полагаем, что приведенные результаты убедительно показывают, что описанные подходы, безусловно, способны обеспечить высокий уровень паллиативной помощи тяжелейшему контингенту больных раком трахеи и бронхов.

Более того, наш собственный опыт позволяет сегодня утверждать, что у изначально некурабельных больных с большим loco-регионарным распространением опухоли достижение выраженного паллиативного эффекта при отсутствии осложнений является основанием к продолжению лечения по так называемой радикальной программе.

## **II.2.4. КОМБИНИРОВАННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ САРКОМОЙ ЮИНГА С МЕТАСТАЗАМИ**

80 лет назад английский морфолог Джеймс Юинг (1921 г.) выделил из группы остеосарком и описал 10 случаев опухоли, отличающейся повышенной чувствительностью к ионизирующему излучению. В последующем опухоли присвоено имя автора — саркома Юинга (СЮ). В России первое описание саркомы Юинга у 19-летнего подростка принадлежит Н.Н. Петрову (32). Саркома Юинга — это сравнительно редкое заболевание. На долю саркомы Юинга приходится 10-15% от числа всех первичных злокачественных заболеваний костей (17). Трапезников Н.Н. (41) также указывает на сравнительно небольшую долю саркомы Юинга в структуре всех злокачественных заболеваний, при этом отмечает крайнюю агрессивность ее. По данным РОНЦ РАМН на основании анализа 4899 случаев опухолей костей с 1952 по 1996 гг. саркому Юинга выявили в 13% случаев. Также редко саркомой Юинга болеют в странах Европы. В Японии из 17905 зарегистрированных опухолей костей саркома Юинга была всего в 0,8% случаев (51). По наблюдениям Halperin (47) у чернокожих детей саркома Юинга не описана. Заболевают преимущественно дети и подростки второго десятилетия жизни. Опухоль чаще локализуется в длинных трубчатых костях, реже в костях тазового пояса. Еще Ewing отметил повышенную чувствительность саркомы Юинга к лучевой терапии, с тех пор опухоль традиционно считается высоко радиочувствительной, а основным методом лечения ее в большинстве случаев является лучевая терапия. В течение почти 80 лет

лучевая терапия проводится по так называемой классической методике: 2 Гр ежедневно до достижения той или иной суммарной очаговой дозы (СОД). Доза 60 Гр признана адекватной для радикального излечения саркомы Юинга. Однако, несмотря на высокую радиочувствительность опухоли в большом проценте случаев возникают рецидивы, число их достигает по данным различных исследователей от 25 до 60% (3, 8), причем появляются они преимущественно в течение первого года лечения. Рецидивы в свою очередь способствуют появлению метастазов. Анализ причин возникновения рецидивов (36) показал, что количество их возрастает до 40% с уменьшением СОД до 40-30 Гр, замечено также, что увеличение СОД свыше 60 Гр не улучшает, а лишь ухудшает результаты лечения. Столь же определенно эффект лечения зависит от локализации и размеров (протяженности) первичной опухоли. Так, результаты лечения опухоли длиной менее 10 см по кости более благоприятны, чем опухоли, превышающей длину 10 см (38).

Проблему предупреждения рецидивов исследователи решают различно. Так, Трапезников Н.Н. и соавт. (41) получили снижение рецидивов до 8,5% в течение двух лет с помощью лучевой и химиотерапии, используя внутриаартериальный путь введения цитостатиков.

В лучевой терапии в последние годы намечается тенденция отхода от принципов стандартного фракционирования дозы в сторону укрупнения фракций (14, 15, 16, 25). Быстрорастущая опухоль, которой является саркома Юинга (время ее удвоения по данным С.Б. Балмуханова и И.Н. Турдунгулова составляет всего около 32 дней), требует нетрадиционного подхода к лучевому лечению (1). Уменьшить количество рецидивов стало возможным с помощью использования методики гиперфракционирования (7, 12).

Накопление большого клинического материала по лечению саркомы Юинга как у нас в стране, так и за рубежом, позволило определить факторы, оказывающие существенное влияние на течение и прогноз заболевания. К ним относятся: локализация и протяженность опухоли, распространение опухоли на сустав, возраст больных, объем и качество проведенного лечения, а главное — наличие метастазов; значительно худшие результаты у больных детского возраста по сравнению с взрослыми людьми получила Л.А. Еремина (18).

Агрессивность саркомы Юинга, прежде всего, связывается со способностью ее в ранние сроки бурно метастазировать. Уже при первичном обследовании метастазы выявляются у 3,3-39% боль-

ных (4, 12, 20, 28). Замечена определенная зависимость частоты появления метастазов от локализации первичной опухоли. Так, опухоли костей таза сопровождаются метастазами в 25-30% случаев, а длинные трубчатые кости — в 8-10%, причем отмечена прямая зависимость частоты метастазов от размеров первичной опухоли. Опухоли больших размеров дают метастазы раньше и более обширно.

Метастазы наиболее часто поражают легкие, в 50% случаев, несколько реже — кости. Из-за относительно высокой частоты метастазов в кости Dimopoulos J. et al. (45) вообще предлагают трактовать саркому Юинга как мультицентричный процесс. Довольно часто метастазы в легкие сочетаются с поражением костей, мягких тканей или лимфатических узлов, но сравнительно редко метастазы у первичных больных выявляются в элементах центральной нервной системы (ЦНС). Напротив, вторичные метастазы довольно часто локализуются в ЦНС, частота их составляет около 2,5% (55). Причину частого поражения метастазами ЦНС исследователи связывают с тем, что большинство химиопрепаратов не проникают гемато-энцефалический барьер. По данным аутопсии 26 умерших больных саркомой Юинга (64) у 23 из них выявлены метастазы в легкие, плевру, кости и лимфатические узлы. В 8 (30%) случаях имелось поражение ЦНС.

Крайне редко саркома Юинга дает метастазы в мягкие ткани и внутренние органы. Только в одном сообщении встретилось описание метастаза в мышцу сердца через 8 лет после излечения саркомы Юинга (52).

Вторичные метастазы появляются преимущественно в течение первого, реже, второго лет лечения заболевания: срок метастазирования составляет 7 месяцев по данным (50), 7,9 месяца по данным Ереминой Л.А. (18), в течение первых двух лет — по данным Pilepich M.V. et al. (62).

Больные с метастазами составляют группу самого высокого риска. Длительное время эти больные считались инкурабельными, — им проводилась лишь симптоматическая терапия. Лечение больных с метастазами саркомы Юинга разрабатывалось сложно. Сначала лечение проводили лишь единичным больным. Использовалась химиотерапия различными препаратами: в большинстве случаев — сарколизин или циклофосфан (19, 37). Но апробировались новые химиопрепараты (ХП). Так, Palma G. et al. (60) использовали BCNU при лечении больных с метастазами. В клинике МРНЦ при лечении больных с метастазами СЮ был применен отечественный антибиотик карминомицин в сочетании с циклофосфаном, винкристином и метатрексатом по



двум программам (6, 40). Показана удовлетворительная переносимость лечения в сочетании с лучевой терапией метастазов. При метастазах в легкие использовали методику тотально-локального облучения.

К 80-м годам количество наблюдений увеличилось; разрабатываются новые методики и лучевой, и химиотерапии. По мере накопления клинического материала и разработки различных методов лечения, в литературе стали появляться сообщения о достигнутых успехах у отдельных больных с метастазами саркомы Юинга (24). Janssen D.P., Van de Kaa (52) сообщили об одном больном с метастазами саркомы Юинга, жившем после лечения несколько лет. Gallmeier W.M. et al. опубликовали данные о лечении трех больных с метастазами саркомы Юинга в легкие. У двух из них удалось получить ремиссию в течение 8 лет. По данным Potdar G.G. (63) после хирургического удаления метастаза в легкое пациент жил 8 лет. Целесообразным хирургическое удаление единичных метастазов в легкие считали Ковалевский Е.Е. (21, 22, 23), Gall F.P. (46), Rosen G. (64). Vacci G. et al. (42) также 12 из 55 больных произвели хирургическое удаление метастазов с последующей лучевой терапией. В сроки 12-39 месяцев умерли 7 из них от прогрессировать процесса, 5 человек были живы от 3 до 14 лет, в среднем 9 лет.

В конце 70 годов наряду с хирургическими разрабатываются методики консервативного лечения больных с метастазами саркомы Юинга. Первые результаты консервативного лечения, однако, были малоутешительными (27), (69). Ковалевскому Е.Е. (23) только 34% больным удалось продлить жизнь до 6 месяцев после консервативного лечения. Результаты химиолучевой терапии 54 детей с метастазами саркомы Юинга приведены в работах Бизера В.А. (4, 5, 6). Проведена лучевая терапия метастазов в легкие локально на фоне химиотерапии сарколизинном или циклофосфаном. Положительный эффект был достигнут у 50% из них, сомнительный — у 12%, без эффекта — у 38% больных. Два и более лет были живы 3,6% больных детей. Автор делает вывод о необходимости поиска более рациональных схем лечения более эффективными препаратами больных с метастазами саркомы Юинга. В России это были наиболее солидные разработки по лечению детей с метастазами саркомы Юинга. Hayes F.A. et al. (51), Suit H.D. et al. (66) также считают, что лечение больных с единичными метастазами должно быть таким же радикальным, как и лечение локализованной формы заболевания и может быть успешным у определенного количества больных. Разрабатываются методики лучевой терапии метастазов.

По данным большинства публикаций облучение метастазов проводилось локально, РОД составляла 1,8-2,0 Гр. Суммарные дозы колебались от 20 до 45 Гр. В 1979 году Морошкин И.Б. и Ковалевский Е.Е. (27) опубликовали методику облучения легких в повышенной дозе: облучение проводили в РОД=330 сГр через день до СОД = 1230 сГр. А Дедков А.Г. и соавт. (16) использовали методику локального облучения зоны солитарного метастаза в РОД=2-2,5 Гр, СОД довели до 25 Гр; при множественных метастазах использовали крупнопольное облучение в РОД=1,2 Гр до достижения суммарной очаговой дозы 12-15 Гр на фоне полихимиотерапии. Лечение проведено 34 больным. Продолжительность жизни от начала лечения составила  $9,3 \pm 0,3$  месяца.

В 1977 году в ОНЦ РАМН разработана методика крупнопольного облучения легких при множественных метастазах в них (29-31). При этом использовались 2 противолежащие большие поля, включающие все легкое. Суммарную очаговую дозу при облучении одного легкого довели до 30 Гр, при облучении обоих легких — 16,5 Гр. Показана удовлетворительная переносимость облучения и получена положительная динамика со стороны метастазов у 8 больных саркомой Юинга. В 1981г. Pilepich M.V. et al. (62) сообщили уже о 44 больных, из которых у 20 были метастазы в легкие. Облучение легких проведено тотально в дозе 15-18 Гр с дополнительным локальным облучением метастазов в дозе 20 Гр. Вместе с ЛТ больные получали и ПХТ.

В последние годы в связи с бурным развитием полихимиотерапии возможности лечения распространенной саркомы Юинга значительно расширились (17). Marsa G.M., Johnson R.E. (56) сообщили о хороших результатах полихимиотерапии 5 больных. Gallmeier W.M. (47) провели лечение 3 больным с метастазами после излечения локализованной саркомы Юинга. Лечение заключалось в облучении зоны метастазов и 3-компонентной химиотерапии.

Лечению больных с метастазами стало уделяться более пристальное внимание. Используются различные программы химиотерапии, состоящие из двух, трех и более компонентов. В результате двухкомпонентной химиотерапии винкристином и циклофосфаном в сочетании с ЛТ опухоли и метастазов у 29 больных (36) стало возможным продлить жизнь до 12 месяцев 17,2% из них. Vacci G. et al. (42) — 55 больных с метастазами саркомы Юинга. Больным проводили хирургическое и консервативное лечение, причем после хирургического и лучевого лечения 5 из них были свободны от заболевания на срок от 3 до 14 лет. О химиолучевом лечении 44 больных с отдаленными метастазами саркомы Юинга

сообщили Pilepich M.V. et al. (62). Больным проводили облучение опухоли и легких на фоне ПХТ. При проведении лечения четверо пациентов умерли от осложнений (лейкопении, пневмонита), однако предварительные результаты свидетельствовали о возможности облучения легких пораженных метастазами на фоне полихимиотерапии и успешности этого лечения.

Программы химиотерапии усложнялись, ужесточались (49, 58). В последние годы в большинстве публикаций приводятся заметно улучшенные результаты лечения больных этого тяжелейшего контингента с помощью высокодозной ХТ и последующего переливания костного мозга (49, 50). У 61% из 32 больных удалось получить стабилизацию процесса. В последующем 4 из них жили длительно. Пятилетнюю выживаемость у 21% больных приводят Landenstein R et al. (54) после высокодозовой ХТ.

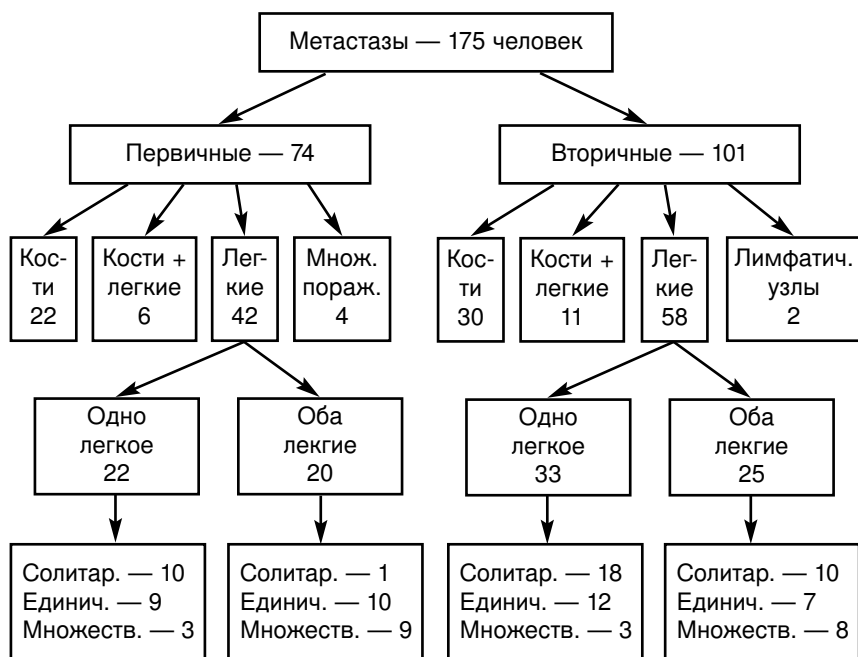
В последние годы проводятся кооперированные исследования по единому протоколу. Vietti T.I. et al., (68), Dunst J. (44) обобщили результаты мультимодальной терапии больных с метастазами саркомы Юинга, лечеными по программе IECS, используя для лечения метастазов в легкие лучевую терапию зоны метастаза локально в сочетании с ХТ. Carigir A. et al. (43) также проводили лечение 53 детей с метастазами саркомы Юинга по протоколу интенсивной химиотерапии (IECS-MD-1) с 1975 по 1977 гг., а с 1980 г. — 69 больных по протоколу (IECS- VD- 11). Ремиссия была у 70-73% больных, но только у 30% из них она продолжалась около 3 лет.

Работа по единому протоколу дает возможность скорейшего накопления клинического материала и анализа больших групп больных. Paulussen M. et al. (61) приводят результаты лечения 171 больных с первичными метастазами, зарегистрированными с 1990 по 1995 гг. Лечение проводили по программе EICESS (European Intergroup Cooperative Ewing sarcoma Studies). Наряду с полихимиотерапией 57 больным проведено облучение обеих легких.

Лучевая терапия становится неотъемлемым компонентом лечения больных с метастазами саркомы Юинга (9, 10, 11, 12). Так, Markus et al. (57) больным с метастазами по протоколу HR-2 проводили облучение легких в РОД=100-150 сГр до СОД=10-15 Гр в сочетании с агрессивной ПХТ. При множественных метастазах лечение проводили по протоколу HR-3 с облучением всего тела (ТОТ) и также в сочетании с полихимиотерапией. О тотальном облучении туловища у больных с метастазами саркомы Юинга в настоящее время пишут многие исследователи, причем наряду с ТОТ больным проводят локальное облучение метастазов и много-

компонентную ХТ. Предварительные результаты свидетельствуют о некотором улучшении результатов, наряду с этим описывается и большое количество осложнений со стороны внутренних органов. Приоритетным направлением в разработке лечения больных с метастазами саркомы Юинга по данным литературы является многокомпонентная противоопухолевая лекарственная терапия. В качестве химиопрепаратов стали применять ифосфамид, этопозид, мелфолан и другие миело- и кардиотоксичные препараты (50) с последующей ауто- или аллотрансплантацией костного мозга. Мы придерживаемся несколько иного подхода к лечению больных с метастазами саркомы Юинга. При сравнительно «мягких» программах ПХТ интенсифицируем программы лучевой терапии путем использования крупных фракций с дроблением дневной дозы.

По поводу метастазов саркомы Юинга в МРНЦ РАМН лечение проведено 175 больным, из них у 74 метастазы были выявлены при первичном поступлении в клинику, у 101 — в различные сроки лечения локализованной саркомы Юинга.



У большинства больных с вторичными метастазами очаги в легких были солитарными — 28 (48,2%), реже единичными — 24 (41,3%); только у 11 (18,9%) — множественными. Это было связано с тщательным наблюдением за больными в течение 3-5 лет, когда регулярно, через каждые 1,5-3 месяца проводилось контрольное обследование (рентгенография, а при необходимости и компьютерная томография легких), что позволило выявить и начать лечение на раннем этапе метастазирования. Напротив, у больных с первичными метастазами чаще в легких были единичные — 19 (45,2%) или множественные — 12 (28,6%) очаги, реже солитарные — у 11 (26,1%).

### Характеристика больных и методов лечения

Из 74 больных, поступивших первично с метастазами, мальчиков было 41, девочек — 33. Распределение больных в зависимости от возраста и пола представлено на графике (рис. II.2.4.1).

Распределение больных по локализации первичной опухоли представлено на графике (рис. II.2.4.2).

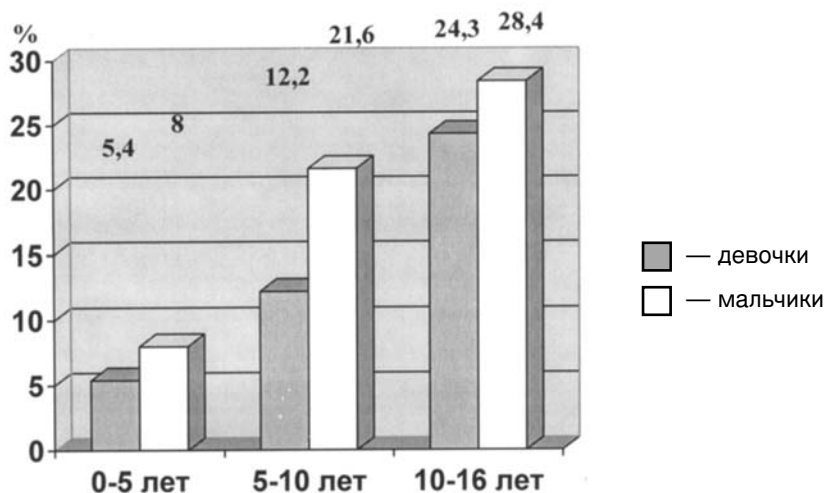


Рис. II.2.4.1. Распределение больных в зависимости от возраста и пола.



Рис. II.2.4.2. Распределение больных по локализации первичной опухоли.

Наиболее часто первичная опухоль локализовалась в длинных трубчатых костях — 33 (44,6%) больных. На втором месте по частоте поражения были кости тазового пояса — 18 (24,3%) больных. В ребрах опухоль была у 9 (12,2%) детей, в позвонках — у 2 (2,7%), в лопатке — у 4 (5,4%), в ключице — у 2 (2,7%), в костях тазового пояса — у 18 (24,3%) больных, в костях стопы — у одного (1,3%), в пястных костях — также у одного (1,3%) больного; множественное поражение костей было у 4 (5,4%) пациентов. Из длинных трубчатых костей наиболее часто опухоль поражала бедренную кость (15 детей), реже — большую берцовую кость (9 человек), плечевую — у 6, малую берцовую — у 2 и лучевую — у одного больного. Протяженность опухоли по кости у 10 (30,3%) больных была до 10 см, у 23 (69,7%) превышала 10 см по длине, достигая 20–24 см.

Наиболее часто метастазы были в легких (рис. II.2.4.3). При определении распространенности метастазов в легкие мы пользовались классификацией Атанасян Л.А., выделяющего солитарные, единичные и множественные очаги в одно или в оба легкие.



Рис. II.2.4.3. Распределение больных по локализации метастатического поражения.

### Лечение больных с метастазами саркомы Юинга

При поступлении в клинику больные с первичными метастазами находились в тяжелом состоянии или в состоянии средней тяжести, обусловленном опухолевой интоксикацией, дефицитом веса и болями в области поражения. При наличии множественных метастазов в легкие у детей были проявления легочной недостаточности. Многие больные нуждались в неспецифической общеукрепляющей и симптоматической терапии. Поэтому первым этапом в течение одной-полутора недель пока больной обследовался, проводили комплекс общеукрепляющего лечения, заключающегося в инфузионной, анальгезирующей, витаминотерапии, а при необходимости гемостимулирующей терапии. После начала химиотерапии состояние больных постепенно улучшалось: уменьшалась боль и опухоль, появлялся аппетит, улучшались показатели крови. Это позволяло присоединить лучевую терапию.

Лечение больных распространенной саркомой Юинга до последнего времени является задачей чрезвычайно сложной. На фоне значительно улучшившихся результатов лечения локализованной саркомой Юинга результаты лечения этого тяжелейшего контингента больных остаются удручающими. Большинство детей не

живут и года после установления диагноза. Практически отсутствуют какие-либо определенные программы лечения, не определены ни разовые, ни суммарные дозы облучения метастазов, способствующих надежному излечению метастазов. Поэтому нашей целью была разработка программы комбинированного лечения, прежде всего, эффективных методик лучевой терапии. Больным было проведено:

Химиолучевая терапия	—	136 человек
Только химиотерапия	—	34 человека
Симптоматическая терапия	—	4 человека

Химиотерапия проведена всем больным: монохимио- (МХТ) или полихимиотерапия (ПХТ). При МХТ использовали сарколизин (24 больных) или циклофосфан (17) детей. ПХТ проведена 129 детям. В качестве химиопрепаратов использовали циклофосфан, винкристин, метатрексат, карминомицин и доксорубицин в различных сочетаниях по трем программам. По первой программе,



На фотографии больная З.С. 12 лет. Саркома Юинга костей таза с множественными метастазами в оба легкие. До лечения.

Из-за резких болей в опухоли девочка находилась в вынужденном положении с приведенными к животу ногами. Малейшее движение вызывало резкую боль.



схематически представленной на рис. II.2.4.4, лечение проведено 29 больным.

Карминомицин из расчета  $6 \text{ мг/м}^2$ , дактиномицин —  $300 \text{ мкг/м}^2$  и винкристин —  $1,4 \text{ мг/м}^2$  вводили одновременно в 1, 5, 10 и 15 дни лечения. По второй программе лечение проведено 32 больным. Карминомицин из расчета  $6 \text{ мг/м}^2$  и метатрексат ( $15 \text{ мг/м}^2$ ) вводили вместе в 1, 5, 10 и 15 дни лечения. Циклофосфан из расчета  $600 \text{ мг/м}^2$  вводили во 2, 8 и 16 дни лечения.

По второй программе, схематически представленной на рис. II.2.4.5, полихимиотерапию проводили карминомицином из расчета  $6 \text{ мг/м}^2$  в 1-й, 5-й, 10-й и 15 дни лечения, метотрексатом —



Фотография той же больной через 6 месяцев после окончания комбинированного лечения.

## СХЕМА ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ 1

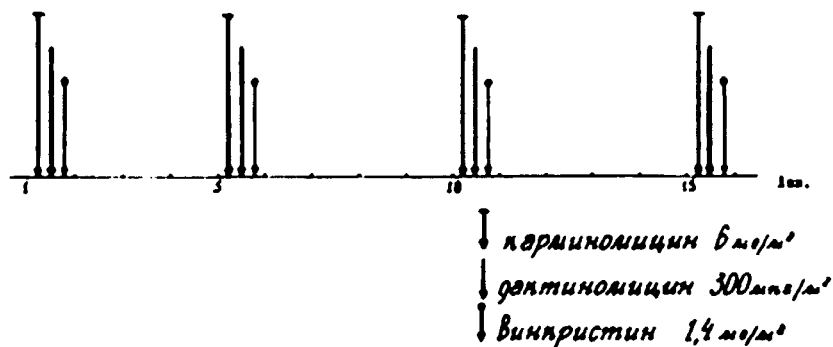


Рис. II.2.4.4. Схема полихимиотерапии №1.

## СХЕМА ПОЛИХИМИОТЕРАПИИ 2

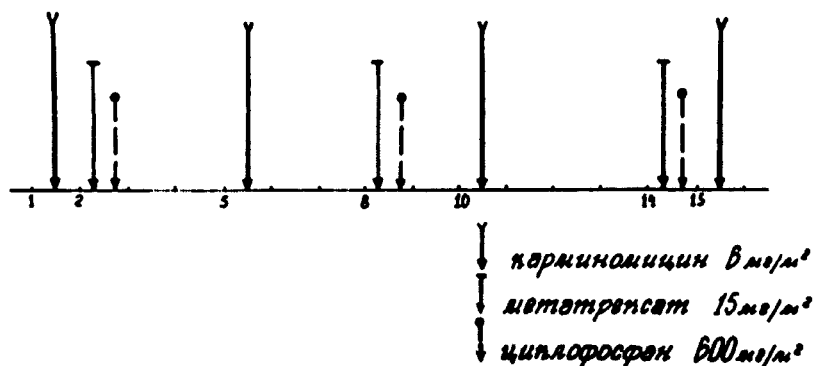


Рис. II.2.4.5. Схема полихимиотерапии №2.

15 мг/м<sup>2</sup> во 2-й, 8-й и 14-й дни и циклофосфаном — 600 мг/м<sup>2</sup> во 2-й, 8-й и 14 дни лечения.

Двухкомпонентная химиотерапия винкристином и циклофосфаном по полицикловой программе, проведена 68 больным. Программа состоит из нескольких циклов, повторяющихся с интервалом 7 недель. Винкрестин из расчета 0,05 мг/кг веса ребенка (не более 2 мг на введение) использовали с целью синхронизации фаз клеточного цикла опухоли, поэтому во всех введениях он предшествовал циклофосфану (рис. II.2.4.6).

Для последующей стабилизации процесса ХТ проводили по прежней программе, в случае прогрессирования процесса производили смену программы. Поддерживающие курсы ПХТ проводили через каждые два месяца в течение первого года, в течение второго года — через 4 месяца. 12 больным проведена трехкомпонентная химиотерапия винкристином из расчета 1,4 мг/кг (не более 2 мг на введение), циклофосфаном — 600 мг/кг, доксорубицином — 30 мг/кг, 2 раза, с интервалом между введениями 2 недели.

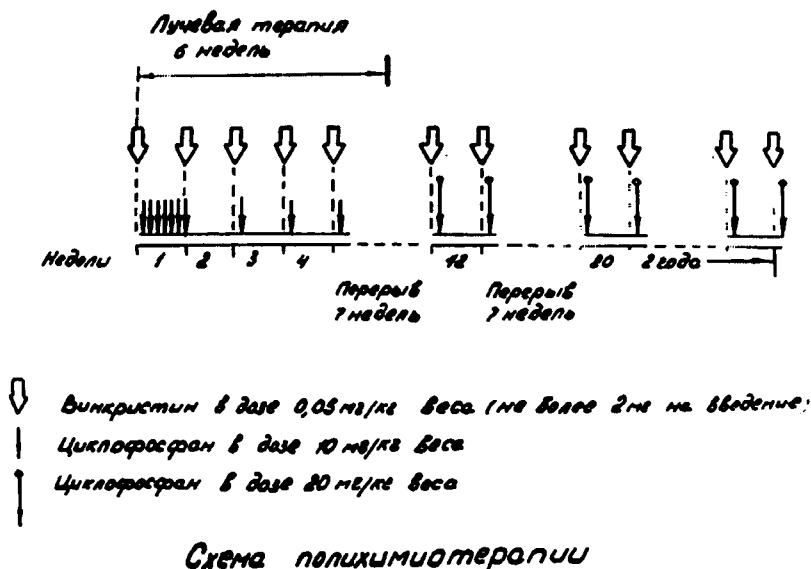


Рис. II.2.4.6. Схема химиотерапии винкристином и циклофосфаном.

Химиотерапия как самостоятельный метод лечения применена на 34 больным, с множественными метастазами.

Лекарства вводили преимущественно внутривенным путем. В химиотерапии мы придерживались следующего принципа: после первого курса, при достижении стабилизации процесса, через 1-2 месяца амбулаторно или в условиях стационара повторять курсы химиотерапии. При прогрессировании процесса программы меняли перекрестно.

Лучевая терапия проведена 136 больным с метастазами саркомы Юинга. Метастазы в покровные кости черепа облучали электронным пучком энергией  $=18-22 \text{ meV}$  с одного прямого поля. РОД = 5 Гр через день с дневным дроблением дозы на (2,5 + 2,5 Гр) и интервалом 4-5 часов между фракциями.

Метастазы в кости и легкие облучали на  $\gamma$ -терапевтических установках при расстоянии «источник-поверхность» = 75 см в статическом режиме.

При облучении метастазов в кости использовали методику стандартного фракционирования дозы (27 человек) или крупнофракционное облучение с двух противолежащих полей (39 больных). Суммарные очаговые дозы составляли 40-55 Гр.

Метастазы в легкие, расположенные субплеврально, облучали с одного поля в статическом режиме или в режиме ротации. Методики облучения совершенствовались, как в плане подбора разовых наиболее эффективных доз, так и реализации плана облучения, в соответствии с этим сформировались три методики.

*Первая методика* — локального облучения зоны метастаза (ЛОМ). Это наиболее ранняя и общепринятая методика. Пролечено — 27 человек. Облучение проведено с двух противолежащих полей локально на зону метастаза + 2-3 см здоровых тканей в РОД=2 Гр, ежедневно, до достижения СОД = 35-45 Гр. Лучевую терапию на фоне химиотерапии больные перенесли удовлетворительно. Ни в процессе лечения, ни после окончания его не отмечено острых лучевых реакций легких. Через 2-3 мес. формировался умеренный фиброз, ограниченный зоной лучевого воздействия. У 19 (70,3%) больных достигнута стабилизация процесса. Дальнейшее наблюдение за больными показало, что у 17 (62,9%) больных эффект был нестойким. У всех детей, проживших более 6 месяцев, появились метастазы в необлученных отделах этого же легкого. Это обстоятельство стало основанием для разработки методики тотально-локального облучения при солитарных или единичных метастазах в легких.

*Вторая методика* — тотально-локального облучения (ТЛО). Лечение проведено 21 больному. Методика крупнопольного облу-

чения легких была разработана в РОНЦ и описана М.М. Нивинской (29, 30). Первым этапом облучение проводили с больших полей, включающих все легкое в РОД=2 Гр ежедневно до достижения СОД = 20 Гр, затем поле облучения уменьшали до размеров локального на метастаз и продолжали лечение в том же режиме до СОД = 40-45 Гр на метастаз (рис. II.2.4.7).

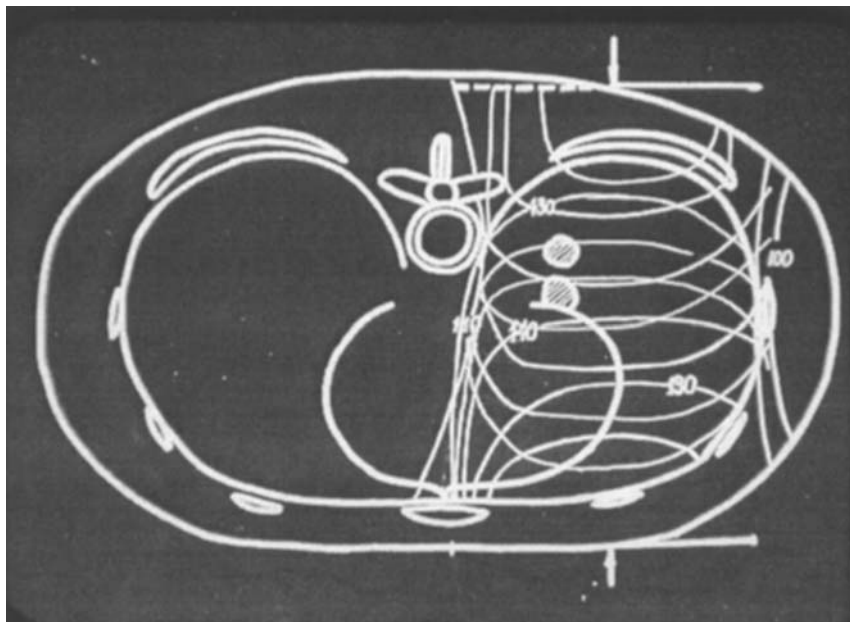


Рис. II.2.4.7. Схема облучения метастазов по методике ТЛО.

Периферические отделы легких с профилактической целью были облучены в дозе = 20 Гр.

В результате лечения достигнуты значительно лучшие результаты. У 52,6% больных получено полное исчезновение метастазов. Но через 3-4 месяца после окончания облучения у 3 из них вновь появились те же исчезнувшие очаги, что было расценено как рецидив метастазов, что свидетельствовало о невысокой эффективности облучения по методике стандартного фракционирования дозы. Метастазы саркомы Юинга в легкие, как и сама опухоль, отличаются высоким темпом роста. По данным С.Я. Марморштейн и соавт. (26) время удвоения метастазов в легкие составляет от 11 до 62 дня. Стало абсолютно очевидной необходимостью

укорочения курса лучевой терапии путем укрупнения фракций облучения для более эффективного воздействия на метастатические очаги.

Отличительной особенностью *третьей методики* стало использование крупных фракций наряду с крупнопольным облучением (ККФ). Лечение проведено 26 больным с 1986 года. Методика заключалась в следующем: первым этапом легкое облучали тотально большим полем в РОД = 2 Гр ежедневно до СОД = 20 Гр. Вторым этапом облучение проводили локально на метастаз, в РОД = 5 Гр с дневным дроблением дозы на две фракции (2,5 + 2,5 Гр) с 5-6-ти часовым интервалом между ними. Крупные фракции проводили через день (всего 2 раза). Таким образом, доза на метастаз составила 30 Гр за два этапа, а на периферические отделы легкого с профилактической целью — 20 Гр.

Множественные метастазы в легкие 6 больным облучены крупным полем по методике классического фракционирования ежедневно до СОД=20 Гр на фоне 2-3-компонентной полихимиотерапии.

#### *Острые лучевые реакции легких*

Большинство больных комбинированное лечение перенесли удовлетворительно. После окончания лучевого лечения, жалобы на боли при дыхании, кашель и повышение температуры тела, появились лишь у 9 (12,1%); у 7 больных острый пульмонит в легкой форме развился после тотально-локального облучения одного легкого, у 2 других — после облучения обоих легких, но СОД на легкое составила 22 и 27 Гр, т.е. имелось превышение установленной дозы облучения и пульмонит отличался более тяжелым течением. Всем больным проведено медикаментозное лечение (антибактериальная терапия, витамин- и физиотерапия), в результате чего удалось полностью купировать это осложнение. В последующем всем больным при облучении легких проводили профилактически щелочно-масляные ингаляции, чередуя их с ингаляциями 5% раствором ДМСО, что позволило избежать острых лучевых реакций.

#### *Поздние лучевые осложнения легких*

Рентгеновский контроль состояния легочной ткани и функции внешнего дыхания легких проводили через каждые 2-3 месяца в течение 1-2 лет наблюдения. Рентгенологическое обследова-

ние легких, проведенное в сроки от 6 месяцев после лечения, показало, что лучевые реакции легочной ткани развивались чаще, чем проявлялись клинически, — они установлены у 30 обследованных больных. После локального облучения зоны метастаза лучевой пульмонит выявлен у 2 (7,4%) больных в виде сливной инфильтрации легочной ткани, сочетающейся с локализованным уплотнением плевры в зоне лучевого воздействия; при тотально-локальном облучении лучевые реакции легких и плевры имели место у 28 (59,5%) больных.

В сроки от 6 месяцев до 1 года после облучения метастазов в легкие при рентгенологическом обследовании признаки лучевого фиброза легочной ткани различной степени выраженности обнаружены у 45 (95,7%) обследованных больных, у 10 из них лучевой фиброз сочетался с локальным или диффузным уплотнением плевры. Степень лучевого фиброза определяли по выраженности рентгенологических признаков и оценивали согласно классификации, приведенной М.С. Бардычевым, Л.А. Зориной (2).

I степень — сохранение или незначительное увеличение количества элементов легочного рисунка, некоторое утолщение отдельных элементов, утрата четкости их контуров за счет развивающейся перибронхиальной и периваскулярной инфильтрации

II степень — выраженное увеличение количества элементов легочного рисунка, отчетливые изменения его структуры (усиление, деформация);

III степень — резко выраженные изменения легочного рисунка (деформация, фиброз), множественные разной величины очаговые тени, четко определяющиеся уменьшением объема легкого или его доли вплоть до пневмосклероза (цирроза).

Выраженный лучевой фиброз выявлен лишь у 8 (17%) больных, причем изменения легочной ткани были ограничены зоной локального воздействия. У 39 (53,1%) больных лучевые изменения легочной ткани были выражены в слабой степени. Частота и степень выраженности лучевых изменений легочной ткани через 1 год после лучевого лечения метастазов в легкие по данным рентгеновского исследования представлена в таблице II.2.4.1.

У 25 (53,1%) больных имелся лучевой фиброз I степени, у 14 (29,7%) — второй степени и только у 8 (17%) больных — фиброз 3 степени. Однако, фиброзные изменения были ограничены зоной локального воздействия и не проявлялись клинически (табл. II.2.4.1).

Таблица II.2.4.1

**Лучевые изменения легочной ткани через 1 год  
после ЛТ метастазов в легкие**

Группы больных по методам лечения	Коли- чество больных	Лучевой фиброз легочной ткани		
		1 степень	2 степень	3 степень
1 группа ЛОМ*	15	8 (53,3%)	4 (26,6%)	1 (6,7%)
2 группа ТЛО**	13	6 (46,1%)	4 (30,7%)	3 (23%)
3 группа ТКФ***	19	9 (47,3%)	6 (31,5%)	4 (21%)
Всего	47	23 (48,9%)	14 (29,7%)	8 (17,0%)

Примечание: \* ЛОМ — локальное облучение метастазов

\*\* ТЛО — тотально-локальное облучение легкого

\*\*\* ТКФ — тотально-локальное с крупными фракциями.

Клиническое состояние легких после лучевого лечения оценивали с учетом классификации RTOG (Radiation Therapy Oncology Group, 1995).

1	2	3	4
Слабый сухой кашель, одышка при напряжении.	Умеренный кашель, одышка при минимальной физической нагрузке.	Сильный кашель. Одышка в покое. Клиническая и/или рентгенологическая картина острого пневмонита.	Выраженная дыхательная недостаточность.

Лучевые повреждения легких через 1 год после лучевого лечения по данным клинко-рентгенологического обследования представлены в таблице II.2.4.2.

Как видно в таблице, только у 10 (13,5%) больных имелись клинические проявления пневмонита первой степени, и только у



Таблица II.2.4.2

**Лучевые повреждения легких через 1 год после ЛТ**

Группы больных по методикам лучевой терапии	Количество больных	Пневмониты			
		1	2	3	4
1 группа ЛОМ	15	2 (13,3%)	—	—	—
2 группа ТЛО	13	3 (23,0%)	2 (15,3%)	—	—
3 группа ТКФ	19	5 (26,3%)	—	—	—

2 — второй. Ни у одного пациента после ЛТ легких не было грубых нарушений функции внешнего дыхания.

Местный непосредственный эффект лечения регистрировали по данным рентгеновского обследования легких до и после лечения, измеряя площадь метастазов и оценивали согласно рекомендациям ВОЗ (Брюссель, 1978), где:

*Полный эффект* — это исчезновение всех определяемых образований.

*Частичный эффект* — уменьшение всех определяемых опухолей на 50% и более; при этом не должно определяться новых опухолевых узлов.

*Без эффекта* — уменьшение опухолей менее, чем на 25%. При этом не должно констатироваться появление новых опухолевых узлов.

*Прогрессирование* — увеличение размеров опухолей на 25% или более, появление новых опухолевых узлов.

Непосредственный эффект лечения метастазов в легкие представлен в таблице II.2.4.3.

Как видно из таблицы у 73,1% больных первой группы получен положительный эффект. Однако продолжительность ремиссии была недолгой, 3-8 месяцев, после чего у 10 больных появились метастазы в необлученных отделах того же легкого, у 5 — в другое легкое, у 11 — в кости.

Положительный эффект имелся у 78,9% больных второй группы. Ремиссия на срок 1 год 6 мес. — 4 года получена у 8 (42,1%) больных. Прогрессирование процесса констатировано у 4 (21%) больных и заключалось оно в появлении метастазов в другое легкое, в кости. Только у двух (10,5%) больных появились метаста-

Таблица II.2.4.3

**Непосредственный эффект лучевого лечения метастазов  
в легкие в зависимости от методик лучевой терапии**

Группы больных	Коли- чество больных	Эффект лечения			
		ПЭ (абс. %%)	ЧЭ (абс. %%)	БЭ (абс. %%)	Прогресси- рование (абс. %%)
1 группа ЛОМ*	27	9 34,6%	10 38,5%	1 3,8%	6 23,0%
2 группа ТЛО**	21	10 52,6%	5 26,3%	нет	4 21,0%
3 группа ТКФ***	26	20 74,0%	5 18,5%	нет	1 3,7%

Примечание: \* ЛОМ — локальное облучение метастаза;

\*\* ТЛО — тотально-локальное облучение легкого;

\*\*\* ТКФ — тотально-локальное облучение с использованием крупных фракций.

зы в других отделах облученного легкого. У 3 (15,7%) больных рентгенологически констатирован факт появления исчезнувших после лечения метастазов через 1 год 2 месяца после лечения, что было расценено как рецидив метастаза. В литературе имеются данные о свойстве саркомы Юинга «возвращаться» после ремиссии (59), но данных о рецидивах исчезнувших метастазов в литературе мы не встретили.

Среди больных третьей группы (с крупнофракционным облучением) положительный эффект лечения был получен в 92,5% случаев, причем у 74,0% имелаcь полная резорбция метастазов. Стойкий положительный эффект на срок 1 год 6 мес. — более 5 лет получен у 14 (51,8%) больных. Прогрессирование процесса имелоcь лишь у 3,7% больных после крупнофракционного облучения и заключалось оно в появлении метастазов в другое легкое или в кости, чаще — черепа. Только у одного больного этой группы имелся рецидив исчезнувшего метастаза через 2 года 3 месяца после лечения.

Таким образом, полученные данные анализа ранних реакций и поздних лучевых осложнений подтверждает удовлетворительную переносимость лучевого лечения. Облучение крупными фракциями не усугубило частоты и степени лучевых повреждений. Получено более надежное излечение метастазов на достаточно длительный срок.

Изучена выживаемость больных с метастазами в легкие в зависимости от методик лучевой терапии, результаты представлены в таблице II.2.4.4.

Таблица II.2.4.4

**Выживаемость больных с метастазами в легкие  
после различных методик ЛТ**

Группы больных по методикам ЛТ	Количество больных	Выживаемость				
		1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет
1 группа ЛОМ	27	55,5± 9,5%	14,8± 6,8%	7,4± 5,0%	—	—
2 группа ТЛО	21	66,6± 10,2%	38,0± 10,5%	19,0± 8,5%	9,5± 6,4%	4,7± 4,6%
3 группа ТКФ	26	76,9± 8,3%	32,9± 9,0%	29,3± 8,7%	25,3± 8,4%	13,6± 6,7%

Наилучшая выживаемость получена среди больных второй группы, после крупнофракционного облучения удалось 13,6% больным продлить жизнь до 5 и более лет.

Изучена выживаемость во всей группе больных с метастазами независимо от методик проведенного лечения: 1 год были живы 47,6±3,8% больных, 3 года — 15,5±2,6%, 5 лет — 7,6±2,0%. Однако результаты лечения больных с метастазами зависят от ряда факторов: от количества метастазов и от методик лечения. Поэтому в сравнительном аспекте изучены результаты лечения в зависимости от методик ХТ. Результаты представлены в таблице II.2.4.5.

В группе больных, получивших полихимиолучевую терапию, 1 год были живы 49,5±4,7% больных, 3 года — 12,6±3,1%. Несколько худшие результаты получены после монохимиолучевой

Таблица II.2.4.5

**Результаты комбинированного лечения больных  
саркомой Юинга с метастазами в зависимости от методик ХТ**

Группы больных	Количество больных	Выживаемость			
		1 год	2 года	3 года	5 лет
МХЛ*	41	43,9± 7,7%	7,3± 4,0%	7,3± 4,0%	4,8± 3,3%
ПХЛ**	111	49,5± 4,7%	18± 3,6%	12,6± 3,1%	9,0± 2,7%

Примечание: \* МХЛ — монохимиолучевая терапия;

\*\* ПХЛ — полихимиолучевая терапия.

терапии — 3 года были живы  $7,3 \pm 4,0\%$ , 5 лет —  $4,8 \pm 3,3\%$ . Проведен анализ выживаемости больных в зависимости от времени выявления метастазов: 69 пациентов с первично выявленными метастазами и 101 больной с метастазами, выявленными после лечения первичной опухоли. Результаты представлены в таблице II.2.4.6.

Таблица II.2.4.6

**Выживаемость в зависимости от сроков выявления метастазов**

Группы больных	Количество больных	Выживаемость				
		1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет
Больные с первич- ными мета- ста- зами	69	44,7± 6,0%	7,4± 3,2%	4,4± 2,5%	1,4± 1,4%	—
Больные с вторич- ными мета- ста- зами	101	47,7± 5,3%	14,7± 3,7%	10,2± 3,2%	6,8± 2,6%	3,4± 1,9%

Как видно из таблицы, только один больной с первично выявленными метастазами, был жив 4 года, до 5 лет не дожил ни один человек. Результаты лечения больных с вторично выявленными метастазами несколько лучше — 3-летняя выживаемость составила 10,2%, 5 лет были живы 3,4% детей.

При анализе результатов лечения первичных больных в зависимости от методик химиотерапии, получены результаты, представленные в таблице II.2.4.7.

Таблица II.2.4.7

**Выживаемость больных с первично выявленными метастазами в зависимости от методик химиотерапии**

Группы больных	Количество больных	Выживаемость			
		1 год	2 года	3 года	4 года
МХЛ терапия	14	57± 13,2%	—	—	—
ПХЛ терапия	55	43,6± 6,6%	12,7± 4,4%	9,0± 3,8%	5,4± 3,0%

Больные, получившие МХлучевую терапию, все умерли в течение первых полутора лет, в то время как 9,0% были живы 3 года, а 5,4% больных — более 5 лет после полихимиолучевой терапии.

Аналогичным образом, изучены результаты лечения больных с вторичными метастазами в зависимости от методик химиотерапии (табл. II.2.4.8).

Таблица II.2.4.8

**Выживаемость больных с вторичными метастазами в зависимости от методик химиотерапии**

Группы больных	Количество больных	Выживаемость				
		1 год	2 года	3 года	4 года	5 лет
МХЛ терапия	32	36,3± 8,3%	3,0± 2,9%	3,0± 2,9%	—	—
ПХЛ терапия	56	55,3± 6,6%	23,2± 5,6%	16,0± 4,9%	12,5± 4,4%	10,5± 4,1%

Значительно лучшие результаты получены у больных с вторичными метастазами после полихимиолучевого лечения: 3 года были живы 16%, 5 лет — 10,5% больных. Более 5 лет живут 6 больных, более 10 лет — 5 пациентов, излеченных от саркомы Юинга с метастазами.

Полученные данные свидетельствуют в пользу того, что появление солитарных или единичных метастазов не является признаком инкурабельности. Лечение этих больных следует проводить по радикальной программе, в результате чего удается получить 5-летнюю выживаемость 10,5% больных. Наиболее эффективной методикой облучения метастазов в легкие оказалось тотально-локальное облучение с крупными фракциями.

### *Литература*

1. *Балмуханов С.Б., Турдунгулов И.Н.* Скорость роста и эффективность лучевого лечения сарком длинных трубчатых костей. //Мед. радиол. — 1979. — т.24. — №5. — сс.10-16.
2. *Бардычев М.С., Зорина Л.А.* Дигностика и лечение поздних лучевых повреждении легких.//Методические рекомендации. — Обнинск. — 1991. — 9с.
3. *Бизер В.А.* Клиника и комбинированные методы лечения первичных злокачественных опухолей костей у детей.// Дисс. докт. мед. наук. — Обнинск. — 1974.
4. *Бизер В.А.* Лечение детей с метастазами саркомы Юинга.//В сборнике «Опухоли опорно-двигательного аппарата». — М. — 1976. — № 5. — сс.53-57.
5. *Бизер В.А., Менжинская Г.В.* Результаты химиолучевого лечения опухоли Юинга в IV стадии.//Сб. «Вопросы к онкологии». — 1977. — ч.II. — сс.131-133.
6. *Бизер В.А.* К вопросу о необходимости и эффективности лечения детей с метастазами саркомы Юинга.//В сб. «Опухоли костей у детей и подростков». — М. — 1979. — сс.34-35.
7. *Глеков И.В.* Нетрадиционное фракционирование дозы при лучевой терапии солидных опухолей у детей.//Атореф. дисс. докт. мед. наук. — М. — 1999. — сс.201-205.
8. *Глеков И.В., Голдобенко Г.В., Иванова Н.М. и соавт.* Мультифракционирование дозы облучения при лечении саркомы Юинга.//Сб. «Луч.диагност. и луч.терапия на пороге третьего тысячелетия». — М. — 2000. — сс.151.
9. *Голдобенко Г.В., Лобанов Г.В., Кошечкина Н.А. и соавт.* Лучевая терапия метастатических опухолей легких у детей.//Сб. «Злокачественные новообраз. у детей». — Материалы II Всесоюзной

- конференции по дет.онкологии. — Душанбе. — 1988. — сс.209-210.
10. *Голдобенко Г.В., Дурнов Л.Н., Лобанов Г.В. и соавт.* Оптимизация курсов лучевой терапии как фактор повышения эффективности лечения злокачественных опухолей у детей.//Тезисы V Республ.научной конференции онкологов Киргизии. — Фрунзе. — 1989. — сс.178-180.
  11. *Голдобенко Г.В., Иванов В.К., Дурнов Л.А. и соавт.* Поглощенная доза и ее фракционирование при лучевом лечении опухолей у детей.//Мед.радиол. — 1990. — № 1. — сс.14-17.
  12. *Голдобенко Г.В., Дурнов Л.А., Абдрахманов Ж.* Детская онкологическая радиология.//Алма-Ата. — «Казахстан». — 1991. — с.197.
  13. *Готько Е. С.* Внутриаптериальная химиотерапия в комбинированном лечении остеогенной саркомы и саркомы Юинга.//Автореф.канд.мед.наук. — М. — 1992.
  14. *Дарьялова С.Л., Бойко А.В., Черниченко А.В.* Наш взгляд на комбинированное лечение злокачественных опухолей.//Рос. онкол. ж. — 1998. — №3. — сс.76-7959.
  15. *Дарьялова С.Л., Бойко А.В., Черниченко А.В.* Современные возможности лучевой терапии злокачественных опухолей.//Рос. онкол. журнал. — 2000. — №1. — сс.48-55.
  16. *Дедков А.Г., Черниченко В.А., Лисецкий В.А.* Лечение и профилактика метастазов в легкие костномозговых опухолей.//Клин.онкол. — 1991. — №11. — сс.125-127.
  17. *Дурнов Л.А., Голдобенко Г.В.* Лечение метастазов в легких.//Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. — Украина. — Киев. — Онкология. — 2000. — №1218.
  18. *Еремина Л.А.* Разработка методов лечения первичных злокачественных опухолей костей.//Дисс.докт.мед.наук. — М. — 1979.
  19. *Еремина Л.А., Цихисели Г.Р., Ковалевский Е.Е.* Новые пути и методы лечения костных сарком, включая метастазы в легкие.//В кн. «III Всесоюзн.съезд онкологов». — Ташкент. — 1979. — сс.479-481.
  20. *Кныш И.Т., Толстомятов Б.А.* Лечение больных саркомой Юинга, ретикулосаркомой и миеломной болезнью.//Врачебное дело. — 1985. — № 7. — сс.86-88.
  21. *Ковалевский Е.Е.* Основные направления в лечении метастазов костных сарком в легкие.//В сб. «Опухоли опорно-двиг.аппарата и вопросы восстановит.лечения онкол.больных». — М. — 1979. — Вып.7. — сс.55-58.
  22. *Ковалевский Е.Е.* Непосредственные и отдаленные результаты лечения метастазов костных сарком в легкие.//Сб. «Опухоли опорно-двиг.аппарата и вопросы восстановит.лечения онкол.больных». — М. — 1979. — Вып.7. — сс.52-54.

23. *Ковалевский Е.Е.* Лечение метастазов костных сарком в легкие.//Автореф.дисс.канд.мед.наук. — М. — 1980.
24. *Кузнецова И.П., Рахманин Ю.А.* Случай успешного лечения распространенной саркомы Юинга у девочки 14 лет. Протокол 174 заседания общества онкологов Москвы от 24 июня 1971г.//Вопросы онкологии. — 1972. — №3.
25. *Мардынский Ю.С.* Современные проблемы повышения эффективности лучевой терапии.//Материалы IV ежегодной Росс.Онкол.конфер. — М. — 2000. — сс.198-200.
26. *Марморштейн С.Я., Купин П.Е., Звекоткина А.С. и соавт.* Темп роста метастазов костных сарком в легкие.//Вопр.онкол. — 1971. — № 9. — сс.42-47.
27. *Морошкин И.Б., Ковалевский Е.Е.* О лечении метастазов саркомы Юинга в легкие.//Сб. «Опухоли опорно-двиг.аппарата и вопр.восстановит.лечения онкол.больных» — М. — 1979. — Вып.7. — сс.96-100.
28. *Нивинская М.М., Ратнер Т.Г., Бальтер С.А. и соавт.* К вопросу о новой методике паллиативной лучевой терапии при метастазах злокачественных опухолей в скелет.//Сб. «Опухоли опорно-двигат.аппарата». — М. — 1973. — Вып.4. — сс.146-148.
29. *Нивинская М.М., Ратнер Т.Г., Бальтер С.А. и соавт.* Лучевая терапия метастазов злокачественных опухолей в легкие.//Вопр. онкол. — 1977. — т.XXII. — №5. — сс.35-41.
30. *Нивинская М.М., Ратнер Т.Г., Пластова Н.Ф., Ветрова М.А. и соавт.* Лучевая терапия метастазов злокачественных опухолей в легкие.//Мед.радиол. — 1980. — №6. — сс.52-56.
31. *Нивинская М.М., Еремина Л.А., Ковалевский Е.Е. и соавт.* К вопросу о возможностях лучевой терапии метастазов саркомы Юинга в легкие.//В сб. «Опухоли опорно-двиг.аппарата». — М. — 1984. — сс.103-108.
32. *Петров Н.Н.* О саркоме Юинга.//Нов.хир.архив. — 1931. — т.23. — кн.91-92. — с.492.
33. *Позднухов Л.Г., Валиева Р.К., Турдугулов И.Н. и соавт.* Клинико-рентгенологическая характеристика и кинетика роста опухоли Юинга.//Вопр.онкол. — 1982. — т.28. — № 7. — сс.41-45.
34. *Птушкина Е.А., Иванова Н.М., Долгополов И.С. и соавт.* Опыт интенсивной ХТ у детей с прогностически неблагоприятными формами опухоли типа саркомы Юинга.//Материалы V Всероссийского съезда онкологов. — Казань. — 2000. — т.3. — сс.237-240.
35. *Птушкина Е.А., Иванова Н.М., Долгополов И.С. и соавт.* Результаты лечения пациентов с прогностически неблагоприятными формами саркомы Юинга по протоколу ES — IPO — 97//Тез. II съезда онкологов стран СНГ. — Украина. — Киев. — Онкология. — 2000. — №1249.



36. *Пунанов Ю.А.* Оптимизация лечебной тактики у детей с саркомой Юинга и костной ретикулосаркомой.//Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Л. — 1988.
37. *Рахманин Ю.А.* Химиолучевое лечение саркомы Юинга.//Автореф.дисс.канд.мед.наук. — М. — 1974.
38. *Слонимская Е.М.* Факторы прогноза у больных саркомой Юинга.//Автореф.дисс.канд.мед.наук. — М. — 1986.
39. *Тимухина В.Н.* Комбинированное лечение локализованной и распространенной форм саркомы Юинга у детей.//Автореф. дисс. канд. мед. наук. — Обнинск. — 1982.
40. *Тимухина В.Н.* Полихимиолучевое лечение опухоли Юинга IV стадии.//Сб. «Опухоли костей у детей и подростков». — М. — 1989.
41. *Трапезников Н.Н., Соловьев Ю.Н., Тайлаков Б.Б. и соавт.* Внутривенная химиотерапия как составная часть комбинированного лечения саркомы Юинга длинных трубчатых костей.//Вестник ОНЦ РАМН. — 1997. — №2. — сс.24-28.
42. *Bacci G., Briccoli A., Picci P. et al.* Metachronous pulmonary metastases resection in patients with Ewing's sarcoma initially treated with adjuvant or Neoadjuvant chemotherapy.//Eur.G.Cancer. — 1995. — V.31A. — N6. — pp.998-1001.
43. *Carigir A., Vietti T.J., Gehan E.A. et al.* Ewing's sarcoma metastatic of diagnosis results and comparison's of two intergroup Ewing's sarcoma studies.//Cancer. — 1990. — V.66. — N5. — pp.887-893.
44. *Dunst J., Paulussen M., Jurgens H.* Lung irradiation for Ewing's sarcoma with pulmonary metastases at diagnosis: results of the CESS-studies.//Strahlenther.Oncol. — 1993. — V.169. — №10. — pp.237,621-623.
45. *Dimopoulos J., Wickenhauser J., Ganigiani G. et al.* Das Ewing-Sarkom. Kritische Analyse von 41 Pollen.//Radiol.Clin.Biol. — 1974. — V.43. — pp.56-70.
46. *Gall P.P., Muhc E., Angermann B.* Chirurgische Behandlung von Lungenmetastasen. Indikation und Operationstechnik.// Dtsch. Med. Wochenschr. — 1979. — V.104. — №23. — pp.835-837.
47. *Gallmeier W.M., Sceber S., Brants U. et al.* Adriamicin in der Behandlung der Ewing-Sarcoms.//Ergeb.Adriamicin.Ther. — Berlin e.a. — 1975. — pp.103-110.
48. *Halperin E.C., Constine L.S., Tarbell N.J. et al.* Pediatric Radiation Oncology.//Raven.Pres. — New-York. — 1999. — p.748.
49. *Hartmann O., Oberlin O., Beanjean F. et al.* Role of high-dose chemotherapy followed by bone marrow autograft in the treatment of metastatic Ewing's sarcoma in children.//Bull.Cancer. — 1990. — V.77. — №2. — pp.181-187.
50. *Hawkins D., Barnett T.* Bensin, Busulfan, melfolan and thiotera with or Without total marrow izeadiation with hematopoietic stem cell rescue

- for poor-risk E-S-Family tumors.//Med.Pediatr.Oncol. — 2000. — 34(15). — pp.328-337.
51. *Hayes F.A., Thompson E.I.* Metastatic Ewing's sarcoma: remission induction and survival.//I.Clin.Oncol. — 1987. — V.5. — №8. — pp. 1199-1204.
52. *Janssen D.P., Van de Kaa C.A., Noyez L. et al.* A solitary metastases in the heard from Ewing's sarcoma.//Eur.I.Card.Surg. — 1994. — v.8. — №1. — pp.51-53.
53. *Kotz R., Kogelnik H.D., Salzer-Kuntschik M. et al.* Problems of local recurrence in patients with Ewing's sarcoma.//Osterr.Z.Onkol. — 1977. — V.4. — pp.7-12.
54. *Ladenstein R., Lassef C., Pinkerton R. et al.* Impact of megatherapie in children with high-risk Ewing's tumours in complete remission: a report from the Solid Tumour Registry. Erratum appears in Bone Marrow Transplant 1996.//Bone.Marrow.Transplant. — 1995. — V.15. — №5. — pp.697-705.
55. *Marciani M.G., Stefani N., Peroni G.L. et al.* Intracerebral metastases in Ewing's sarcoma.//Acta.Neurol.Belg. — 1990. — V.90. — №3. — pp.149-156.
56. *Marsa G.W., Johnson R.E.* Altered pattern of metastases following treatment of ewing's sarcoma with radiotherapy and adjuvant chemotherapy.//Cancer. — 1971. — V.27. — №5. — pp.1051-1054.
57. *Marcus R., Graham-Pole J.R., Springfield D.S. et al.* High-risk Ewing's sarcoma: Intensification using autologus bone marrow transplantation.//Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys. — 1988. — V.15. — №1. — pp.53-59.
58. *Mendenhall C.M., Marcus R.B., Barbosa J.L.* A short form intensive chemotherapy and radiotherapy regimen for Ewing's sarcoma.//Proc.AACR and ASCO. — 1980. — Abst. — p.260.
59. *Ozaki T., Sugihara S., Hamada M. et al.* Salvage chemotherapy for recurrent Ewing's sarcoma.//Neoplasma. — 1995. — V.42(1). — pp.39-42.
60. *Palma J., Gailani S., Freeman A. et al.* Treatment of metastatic Ewing's sarcoma with BCNU.//Cancer. — 1972. — V.30. — pp.909-910.
61. *Paulussen M., Ahrens S., Burdach S. et al.* Primary metastatic (stage Ewing tumor: survival and IV) analysis of 171 patients from the EICESS studies.//Ann.Oncol. — 1998. — V.9. — №3. — pp.275-281.
62. *Pilepich M.V., Vietti T.J., Nesbit M.E. et al.* Radiotherapy and combination chemotherapy in advanced Ewing's sarcoma: Intergroup study.//Cancer. — 1981. — V.47.-№8. — pp.1930-1936.
63. *Potdar G.G.* Ewing's tumor.//Clin.Radiol. — 1971. — V.22. — №4. — pp.528-533.
64. *Rosen G.* Primary Ewing's sarcoma. The multidisciplinary lesion.//Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys. — 1978. — V.4. — №5-6. — pp.527-532.

65. *Smith L.M., Cox R.S., Donaldson S.S.* Second cancer in long-term survivors of Ewing's sarcoma.//Clin.Orthop.Bone.Neoplasms. — D.T. — California. — №94305.
66. *Suit H.D., Martin R., Sutov W.* Primary malignant tumors of the bone.//Clinical Pediatric Tumors Oncology (Ed.: Sutov W., Vietti T., Fernbach D.). — 1973. — Ch.21. — pp.473-496.
67. *Telles N.C., Rabson S., Pomeroy T.C.* Ewing's sarcoma. An autopsy study.//Cancer. — 1978. — V.41. — №6. — pp.2321-2329.
68. *Vietti T.J., Gehan E.A., Nesbit M.E. et al.* Multimodal therapy in metastatic Ewing's sarcoma: An inergroup study.//Nat'l. cancer. Inst. Monogr. — 1981. — V.56. — pp.279-284.
69. *Villarroel M., Tordecilla J., Salgado C. et al.* Multimodel therapy for children and adolescents with Ewing sarcoma: Results of the First National Chilean Trial (1986-1991).//Med.Pediatr.Oncol. — 1997(Sept 29). — V.3. — pp.190-196.
70. *Zucker J.M., Henry-Amar M.* Therapeutic controlled trial in Ewing's sarcoma: Report of the results of a trial by the clinical cooperative group on radio- and chemotherapy of the E.O.R.T.C.//Eur.J.Cancer. — 1977. — V.13. — pp.1019-1023.

## **II.2.5. ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА**

Работы, посвященные статистике и эпидемиологии злокачественных новообразований, свидетельствуют о том, что первое место в структуре онкологической заболеваемости населения России занимают злокачественные заболевания органов пищеварения, составляя 31,7% всех злокачественных опухолей (Чиссов В.И. с соавт., 1998). При этом «грубый» показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями данной локализации составил в 1996 году 99,8 на 100000 населения.

Совершенствование методов исследования и организационно-методических мероприятий по ранней диагностике рака желудочно-кишечного тракта не привело пока к стойким изменениям в соотношении стадий рака среди первично выявленных больных: процент пациентов с IV стадией опухолевого процесса по-прежнему очень высок. Так, в 1998 году диагноз рака желудка установлен в IV стадии заболевания в 41,9% случаев, при этом умерли в тече-

ние первого года после установления диагноза 56% больных (Трапезников Н.Н. с соавт., 2000).

Возможности радикального хирургического лечения этой категории больных исчерпаны. Благодаря созданию и внедрению в практику противоопухолевых химиопрепаратов, появились предпосылки для оказания помощи больным с неоперабельным раком желудочно-кишечного тракта.

Нами была поставлена цель — улучшить результаты лечения генерализованного рака данной локализации: уменьшить клинические проявления заболевания, облегчить состояние этого тяжелого контингента больных, улучшить качество жизни и увеличить ее продолжительность путем применения химиопрепаратов после пробных и паллиативных операций, а также как самостоятельного метода лечения больных раком желудочно-кишечного тракта IV стадии.

Необходимость лечения этой категории больных подчеркивал Березов Ю.Е. (1978) — «...лечение хоть и не ведет к ощутимому продлению жизни, но, как правило, облегчает состояние больных и вселяет в них надежду на выздоровление, чем врач, не имеет права пренебречь с морально-этических позиций».

### **Результаты аутогемохимиотерапии у больных раком желудка IV стадии**

Результаты неоадьювантной аутогемохимиотерапии, являющейся рациональным и эффективным компонентом комплексного лечения больных раком желудка III стадии (Малейко М.Л., 1998; Орловская Л.А. с соавт., 2000; Сидоренко Ю.С. с соавт., 2000), послужили основанием для применения этого метода в терапии тяжелой и бесперспективной категории больных раком желудка, имеющих генерализацию опухолевого процесса.

Аутогемохимиотерапия была проведена 22 пациентам с IV стадией рака желудка в возрасте от 40 до 75 лет в качестве самостоятельного метода лечения. В исследование были включены пациенты с морфологически подтвержденным диагнозом, объективными проявлениями болезни, компенсированными сердечной, печеночной и почечной функциями, удовлетворительными гематологическими показателями.

Генерализация процесса выявлена у больных либо при первичном обследовании, либо после диагностической лапаротомии. При первичном обследовании генерализация чаще всего определялась на основании наличия у больных метастатического поражения печени, асцита или метастазов в надключичные лимфоузлы слева (метастаз Вирхова). При оперативном лечении критериями

запущенности опухолевого процесса являлись канцероматоз брюшной полости, метастатическое поражение печени, наличие обширных забрюшинных метастазов с местно-неоперабельным процессом.

Метод аутогемохимиотерапии предложен и апробирован в клинике в 1982 году академиком РАМН Ю.С. Сидоренко (авторское свидетельство №940379 от 23.02.1982 г. «Способ лечения рака»). Методика проведения аутогемохимиотерапии заключается во введении противоопухолевых химиопрепаратов на 150 мл аутокрови больного, взятой из периферической вены в стерильный флакон с 50 мл глюцира. В это же флакон сразу после забора крови вводятся химиопрепараты, разведенные в 10 мл 0,9% раствора NaCl. После экспозиции в течение 30 минут в термостате при температуре 36,8° С производится внутривенная капельная реинфузия аутокрови с цитостатиками. С целью частичной синхронизации цикла опухолевых клеток за 24 часа до начала процедуры внутривенно вводилась онкостатическая доза — 10 мг винбластина, который вызывает блокирование клеток опухоли в фазах G и G<sub>0</sub>.

Проведенный анализ литературы показал, что наиболее целесообразным является включение в различные схемы химиотерапии 5-фторурацила, как самого активного агента при лечении рака желудка (Мурованная Ю.В., 1993; Шевченко В.В. с соавт., 1996) и метотрексата, который оказывает модулирующее действие на 5-фторурацил, усиливая его противоопухолевый эффект (Nakagomi M. et al., 1997; Sasaki T., 1996).

Используемая нами комбинация химиопрепаратов включала три цитостатика с различным механизмом действия и различной точкой приложения их в цепи метаболизма опухолевых клеток. Достигалось это применением антиметаболитов — 5-фторурацила и метотрексата, блокирующих синтез нуклеиновых кислот в S-фазе клеточного цикла, а также алкилирующего препарата — циклофосфана, активного в G<sub>2</sub> фазе. Разовые дозы химиопрепаратов составили: 5-фторурацил 750-1000 мг, метотрексат 20-25 мг, циклофосфан 400-600 мг. Введение химиопрепаратов на аутокрови осуществлялось 2 раза в неделю с интервалом в 2-3 дня в течение двух недель, т.е. на курс лечения — 4 процедуры аутогемохимиотерапии. При этом курсовые дозы цитостатиков составили 5-фторурацил — 3000-4000 мг, метотрексат — 80-100 мг, циклофосфан — 1600-2400 мг. Несмотря на тяжесть состояния некоторых пациентов, аутогемохимиотерапия начиналась одновременно с симптоматической терапией. Обязательным компонентом лечения в этих случаях являлась дезинтоксикационная терапия.

Непосредственные результаты аутогемохимиотерапии оценивались через 5-7 дней после окончания лечения. Эффективность определялась на основании данных рентгенографии, желудка, фиброгастроскопии, ультразвукового исследования брюшной полости, а также изменения частоты общих симптомов рака желудка. В связи с распространенностью опухолевого процесса лечебный эффект считался положительным не только при наличии регрессии первичной опухоли или ее метастазов, но и на основании изменения клинических проявлений заболевания.

При анализе эндоскопических и рентгенологических данных нами выявлено, что проведение курса аутогемохимиотерапии вызывало различной степени регрессию опухоли желудка. Так, лечение оказалось эффективным у 8 (36,3%) больных. Однако дальнейший рост опухоли, т.е. прогрессирование процесса в ходе применения аутогемохимиотерапии не наблюдалось ни у одного пациента. Прослеживалась зависимость степени регрессии опухоли от макроскопической формы роста, гистологического типа и локализации ее в желудке. Выявлена тенденция, когда наибольшая регрессия достигалась при наличии аденокарцином различной степени дифференцировки с экзофитной или смешанной формой роста, поражающих проксимальные отделы желудка. Проведение контрольного ультразвукового исследования желудка после аутогемохимиотерапии показало уменьшение метастатически пораженных забрюшинных лимфатических узлов более чем на 50% у 8 (44,4%), а полное их исчезновение — у 3 (16,7%) из 18 пациентов. Также отмечена различной степени регрессия (25-50%) метастатических очагов в печени у 5 из 14 (35,7%) больных. Дополнительно ультразвуковое исследование показало уменьшение асцита у 4 из 11 (36,4%) пациентов.

Однако, в связи с неоперабельностью данной категории больных, эти данные представляют больше научный интерес. Анализ же непосредственных результатов аутогемохимиотерапии на основании уменьшения клинических проявлений болезни, с нашей точки зрения, представляет практический интерес, так как отмечаемое стихание общих симптомов рака желудка существенно облегчает состояние больных и улучшает их самочувствие.

Основными клиническими проявлениями были: болевой синдром (20 пациентов), отрыжка (15), тошнота (12), рвота (10), лихорадка при метастатическом поражении печени (11), снижение аппетита (17) и слабость (18).

Полученные нами данные изменения частоты общих симптомов рака желудка представлены в таблице II.2.5.1.

Таблица II.2.5.1

**Влияние аутогемохимиотерапии на клинические проявления у больных раком желудка IV стадии**

Симптомы	Наличие симптомов до начала лечения	Уменьшение или исчезновение симптомов после лечения	
		Абс. число	%
Боль	20	13	65 ±7,5; p<0,05
Отрыжка	15	7	46,7±6,6; p<0,05
Тошнота	12	5	41,7±6,2; p<0,05
Рвота	10	3	30 ±5,3; p<0,1
Слабость	18	12	66,7±7,6; p<0,001
Потеря аппетита	17	13	76,4±7,9; p<0,008
Гипертермия	11	4	36,4±5,2; p<0,05

Из таблицы видно, что уменьшение или стихание болей отмечено у 13 из 20 больных — 65%. Такие симптомы, как отрыжка и тошнота, уменьшились или исчезли в 7 из 15 (46,7%) и в 5 из 12 (41,7%) случаев, соответственно. Рвота, которая отмечалась у 10 больных, исчезла в 3 наблюдениях (30%). Улучшение аппетита зарегистрировано у 13 из 17 (76,4%) пациентов, а исчезновение слабости — у 12 из 18 (66,7%) больных. Нормализация температуры отмечена у 4 из 11 пациентов (36,4%).

К основным объективным критериям эффективности противоопухолевой терапии в настоящее время, наряду с уменьшением размеров опухоли, относят и увеличение продолжительности жизни больных. Учитывая, что контроль за динамикой регрессии опухоли желудка затруднителен, данные о выживаемости больных следует рассматривать как наиболее важный показатель эффективности химиотерапии.

Нами прослежены исходы лечения больных раком желудка IV стадии, которые получали аутогемохимиотерапию в качестве самостоятельного метода лечения. Данные о средней продолжительности жизни этого контингента больных в сравнении с реферативным контролем представлены в таблице II.2.5.2.

Таблица II.2.5.2

**Исходы лечения больных раком желудка IV стадии, получавших аутогемохимиотерапию в качестве самостоятельного лечения в сравнении с контрольной группой**

Метод лечения	Число больных	Средняя продолжительность жизни (мес)
Аутогемохимиотерапия	22	9,8±2,6
Симптоматическая терапия	25	5,6±2,7

Из таблицы следует, что средняя продолжительность жизни у больных генерализованными формами рака желудка, которым был проведен курс аутогемохимиотерапии, выше, чем в контроле и составляет  $9,8 \pm 2,6$  мес ( $p < 0,05$ ).

Установлено, что после применения аутогемохимиотерапии у больных отмечалось медленное местное распространение опухоли при относительно невыраженном болевом синдроме по сравнению с больными, получавшими только симптоматическую терапию, которые характеризовались быстрым ростом опухоли на фоне сильных болей, купируемых частым введением наркотических препаратов.

Оценивая в целом непосредственные результаты аутогемохимиотерапии, как самостоятельного метода лечения больных с генерализованной формой рака желудка, необходимо отметить целесообразность применения данной методики, позволяющей облегчить состояние больных, улучшить качество и продолжительность их жизни.

**Внутрибрюшинная и эндолимфатическая химиотерапия в лечении неоперабельного рака желудка**

Для повышения эффективности лечения, улучшения качества жизни больных с неоперабельными формами рака желудка нами использована комбинация внутрибрюшинного и эндолимфатического введения химиопрепаратов после пробных лапаротомий. Во время операции через контрапертуры справа и слева от операционной раны в области реберных дуг по передней аксиллярной линии в брюшную полость вводили два тонких микроир-



ригатора, которые располагали, соответственно, в верхнем и нижнем этажах брюшной полости. После заживления раны, на 9-10 сутки после пробной лапаротомии, проводилось эндолимфатическое введение метотрексата в дозе 5 мг в лимфатические сосуды нижних конечностей. На следующий день осуществляли внутрибрюшинную полихимиотерапию цисплатином и 5-фторурацилом. Растворы химиопрепаратов готовили *ex tempore* на 0,9% растворе NaCl. Разовая доза 5-фторурацила составляла 1 г, цисплатина — 90-100 мг/м<sup>2</sup>. Через 6 дней осуществлялось повторное эндолимфатическое и внутрибрюшинное введение химиопрепаратов в той же последовательности и в тех же дозах. Дополнительная общеукрепляющая терапия начиналась за 3-4 дня до начала курса полихимиотерапии. Системное воздействие включало: курантил (1 таб. по 0,025 г 3 раза в день) индометацин (1 табл. по 0,025 г 3 раза в день), поливитаминный препарат триовит (1 табл. в день).

Химиотерапии были подвергнуты 15 больных неоперабельным раком желудка (диагноз подтвержден морфологически). В их число входили 6 мужчин в возрасте 51-67 лет и 9 женщин в возрасте 40-66 лет. Выявлена следующая локализация рака в пределах органа: в выходном отделе желудка — у 3 человек, в теле желудка — у 2, тотальное поражение желудка — у 4, поражение проксимального отдела желудка с переходом на пищевод — у 3, тотальное поражение желудка с переходом на пищевод — у 3 пациентов.

У больных отмечались следующие особенности проявления рака желудка: наличие асцитической жидкости у 12 человек, метастазы в ворота печени — у 5, метастазы в печень — у 3, врастание в корень брыжейки поперечно-ободочной кишки — у 8, канцероматоз брюшины — у 9, метастазы в забрюшинные лимфатические узлы — у 8, метастазы в поджелудочную железу — у 3 больных.

После проведенного лечения отмечался непосредственный клинический эффект химиотерапевтического воздействия, выражавшийся в уменьшении и исчезновении болевого синдрома у 12 из 15 больных, дисфагии у 5 человек из 7, улучшение аппетита и уменьшение общей слабости у 13 пациентов. Следует отметить, что до начала указанной терапии состояние больных в исследованной группе было тяжелым, клиническая картина неоперабельного рака желудка была резко выражена. Вместе с тем, продолжительность жизни пациентов при проведении предложенного метода лечения составила в среднем  $13,0 \pm 2,0$  месяца и статистически не отличалась от таковой у больных неоперабельным раком желудка при традиционном лечении —  $9,0 \pm 2,0$  месяца.

При проведении внутрибрюшинной полихимиотерапии большинство больных жаловались на боли в животе, тошноту, потерю аппетита, иногда рвоту, которые однако легко купировались и уже на следующий день не беспокоили пациентов. Ни в одном случае не было отмечено лейкопении.

Изучали иммунный статус больных на этапах химиотерапии: количественное и качественное содержание лейкоцитов, относительный и абсолютный уровень Т-лимфоцитов с подсчетом процента «активных» (многорецепторных) клеток, нагрузочные тесты с теофиллином и Т-активиним; в мазках крови, окрашенных по Паппенгейму, подсчитывали количество больших гранулярных лимфоцитов (БГЛ). Исследования проводили до начала химиотерапии и спустя 7 дней после внутрибрюшинного введения химиопрепаратов.

Исходный иммунный статус больных характеризовался резким снижением количества теофиллин-чувствительных клеток ( $8,7 \pm 0,8\%$  или  $0,008 \pm 0,002 \times 10^3/\text{мл}$ ). При этом соотношение теофиллин-резистентных клеток к теофиллин-чувствительным клеткам ( $\text{Тф}^-/\text{Тф}^+$ ) возрастало по сравнению с нормой более чем в 2 раза, составляя 6,2.

Одновременно отмечался низкий уровень БГЛ, обладающих естественной цитотоксичностью ( $3,1 \pm 0,04\%$  или  $0,03 \pm 0,007 \times 10^3/\text{мл}$ ). Стимуляция Е-розеткообразования при постановке нагрузочных тестов с Т-активиним говорит о функциональной недостаточности Т-клеточного иммунитета у больных. Остальные показатели находились на нормальных или субнормальных уровнях.

При проведении курса химиотерапии отмечена положительная динамика иммунного статуса у больных, выражающаяся в статистически достоверном повышении количества  $\text{Тф}^+$  лимфоцитов до нормальных цифр ( $13,8 \pm 1,5\%$  или  $0,18 \pm 0,45 \times 10^3/\text{мл}$ ). при этом исходно высокое отношение  $\text{Тф}^-/\text{Тф}^+$  ( $6,2 \pm 0,3$ ) достигало субнормальных цифр ( $4,3 \pm 0,2$ ). Наблюдалось увеличение содержания БГЛ ( $4,28 \pm 0,6\%$  или  $0,13 \pm 0,06 \times 10^3/\text{мл}$ ). Снижалась интенсивность стимуляции Е-розеткообразования под действием Т-активина, что косвенно указывает на восстановление функции Т-клеточного иммунитета после проведенного лечения. Таким образом, использование комбинации внутрибрюшинного и эндолимфатического введения цитостатиков в лечении неоперабельных больных раком желудка не оказывает иммуносупрессивного действия, способствует положительной динамике их иммунного статуса, что коррелирует с непосредственным клиническим эффектом химиотерапевтического воздействия.

Изучали изменения антиокислительного статуса крови больных неоперабельным раком желудка до и после проведения полихимиотерапии, включающей внутрибрюшинное и эндолимфатическое введение химиопрепаратов с предварительной общеукрепляющей терапией. В лимфоцитах крови указанной категории больных были найдены значительные нарушения в функционировании ферментативного звена антиокислительной защиты, выражавшееся в снижении активности каталазы в 1,8 раза и супероксиддисмутазы (СОД) в 14,6 раза по сравнению с показателями у здоровых лиц (Франциянц Е.М. с соавт., 1999). Коэффициент соотношения активности СОД к суммарной пероксидазной активности (СПА), характеризующий работу естественного каскада ферментов-антиокислителей, был снижен в 11,4 раза. Наблюдаемое при исследовании неферментативного звена антиокислительной защиты периферической крови больных раком желудка резкое возрастание коэффициента использования витамина А эритроцитами, лимфоцитами и нейтрофилами в 2,3; 9,6 и 11,5 раза, соответственно, по сравнению со здоровыми донорами может свидетельствовать о «гиперстабилизации» мембран этих клеток, что, несомненно, снижает их функциональную активность и ограничивает эффективный иммунный ответ.

После проведения полихимиотерапии наблюдалось достоверное изменение функционирования обоих звеньев антиокислительной защиты лимфоцитов в сторону нормализации.

Так, в лимфоцитах крови больных отмечалось возрастание активности СОД и каталазы, а также соотношения СОД и СПА до контрольных величин. Можно предполагать, что реализация клинического эффекта сопровождается восстановлением нарушенного баланса активностей антиокислительных ферментов, а это является немаловажным условием оптимального функционирования лимфоцитов.

В совокупности с сокращением сроков проведения химиотерапевтического лечения по сравнению с традиционным, это может свидетельствовать о перспективности выбранного направления. Возможно, совершенствование способа внутрибрюшинной полихимиотерапии путем подбора химиопрепаратов, учитывающих особенности функционирования антиокислительных систем, позволит добиться достоверного увеличения средней продолжительности жизни больных неоперабельным раком желудка.

### Непосредственные результаты аутогемохимиотерапии у больных раком ободочной кишки IV стадии

В нашем исследовании аутогемохимиотерапия была проведена на 14 больным с IV стадией рака ободочной кишки в качестве самостоятельного метода лечения после паллиативных и диагностических операций. Возраст больных был от 51 до 73 лет. Лечение подвергались больные с верифицированным морфологически диагнозом, с клиническими проявлениями болезни, удовлетворительными гематологическими показателями и компенсированной сопутствующей патологией. Генерализация рака ободочной кишки у этих больных выявлена при оперативном вмешательстве: метастазы в печени, канцероматоз брюшины, наличие обширных забрюшинных метастазов при местно неоперабельном процессе.

До проведения аутогемохимиотерапии этим больным были выполнены оперативные вмешательства в следующих объемах (см. табл. II.2.5.3).

*Таблица II.2.5.3*

#### Объемы оперативных вмешательств у больных раком ободочной кишки IV стадии

Операции	Количество
Илеотрансверзостомия	4
Двухствольная колостомия	6
Цекостомия	2
Пробная лапаротомия	2

Аутогемохимиотерапию проводили без предварительной подготовки через 7-10 дней после. Введение химиопрепаратов на аутокрови осуществлялось 2 раза в неделю с интервалом в 2-3 дня в течение 2 недель, т.е. на курс введения 3-4 инфузии. При этом курсовые дозы цитостатиков составили: винбластин — 30-40 мг или винкристин — 3-4 мг; метотрексат — 40-80 мг, 5-фторурацил — 1500-4000 мг. Дозы цитостатиков в каждом случае индивидуально варьировали в небольших пределах в зависимости от тяжести состояния больных, показателей номограммы и гемограммы. Обязательным условием проведения химиотерапии у этого тяжелого

контингента больных было присоединение обычной дезинтоксикационной терапии.

Непосредственные результаты оценивали через 6-8 дней после окончания аутогемохимиотерапии. Эффективность лекарственного воздействия определяли по изменениям основных симптомов заболевания (табл. II.2.5.4).

Таблица II.2.5.4

**Клинические проявления у больных раком ободочной кишки IV стадии и изменение их в процессе лечения**

Симптомы	Наличие симптомов				Значимые различия
	До АГХТ		После АГХТ		
	Абс.	%	Абс.	%	
Боль	14	100	5	35,7±12,8	p<0,01
Слабость	12	85,7±9,3	2	14,3±9,5	p<0,05
Анемия	10	71,4±12,0	2	14,3±9,5	p<0,05
Патологические примеси	8	57,1±13,2	2	14,3±9,5	p=0,05
Пальпируемая опухоль	6	42,9±13,2	2	14,3±9,5	p<0,1

После проведения курса аутогемохимиотерапии отмечена следующая положительная динамика: болевой синдром исчез и значительно уменьшился у 3 больных; слабость уменьшилась у 10 пациентов; признаки анемии исчезли у 8, патологические примеси — у 6 больных. Пальпируемая опухоль уменьшилась у 4 человек, причем у 3 ее уменьшение произошло на 25-30%. У всех 14 пациентов значительно улучшился аппетит, они смогли принимать более разнообразную пищу. Ухудшение состояния больных не отмечено ни в одном случае.

К основным объективным критериям эффективности противоопухолевой терапии, наряду с уменьшением опухоли, относится и увеличение продолжительности жизни больных, что является наиболее важным показателем, поскольку изменение размеров опухоли имеет больше теоретическое, чем практическое значение при наличии отдаленных метастазов.

Нами прослежены исходы лечения больных раком ободочной кишки IV стадии, которым мы проводили аутогемохимиотерапию. Известно, что при местно операбельном процессе и имеющихся метастазах в печени при выполнении только паллиативной операции (наложение обходного анастомоза, колостомия) средняя продолжительность жизни больных составляет 5-7 месяцев (Евдокимов Г.М., 1999; Калганов И.Д., 1999; Саламов К.Н. с соавт., 2000; Yuman F. et al., 1996). В нашем исследовании средняя продолжительность жизни таких больных составила  $14,0 \pm 2,1$  месяцев.

При наблюдении за этой категорией больных установлено, что после проведения аутогемохимиотерапии прогрессирование опухолевого процесса проходило более медленно, с менее выраженным болевым синдромом, что потребовало присоединения наркотических анальгетиков только в финальной стадии заболевания. Большинство больных (9 пациентов) на протяжении всего срока наблюдения продолжали вести активный образ жизни.

Таким образом, аутогемохимиотерапия у больных генерализованным раком ободочной кишки позволила не только увеличить продолжительность жизни, но и улучшить ее качество.

#### **Непосредственные результаты аутогемохимиотерапии с локальной СВЧ-гипертермией у больных раком прямой кишки IV стадии**

Группу больных, которым была проведена паллиативная аутогемохимиотерапия с локальной гипертермией, составили 1-3 пациентов с IV стадией рака прямой кишки в возрасте от 48 до 67 лет; мужчин — 8, женщин — 5.

Диссеминация опухолевого процесса во всех 13 случаях была установлена после диагностической лапаротомии и определялась наличием сочетания нерезектабельной опухоли прямой кишки с метастатическим поражением печени у 9 (69,2%) больных, либо обширными несмещаемыми парааортальными метастазами или канцероматозом брюшины малого таза у 4 (30,8%) пациентов. Учитывая наличие признаков кишечной непроходимости всем больным были произведены различные виды колостомии. У всех пациентов отмечалась выраженная симптоматика рака прямой кишки, причем больных в большей степени беспокоили местные проявления заболевания на фоне умеренных проявлений общих симптомов злокачественного процесса.

Решение о проведении паллиативной АГХТ с гипертермией принималось консилиумом специалистов после отказа в проведе-

нии лучевой терапии. Больные получали аутогемохимиотерапию по указанной ранее методике. Разовые дозы химиопрепаратов составили: 5-фторурацил — 750-1000 мг, метотрексат — 20-25 мг, винбластин — 10 мг. Введение осуществлялось 2 недели с интервалом 2-3 дня, т.е на курс — 4 инфузии цитостатиков. аутогемохимиотерапия сочеталась с внутримышечной локальной СВЧ-гипертермией на аппарате «Яхта-3» спустя 1 час после введения химиопрепаратов. Продолжительность сеанса локальной гипертермии 60 минут, количество сеансов — 3. Особенностью лечения было обязательное проведение симптоматической терапии, что обуславливалось наличием у больных данной группы распадающихся и кровоточащих опухолей, приводящих к нарастанию анемии и интоксикации, а также водно-электролитных нарушений при дисфункции стомы. Симптоматическое лечение включало в себя парентеральное введение витаминов С и группы В, препаратов железа, 5% растворов глюкозы. При необходимости проводились гемостатическая терапия и гемотрансфузии, адекватная аналгезия.

Оценка эффективности АГХТ с локальной гипертермией проводилась на 5-7 сутки после окончания лечения по данным ректального пальцевого исследования, ректоскопии (фиброскопии), ультразвукового исследования брюшной полости и малого таза, а также изменения частоты общих и местных симптомов рака прямой кишки. Мы не ставили целью добиться резорбции опухоли у больных иноперабельным раком, основным было продление их жизни при приемлемом ее качестве. Поэтому положительным считался эффект, достигнутый не только в виде частичной регрессии опухоли и ее метастазов, но и в виде уменьшения тягостных для инкурабельного больного симптомов заболевания.

На основании клинических, эндоскопических и ультразвуковых данных различная степень регрессии опухоли прямой кишки была выявлена у 6 (46,2%) больных. Из них уменьшение опухоли, более чем на 50%, отмечено у 2 (15,4%) больных и у 4 (30,8%) пациентов зарегистрирована регрессия опухоли на 25-50%. Все случаи регрессии достигнуты у больных аденокарциномой различной степени дифференцировки со смешанной формой роста, поражающей средне- и нижеампулярный отделы прямой кишки. Прогрессирование процесса в ходе проведения термохимиотерапии зарегистрировано у 2 (15,4%) пациентов.

Наряду с локальным эффектом термохимиотерапии при контрольном ультразвуковом исследовании печени выявлено уменьшение метастатических очагов на 25-50% у 4 из 9 (44,4%) больных.

Наряду с объективными данными эффективности предлагаемой терапии было отмечено значительное уменьшение клинической симптоматики общих и местных проявлений рака прямой кишки у больных исследуемой группы. Эти данные представлены в таблице II.2.5.5.

Таблица II.2.5.5

**Изменение клинических симптомов под влиянием  
аутогемохимиотерапии с локальной СВЧ-гипертермией  
у больных раком прямой кишки IV стадии**

Симптомы	Наличие симптомов до начала лечения	Уменьшение или исчезновение симптомов после лечения	
		Абс.	%
Патологические выделения	11	8	72,3±13,3; p=0,05
Псевдодефекации, тенезмы	10	8	80,0±11,1; p=0,05
Запоры	8	5	62,5±17,0; p>0,1
Болевой синдром	12	9	75,0±12,5; p=0,05
Общее недомогание, слабость	9	5	55,6±16,5; p>0,1
Субфебрильная температура	5	2	40,0±15,4; p>0,1
Дизурия	4	2	50,0±23,0; p>0,1

Как видно из таблицы, уменьшение или прекращение патологических выделений из прямой кишки отмечено у 8 из 11 пациентов (72,7%). Частота псевдодефекаций и тяжесть запоров уменьшилась у 8 из 10 и у 5 из 8 больных, соответственно. Уменьшение или купирование болевого синдрома зарегистрировано у 9 из 12 (75,0%) пациентов. Исчезновение общей слабости отмечено у 5 из больных, а уменьшение дизурических явлений — у 2 из 4 пациентов. Нормализация температуры при метастатическом поражении печени наблюдалась у 2 из 5 больных.



Изменение качества жизни больных проводили по шкале Карновского. Основными критериями оценки являлись самочувствие и психоэмоциональный статус больных, степень их работоспособности, необходимость постороннего ухода и медицинской помощи. Эти данные приведены в таблице II.2.5.6.

Из данных таблицы видно, что, если до проведения паллиативной термохимиотерапии уровень качества жизни 92,3% пациентов составлял 40-50%, то после проведения указанной терапии качество жизни 61,5% больных оценивалось как 60-70% по шкале

Таблица II.2.5.6

**Влияние аутогемохимиотерапии с локальной СВЧ-гипертермией на общее состояние больных по шкале Карновского**

Физическое состояние	Индекс Карновского	Количество больных		Достоверность различий
		До начала лечения (абс. ч., %)	После лечения (абс. ч., %)	
Инвалид, нуждается в специальной помощи, в том числе и медицинской.	40%	4 (30,8±12,8%)	2 (15,4±9,9)	p>0,1
Нуждается в значительной помощи и частом медицинском обслуживании.	50%	8 (61,5±13,4%)	3 (23,1±11,6)	p<0,05
Нуждается порой в помощи, но способен сам удовлетворять большую часть своих потребностей.	60%	1 (7,7±7,3%)	6 (46,1±13,8%)	p<0,01
Сам заботится о себе, не способен к нормальной деятельности и активной работе.	70%	1 (7,7±7,3%)	2 (15,4±9,9%)	p>0,05
Всего больных	—	13	13	—

Карновского. В период стабилизации и частичной регрессии опухолевого процесса пациенты сохраняли работоспособность, не требовали специализированной медицинской помощи и постоянного ухода.

Кроме оценки степени регрессии опухоли одним из критериев эффективности лечения больных IV стадией опухолевого процесса является продолжительность жизни этого тяжелого контингента пациентов.

В данном исследовании мы сравнили продолжительность жизни больных, получавших аутогемохимиотерапию на фоне, локальной СВЧ-гипертермии в качестве паллиативного метода лечения и пациентов с генерализованным раком прямой кишки, получавших только симптоматическое лечение. Эти данные представлены в таблице II.2.5.7.

*Таблица II.2.5.7*

**Продолжительность жизни больных раком прямой кишки IV стадии, получавших аутогемохимиотерапию на фоне локальной СВЧ-гипертермии в сравнении с контрольной группой**

Метод лечения	Число больных	Средняя продолжительность жизни (мес.)
АГХТ с локальной гипертермией	13	9,38±1,22
Симптоматическая терапия	15	5,2±0,98 (t=2,6; p<0,05)

Полученные данные свидетельствуют об увеличении средней продолжительности жизни у больных генерализованным раком прямой кишки при проведении им АГХТ на фоне локальной гипертермии ( $p<0,05$ ).

**Наш опыт лечения колоректального рака IV стадии томудексом**

Как известно, наиболее эффективным препаратом при этом заболевании до сих пор оставался 5-фторурацил, но его эффективность из-за низкой чувствительности колоректального рака к химиотерапии не превышает 20% (Вашакмадзе Л.А. с соавт., 1999). Поэтому повышение эффективности препарата предпринимается за счет усовершенствования схем и режимов введения, а также

применением различных модуляторов биологической активности 5-фторурацила (Гарин А.М., 1998; Тюляндин С.А., 1998; Brivio F. et al., 1997).

В последние годы внимание стало уделяться созданию новых антиметаболитов с высокой избирательностью противоопухолевого действия. Таким препаратом явился томудекс — прямой ингибитор тимидилат синтетазы. Применение его при распространенном колоректальном раке расширило возможности оказания паллиативной помощи данной категории больных.

Спектр основных токсических реакций томудекса связан с его нейротоксичностью, что является результатом влияния на диэнцефальные зоны головного мозга. Так, в исследовании ОНЦ России (Доброва Н.В., 1998; Личиницер М.Р. с соавт., 2001) наиболее часто встречаемыми побочными реакциями были астения и повышение температуры, которые встречались у 61% и 47% больных, соответственно. В 22% случаев возникала необходимость в коррекции или прекращении лечения.

С целью снижения токсичности томудекса мы использовали метод химиотерапии на биологических средах организма (введения химиопрепаратов на биологических средах организма) — аутогемохимиотерапию по схемам, предложенным академиком РАМН Ю.С. Сидоренко, производилась инкубация химиопрепарата с аутокровью больного с последующей ее реинфузией.

Основой для исследования послужили 22 больных колоректальным раком IV стадии в возрасте от 41 до 77 лет: 11 — рак прямой кишки, 6 — рак ободочной кишки. Ко времени назначения аутогемохимиотерапии отдаленные метастазы были у 11 пациентов. Паллиативные операции по удалению первичной опухоли удалось выполнить 3 больным, у остальных 19 объем оперативных вмешательств ограничен колостомией. Томудекс вводили из расчета 3 мг/м<sup>2</sup> 15-минутной инфузией каждые 3 недели. Общее число курсов составило 46.

Частичная регрессия опухоли при аутогемохимиотерапии достигнута у 5 больных, длительная стабилизация — у 11. Общая частота лечебного эффекта у этих пациентов составила 72,7%. Прогрессирование процесса выявлено у 6 больных (27,2%).

Нами проведен анализ субъективных критериев оценки эффективности томудекса при аутогемохимиотерапии на основании уменьшения клинических проявлений колоректального рака. Так, снижение или исчезновение болевого синдрома отмечено у 14 (63,65%) больных. Выделение крови с калом стало реже или полностью прекратилось у 8 (36,4%) пациентов. Нормализация стула

и уменьшение тенезмов зарегистрировано у 12 (54,5%) больных. Улучшение общего состояния отметили 18 (81,8%) человек.

Осложнения, развившиеся вследствие применения томудекса, выявленные в нашем исследовании были связаны с его нейротоксичностью. Астения встречалась у 6 (27,3%) больных, а по отношению к общему числу курсов составила 13%. Однако резкой астении, которая бы заставляла проводить пациента в постели большую часть дня, не отмечалось. Также не наблюдалось нарастания астении от курса к курсу. Повышение температуры тела встретилось у 3 (13,6%) больных и к числу всех курсов составило 6,5%. Гипертермия возникала через 12-24 часа после введения препарата и нормализовалась в течение 24-48 часов. Лишь в одном случае температурная реакция сохранялась до 5 суток. Таких осложнений, как лейкопения, диарея, повышение уровня аланиновой и аспаргиновой трансаминаз в нашем исследовании выявлено не было. Побочные эффекты томудекса при аутогемохимиотерапии не потребовали коррекции режима лечения ни у одного больного.

Следует отметить, что использование метода химиотерапии на естественных средах организме еще раз подтвердила его высокую эффективность в лечении онкологических больных. Выявленное снижение токсического действия томудекса более чем в два раза, по сравнению с его традиционным способом применения, а также улучшение качества жизни пациентов позволяет рекомендовать введение данного цитостатика методом аутогемохимиотерапии.

Таким образом, оценивая результаты паллиативной химиотерапии у больных неоперабельным раком желудочно-кишечного тракта, необходимо отметить целесообразность и оправданность применения химиотерапевтического воздействия, позволяющего уменьшить основные клинические проявления заболевания, облегчить состояние этого тяжелого контингента больных, тем самым улучшить качество жизни пациентов, а также увеличить ее продолжительность.

### *Литература*

1. *Вашакмадзе Л.А., Хомяков Н.В., Сидоров Д.В.* Диагностика и лечение рака прямой кишки: современное состояние проблемы.// Российский онкологический журнал. — 1999 — №6. — сс.47-53.
2. *Гарин А.М.* Рак толстой кишки. (Современное состояние проблемы.)/М. — 1998.
3. *Доброва Н.В.* Химиотерапия при распространенном раке толстой кишки.//Автореф.канд.мед.наук. — М. — 1998.

4. *Евдокимов Г.М.* Паллиативные операции при раке прямой и ободочной кишок.//Доклад на 4 Всероссийской конференции «Паллиативная помощь в онкологии» — Москва. — 24-30 апреля 1999. — Паллиативная медицина и реабилитация. — 1999. — №2. — с.26.
5. *Калганов И.Д.* Паллиативное лечение распространенных форм рака ободочной кишки.//Дисс.канд.мед.наук. — М. — 1999.
6. *Личиницер М.Р., Доброва Н.В., Гарин А.М. и др.* Изучение эффективности и безопасности томудекса в 1-й линии терапии у больных распространенным колоректальным раком.//Современная онкология. — 2001. — Т.3. — №1. — сс.32-33.
7. *Малейко М.Л.* Аутогемохимиотерапия распространенных форм рака желудка.//Автореф.канд.мед.наук. — Ростов-на-Дону. — 1998.
8. *Мурованная Ю.В.* Эффективность новых схем химиотерапии при распространенном раке желудка.//Химиотерапия в лечении онкологических больных. — М. — 1993. — сс.30-34.
9. *Орловская Л.А., Анапалян В.Х., Малейко М.Л. и др.* Высокие технологии в лечении местнораспространенного рака желудочно-кишечного тракта.//Тезисы II съезда онкологов стран СНГ. — Украина. — Киев. — 23-26 мая 2000. — Онкология. — 2000. — с.628.
10. *Саламов К.Н., Филон А.Ф., Жученко А.П. и др.* Циторедуктивные операции у больных раком ободочной кишки с метастазами в печень.//Проблемы колопроктологии. — 2000 г. — Вып.17. — сс.414-419.
11. *Сидоренко Ю.С., Орловская Л.А., Анапалян В.Х. и др.* Новые технологии в лечении местнораспространенного рака желудочно-кишечного тракта.//«Высокие технологии в онкологии». — Материалы 3 Всероссийского съезда онкологов. — Казань. — 4-7 октября 2000. — Т.2. — сс.153-156.
12. *Трапезников Н.Н., Абдрахманов Ж.Н., Алиев Д.А. и др.* Состояние онкологической помощи населению государств СНГ.//Онкология. — 2000. — Т.2. — №1-2. — сс.6-10.
13. *Тюляндин С.А.* Противоопухолевая активность УФТ.//М. — 1998.
14. *Франциянц Е.М., Орловская Л.А., Шалашина Е.В. и др.* Изменения антиокислительного статуса крови больных неоперабельным раком желудка после проведения полихимиотерапии.//Вопросы онкологии. — 1999. — Т.45. — №6. — сс.607-611.
15. *Чиссов В.И., Старинский В.В., Ременник Л.В.* Злокачественные новообразования в России накануне XXI века как медицинская и социальная проблема.//Российский онкологический журнал. — 1998. — №3. — сс.8-21.
16. *Шевченко В.В., Забудкин А.Ф., Попович А.Ю. и соавт.* Фармакокинетика 5-фторурацила в брюшной полости при эндолимфатическом и внутривенном введении у больных метастатическим раком

- желудка.//Материалы I съезда онкологов стран СНГ. — М. — 1996. — ч.II. — с.583.
17. *Brivio F., Lissoni P., Alderi G. et al.*//Brit.J.Surg. — 1997. — Vol.84. — pp.352-357.
18. *Nakagomi H., Hada M., Koshizuka K. et al.* Immunomodulatory effect of daily low-dose cisplatin treatment.//Gan.To.Kagaku.Ryoho. — 24(3). — 1997. — pp.323-327.
19. *Sasaki T.* Sequential methotrexate and 5-fluorouracil.//Gan. To. Kagaku. Ryoho. — 23(14). — 1996. — pp.1907-1910.
20. *Yuman F., Kemeny N., Pasy P. et al.* Treatment of colorectal cancer: Hepatic metastasis.//Seminar.Surg.Oncol. — 1996. — 12. — pp.219-252.

## **II.2.6. ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ СОЛИДНЫМИ ОПУХОЛЯМИ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ КОСТЕЙ**

Злокачественные опухоли нередко сопровождаются поражением костей и нарушениями минерального обмена (в том числе кальциевого гомеостаза), болями, патологическими переломами и гиперкальциемией. Эти клинические симптомы преимущественно наблюдаются при наличии остеолитических метастазов, но могут быть также при генерализованном остеолизе, развивающемся вследствие эктопической продукции гормонов.

Независимо от того имеет ли место местный или генерализованный остеолиз, патогенез усиленной костной резорбции обусловлен нарушениями нормального механизма костеобразования. В основе его лежит активизация резорбтивных процессов в костной ткани вследствие влияния метастатических клеток.

### **Механизмы костеобразования**

Костная ткань не является «мертвой», как это было принято считать раньше, но характеризуется динамичностью, постоянной перестройкой и имеет высокую васкуляризацию (до 10% сердечного выброса проходит через нее). Структура кости представлена органическим матриксом (35%), минеральной частью (65%) и клетками (<1%). Органический матрикс на 90-95% состоит из коллагена типа I, на 5-10% из протеинов сыворотки (альбумины и др.)

и ряда других белков (остеокальцин, остеонектин и др.). Минеральная часть матрикса содержит гидрок시아патит  $[\text{Ca}_{10}(\text{OH})_2(\text{PO}_4)_6]$  с высоким содержанием кальция и фосфора (Holick M. et al., 1991).

Кость формируется клетками мезенхимального происхождения — *остеобластами*, синтезирующими и секретирующими органический матрикс (Eriksen E. et al., 1992). Минерализация матрикса, особенно в остеонах, начинается вскоре после его секреции и продолжается несколько недель. Так как остеобласты продуцируют матрикс, который затем минерализуется, клетки остаются, окруженными вновь созданным матриксом, и становятся *остеоцитами*, сохраняя связь с кровоснабжением посредством канальцев.

Резорбция кости осуществляется *остеокластами*, являющимися многоядерными клетками, формирующимися изначально из гематопозитических стволовых клеток (Eriksen E. et al., 1992). Этот процесс происходит в «гребешковых» пространствах, где остеокласты прикрепляются к костному матриксу и формируют специальную фестончатую линию. Минеральные составляющие и органический матрикс элиминируются именно в этом месте. В области фестончатой линии обнаружены протеины, ответственные за создание особой кислой среды в прилежащем экстрацеллюлярном пространстве, которая обеспечивает растворение минеральной части костной ткани (Kanis J. et al., 1994).

Органическая часть костного матрикса резорбируется также в кислой среде, прилежащей к фестончатой линии, с помощью кислых гидролаз вслед за растворением минеральной части.

На дифференцировку остеобластов и остеокластов из клеток предшественников, а также активность уже дифференцированных клеток оказывает влияние ряд факторов (Holick M. et al., 1991). В том числе на *остеобласты* — трансформирующие факторы роста- $\beta\text{I}$  и  $\text{II}$ , фибробластный фактор роста, инсулиноподобный фактор роста; на *остеокласты* — интерлейкин-1 (ИЛ-1), фактор некроза опухоли ( $\text{TGF-}\alpha$ ), интерферон- $\gamma$ , колониестимулирующие факторы. Регулирующие влияния этих факторов на остеокласты опосредуются остеобластами или прилежащими стромальными фибробластами костного мозга (Kanis J. et al., 1994). Например, предполагается, что паратгормон увеличивает резорбцию кости, обусловленную остеокластами, первоначально воздействуя на остеобласты, содержащие рецепторы к этому гормону, которых не выявлено у остеокластов. Эффект некоторых цитокинов (ИЛ-1,  $\text{TGF-}\alpha$ ) может быть также опосредован локальным выделением простагландинов.

Перестройка (разрушение и образование) костной ткани является циклическим процессом, постоянно и одновременно происходящим в тысячах мест скелета, и в среднем полное обновление его у человека отмечается каждые 10 лет (Kanis J. et al., 1994). У взрослых в связи с прекращением роста костей в длину около 95% костного обмена связано именно с перестройкой этого органа, которой в любое время подвергается приблизительно 10-15% всей костной поверхности.

Процесс перестройки предполагает определенную последовательность циклических событий, при которых фаза костной резорбции обязательно предшествует фазе костеобразования (Holick M. et al., 1991). Эта последовательность наблюдается на поверхности как кортикальной (компактной), так и трабекулярной кости. Фаза активизации остеокластов с последующей резорбцией кости завершается образованием эрозивной полости. Появление в ней моноклеарных клеток означает переход к следующей фазе цикла перестройки. Эти клетки обладают способностью перемещаться из эрозивной полости и, вероятно, передавать сигнал, который привлекает остеобласты в зону резорбции (Baron R., Vignery A., Horowitz M., 1983). Остеобласты направляются к этой области и начинают синтезировать остеοидный матрикс, который затем минерализуется (Kanis J. et al., 1994).

У здорового взрослого человека скорость резорбции кости примерно соответствует скорости образования нового матрикса и его минерализации. Около 500 мг кальция резорбируется из кости ежедневно, что соответствует количеству, участвующему в процессе минерализации. Поэтому суммарные потери кальция в экстрацеллюлярную жидкость приближаются к нулю.

Процесс перестройки происходит на всей костной поверхности, причем значительно активнее в трабекулярных тканях, чем в кортикальных. Последнее связано со значительно большей их суммарной поверхностью.

### **Метастатическое поражение костей**

Костная ткань является объектом метастазирования как и все другие ткани. Наиболее часто в кости метастазируют рак предстательной и молочной железы, легкого, щитовидной железы, почки (табл. II.2.6.1).

Почему при одних опухолях наблюдается метастатическое поражение костей, а при других нет? Почему у одних больных имеются метастазы в костях, а у других нет? До последнего времени ни однозначного ответа на эти вопросы не было.



Таблица II.2.6.1

**Частота метастатического поражения костей по данным аутопсий при опухолях различных локализаций (Galasko CSB., 1986)**

Локализация опухоли	Частота метастазов в кости (в %)
Молочная железа	47-85
Предстательная железа	54-85
Легкие	32-64
Щитовидная железа	28-60
Почка	33-60
Шейка матки	50
Мочевой пузырь	42
Печень	16
Яичники	9
Пищевод	5-7
Прямая кишка	8-13

Исторически этот вопрос волновал врачей и исследователей давно. В 1889 году Paget предположил, что рост метастазов является, по существу, подобным росту «зерна» в определенной микросреде («почве») и клинически определяемый метастаз развивается только в том случае, если зерно и почва совместимы. Сорока годами позже Ewing (1928) опроверг гипотезу Paget, высказав предположение, что образование метастазов контролируется чисто механическими факторами (анатомические структуры сосудистой системы). Позже было высказано предположение, что регионарное метастатическое поражение связано с анатомическими и механическими условиями такими как эфферентная венозная циркуляция или лимфатический дренаж в регионарные лимфоузлы, но отдаленное метастазирование является продуктом взаимодействия опухоли и организма. В настоящее время очевидно, что микросреда в отдельном органе оказывает влияние (позитивное или негативное) на биологическое «поведение» метастатических опухолевых клеток, включая ангиогенез, и клеточную пролиферацию. Та-

ким образом, подтверждается гениальное предположение, сделанное Paget'ом еще в XIX веке.

Метастазами преимущественно поражаются позвоночник, проксимальная часть бедренной и плечевой костей, кости таза, ребра, грудина.

Как видно из таблицы II.2.6.2, метастазы распространяются преимущественно по оси скелета, что в основном отражает особенности распределения красного костного мозга. Это распределение, по мнению Coleman R.E. et al. (1994), отчасти может быть объяснено анатомически. Раковые клетки шунтируют малый круг кровообращения через венозно-вертебральные сплетения Batson'a. Эти сплетения характеризуются низким давлением, отсутствием клапанов и расположены в позвоночнике, черепе, плечевом и тазовом поясах. Клетка, попавшая в капилляры костного мозга, может легко мигрировать в кость в связи с отсутствием базальной мембраны в этих капиллярах. Однако, только присутствия опухолевой клетки в сосудах костного мозга недостаточно для развития собственно метастатического очага, необходимы еще определенные биологические условия. Одним из важнейших таких условий, известных в настоящее время, является повышенная экс-

*Таблица II.2.6.2*

**Особенности метастатического поражения скелета  
при раке молочной железы (Tubiana-Hulin M., 1991)**

Локализация метастазов	Частота поражения (в %)
Поясничный отдел позвоночника	59
Грудной отдел позвоночника	57
Кости таза	49
Ребра	30
Бедренная кость	24
Череп	20
Шейный отдел позвоночника	17
Плечевая кость	13
Другие отделы скелета	3

прессия паратгормонподобного белка (PTHrP), который как паратгормон способен активизировать костный обмен (Coleman R.E. et al., 1994; Plosker G., Goa K., 1994). О важнейшей роли в метастатическом процессе этого белка свидетельствуют экспериментальные данные с использованием нейтрализующих его антител. Их введение позволило значительно снизить частоту появления остеолитических костных метастазов у экспериментальных животных.

Костные метастазы могут быть остеолитическими, остеобластическими и смешанными.

При наличии *остеолитических поражений* разрушение кости (остеолиз) происходит (рис. II.2.6.1):

- вследствие повышенной активности остеокластов. При этом наблюдается повышенная продукция PTHrP в первую очередь в костной микросреде. Это является следствием выделения TGF- $\beta$ , который, в активной форме, выделяется при костной резорбции. Таким образом, образуется порочный круг, когда деструкция кости, вызванная наличием опухоли, приводит к продукции активной формы TGF- $\beta$ , который в свою очередь, взаимодействуя с опухолевыми клетками, усиливает продукцию PTHrP (Boyce B., 1998);
- путем прямого разрушения костной ткани опухолью с помощью секреции коллагеназы и других ферментов (Eilon G., Mundy G.R., 1978).

Результаты гистологических исследований (Taube T., 1994) свидетельствуют, что, например, при раке молочной железы костная резорбция, в основном, обусловлена первым механизмом и сопровождается увеличением числа остеокластов и повышением их активности, то есть практически кость разрушается собственными нормальными клетками больного. Прямой остеолиз опухолевыми клетками имеет место редко, преимущественно на поздних стадиях (Garrett R., 1993).

Механизм развития остеобластических метастазов малоизучен. Тем не менее, известно, что при этом происходит образование новой костной ткани вокруг опухолевых клеток на поверхности трабекул. Однако сейчас уже очевидно, что происходит не только костеобразование, но имеет место и процесс остеолиза, так как уровень известных маркеров костной резорбции при этом всегда повышен. Из отдельных факторов, стимулирующих этот процесс, следует указать эндотелин-1, который является сильным митогенным фактором для остеобластов и продуцируется в больших количествах нормальным эпителием предстательной железы (Boyce B., 1998).

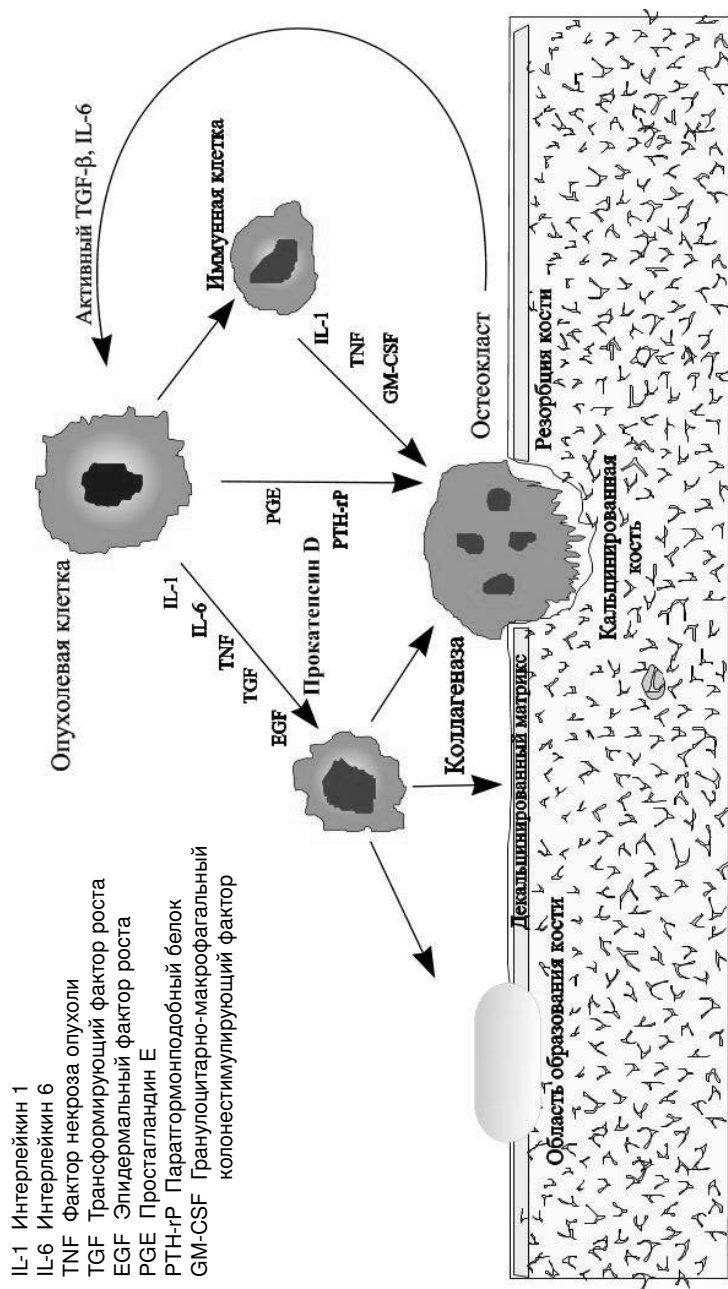


Рис. II.2.6.1. Механизм остеолитического метастазирования.

Костеобразование при остеобластических метастазах носит «ненормальный» характер и плотность образующейся костной ткани может быть выше нормальной. Подобное увеличение плотности рентгенологически может симулировать остеосклероз.

Особенности метастатического поражения костей при различных опухолях представлены в таблице II.2.6.3.

*Таблица II.2.6.3*

**Особенности метастатического поражения костей  
при различных онкологических заболеваниях**

Характер опухоли	Остеолитические метастазы	Остеобластические метастазы
Рак молочной железы	+	+
Рак предстательной железы	—	+
Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина)	—	+
Неходжкинские лимфомы	+	—

Остеолитические метастазы с деструкцией костного матрикса могут сопровождаться гиперкальциемией, гиперкальциурией и увеличением экскреции гидроксипролин-содержащих пептидов (Holick M. et al., 1991). При этом уровень в сыворотке щелочной фосфатазы бывает нормальным или слегка повышенным. Остеобластические метастазы вызывают выраженное повышение щелочной фосфатазы и могут сопровождаться гипокальциемией. Необходимо иметь ввиду, что при некоторых костных метастазах (например, рака молочной железы) может быть фаза, при которой преобладает остеолит (с гиперкальциурией, гиперкальциемией и нормальным уровнем щелочной фосфатазы), за которой следует фаза с высоким уровнем щелочной фосфатазы и появлением склеротических очагов.

## Клиника

Клиническая картина метастазов в кости при злокачественных опухолях включает в себя болевой синдром, деформации и патологические переломы, а также гиперкальциемию. Исключительно редко метастатическое поражение костей бывает бессимптомным (Kanis J. et al., 1994).

*Боль* является одним из наиболее значимых признаков метастатического поражения костей. Болевой синдром имеет место у 70% больных с метастазами в кости в течение жизни (Bierman W.A. et al., 1991). Адекватное обезболивание при этом крайне затруднительно без использования наркотических анальгетиков. Проведение лучевой терапии в ряде случаев бывает эффективным, однако, возможности его ограничены в связи с частой необходимостью повторного облучения, значительной диссеминацией очагов поражения, а также мигрирующим характером болей. Между тем, труднопереносимые боли требуют назначения высоких доз наркотических анальгетиков (Kylmala T. et al., 1994).

Патогенез болевого синдрома у больных с метастазами в кости остается недостаточно понятным. Следует учитывать, что кортикальный слой и костный мозг не имеют чувствительных рецепторов, поэтому болевая импульсация может исходить только из механорецепторов надкостницы. Предполагается несколько возможных механизмов развития болевого синдрома (Mason M. et al., 1994):

- во-первых, боль может быть следствием опухолевой инфильтрации нервных окончаний;
- во-вторых, механической стимуляции рецепторов из-за растяжения тканей вследствие повышения внутрикостного давления растущим метастазом, субклинического или клинического перелома и т.д. (этот механизм, вероятно, не является ведущим, т.к. при метастазах в череп боли бывают относительно редко);
- в-третьих, имеет значение химическая стимуляция рецепторов биологически активными пептидами, в первую очередь, простагландинами ( $PGE_1$  и  $PGE_2$ ), высвобождаемыми в больших количествах при остеоллизе.

Последний механизм, вероятно, является доминирующим. Кроме того, болевой синдром может быть одновременно обусловлен несколькими механизмами. Например, вследствие увеличения внутрикостного давления из-за роста метастатического узла и стимуляции соответствующих рецепторов может быть выброс медиаторов, в том числе простагландинов (Chigira M. et al., 1984).

*Гиперкальциемия* является вторым важнейшим осложнением метастазов в кости, характерным преимущественно для остеолитического варианта (Kanis J. et al., 1994).

Гиперкальциемия, по данным литературы, наблюдается у 10-15% больных злокачественными опухолями. Несколько чаще она бывает при раке молочной железы (30-40%), раке легкого (20%) (Huggia F.M., 1990). Причем, три вида опухолей (рак молочной железы, легкого и мочевого пузыря) ответственные более, чем за половину всех случаев гиперкальциемии, регистрируемых у больных с солидными неоплазмами.

Истинная частота этого состояния может быть значительно выше в связи с тем, что электролитный мониторинг у больных с множественными костными метастазами на практике проводится редко. А характерный для гиперкальциемии симптомокомплекс у терминальных больных часто расценивается как «прогрессирование основного заболевания».

Клиническая картина гиперкальциемии включает слабость, депрессию, психические нарушения, мышечную слабость, атаксию, анорексию, тошноту, рвоту, запоры, гипотонию, полиурию, нарушения на ЭКГ (укорочение интервала QT) и у некоторых больных — аритмии (Holick M. et al., 1991; Plosker G., Goa K., 1994). Гиперкальциемия и гиперкальциурия оказывают негативное влияние на почечную функцию и приводят, в первую очередь, к нарушению способности концентрировать мочу (полиурия). Вследствие этого уменьшается объем внеклеточной жидкости (дегидратация), что в свою очередь усугубляет нарушенную клубочковую фильтрацию и завершается развитием выраженных морфологических изменений (Elomaa I., Blomqvist C., 1995). Если не производится коррекция гиперкальциемии последовательно развиваются дегидратация, почечная недостаточность, кома и смерть. В случае адекватного лечения этого осложнения и последующей профилактики рецидивов больные могут жить в течение многих месяцев, и даже лет (Paterson A., 1987).

Наличие или отсутствие клинических симптомов, а также их выраженность мало зависит от степени гиперкальциемии.

В основном клинические симптомы появляются при уровне кальция в сыворотке выше 2.9-3.0 mmol/L, но некоторые больные даже при таком уровне кальция не имеют никаких клинических симптомов.

Тяжелой принято считать гиперкальциемию 3.7 mmol/L или выше. Это состояние требует неотложного лечения.

Когда уровень кальция становится равным 3.7-4.5 mmol/L или выше развивается кома и остановка сердца.

*Деформации и патологические переломы* наряду с болевым синдромом и гиперкальциемией являются характерными для клинической картины метастазов в кости.

По данным Biermann W.A. et al. (1991) и Galasko C.S.B. (1986) приблизительно у 25% больных раком молочной железы с метастазами в кости наблюдаются патологические переломы длинных трубчатых костей. Присутствие в костях метастазов сопровождается выраженными функциональными и косметическими нарушениями и, в конечном счете, являются главной причиной значительного ухудшения качества жизни онкологических больных, более того, может быть причиной смерти. Наиболее частым является перелом позвонков, который сопровождается усилением болей, кифозом, снижением роста и иногда параплегией. Переломы позвонков могут быть передними, центральными и/или полными с разрушением задней поверхности тела. По данным McCloskey E.V. et al. (1993), при тщательном поиске переломы позвонков могут быть выявлены у 46% больных метастатическим раком молочной железы.

Другой частой локализацией патологических переломов являются ребра и проксимальные части плечевой и бедренной костей. Однако, они наблюдаются в 3 раза реже, чем переломы позвонков.

Риск патологических переломов в длинных трубчатых костях коррелирует со степенью деструкции кортикального слоя. По данным Fidler M. (1987), перелом становится вероятным при разрушении кортикального слоя более, чем на 50%.

При некоторых гормоночувствительных опухолях (раке предстательной и молочной железы) показатели выживаемости у больных с метастазами в кости значительно более высокие по сравнению с больными с поражением висцеральных органов. В исследовании Coleman R. and Rubens R. (1987), основанном на анализе 489 больных раком молочной железы, медиана выживаемости при метастазах в кости составила 24 месяца, а при метастазах в печень — лишь 3 месяца.

Относительно продолжительная выживаемость этих больных делает высоко актуальным проведение эффективного паллиативного лечения, имеющего целью улучшение «качества жизни» пациентов.

### **Лечение**

Лечение больных с метастазами в кости предполагает использование следующих методов:



- противоопухолевая терапия (химиотерапия, гормонотерапия);
- хирургическое лечение;
- обезболивающая лучевая терапия;
- системная радионуклидная терапия ( $^{89}\text{стронций}$ ,  $^{153}\text{самариум}$ );
- кальцитонин;
- бисфосфонаты;
- анальгетики.

*Противоопухолевая терапия* (химиотерапия, гормонотерапия) является основным методом лечения больных раком молочной и предстательной железы, лимфомами, герминогенными опухолями с метастазами в кости. Однако это не исключает одновременного использования и других перечисленных выше методов, которые должны дополнять основное противоопухолевое лечение.

При некоторых гистологических типах опухолей, например, почечноклеточный рак, меланома, эффективность системной терапии весьма ограничена и неизмеримо возрастает роль сугубо паллиативных методов лечения метастазов в кости, которые в этом случае являются основными.

Вопросы *хирургического лечения* больных с костными метастазами и современной лекарственной анальгезии подробно изложены в лекциях профессоров М.Д. Алиева и Г.А. Новикова.

*Лучевая терапия* является стандартным высокоэффективным методом лечения болевого синдрома. В большинстве случаев анальгезирующий эффект удается достичь уже после нескольких фракций облучения. Этот метод по-прежнему следует использовать в практической деятельности.

*Системная радионуклидная терапия* начала применяться для паллиативного лечения метастазов в кости только в последние годы. Этот метод предполагает подведение терапевтической дозы радиации в костные метастазы путем системного введения радиоактивных остеотропных препаратов. Одним из них является  $^{89}\text{стронций}$  (метастарон или стронций-хлорид). В ряде клинических исследований показана его высокая анальгетическая активность при метастазах рака предстательной железы. Последнее связано с повышенным захватом стронция в очагах костеобразования, которое наблюдается в склеротических метастазах при этой патологии. Терапевтический эффект достигается благодаря  $\beta$ -излучению изотопа, которое позволяет минимизировать облучение окружающих очаг нормальных тканей. Пробег частиц при этом в мягких тканях составляет 8 мм, в костях — 5 мм (Корытова Л.И. и

др., 2000). Системная радионуклидная терапия эффективна также при костных метастазах опухолей других локализаций (рак молочной железы, почки).

В настоящее время проходит клинические испытания препарат  $^{153}\text{самариум}$ , в котором радиоизотоп соединен с бисфосфонатом и поэтому в большей степени, чем аналогичные препараты накапливается в очагах костеобразования. Особенностью препарата является наличие как  $\beta^-$ , так и  $\gamma$ -излучения. Это позволяет получать сначала изображение очагов при скенировании и в последующем терапевтический эффект.

*Кальцитонин* — это пептидный гормон, который секретируется С-клетками щитовидной железы и физиологическая роль которого состоит в регуляции обмена кальция и фосфора (Кондратьев В.Б., 2000). Механизм действия заключается в ингибировании функциональной и пролиферативной активности остеокластов. Клинически доступен препарат кальцитонина, полученный из лосося, — миокальцик. Несомненным достоинством его является хорошая переносимость, быстрое наступление обезболивающего эффекта и действие на костную резорбцию и тубулярную реабсорбцию кальция. Вместе с тем миокальцик имеет короткую продолжительность действия (менее 48 часов) и поэтому требует ежедневных подкожных введений. При этом относительная активность его у больных с костными метастазами ниже, чем у бисфосфонатов. Все это ограничивает широкое практическое его использование.

*Бисфосфонаты* являются аналогами пирофосфата. Однако, в отличие от последнего, имеющего в химической структуре Р-О-Р связь, все бисфосфонаты характеризуются наличием Р-С-Р связи. Эта структурная модификация позволяет избежать ферментного гидролиза соединения, обеспечивает биохимическую резистентность и вместе с тем не препятствует специфическому связыванию и депонированию бисфосфонатов в кальцифицированном костном матриксе.

Когда имеет место остеолит с резорбцией костной ткани и растворением минеральной части матрикса, бисфосфонаты высвобождаются в окружающие ткани, образуя местно очень высокую концентрацию. Они захватываются из межтканевой жидкости остеокластами, осуществляющими разрушение кости, в свободном виде или связанными в кристаллах гидроксиапатита. Следствием этого является значительное уменьшение числа остеокластов и их функциональные и морфологические изменения. При этом реализуется уникальная способность бисфосфонатов ингибировать активность, миграционную и резорбтивную способность ос-

теокластов и вследствие этого снижать резорбцию костной ткани (Kanis J. et al., 1994). Очень важно также то, что препараты этой группы характеризуются продолжительной активностью, которая сохраняется длительное время даже после прекращения лечения и обусловлена их депонированием в минеральной части костного матрикса (Patel S. et al., 1993).

В настоящее время для практического применения доступна большая группа бисфосфонатов. Они обладают разной антирезорбтивной активностью *in vitro* и *in vivo* в эксперименте.

В последние годы лечебные возможности бисфосфонатов активно изучаются во множестве клинических исследований, результаты которых иногда достаточно противоречивы. Поэтому практическими врачами могут быть использованы недавно сформулированные рекомендации ASCO для больных раком молочной железы (Hillner B. et al., 2000).

Таблица II.2.6.4

**Антирезорбтивная активность бисфосфонатов**

Этидронат	1
Клодронат	10
Памидронат	100
Алендронат	1000
Ибандронат	10000
Золендронат	100000

*Наличие рентгенологических признаков метастазов в кости*

- Литические метастазы — показано применение бисфосфонатов наряду с химиотерапией или гормонотерапией.
- Наличие болевого синдрома при условии позитивного сканирования костей компьютерной томографии или ядерно-магнитного резонанса и отсутствия рентгенологических доказательств поражения скелета — целесообразно проведение терапии бисфосфонатами
- Позитивное сканирование костей, но отсутствие болевого синдрома и рентгенологических доказательств метастазов в кости — нецелесообразно лечение бисфосфонатами

- Продолжительность лечения бисфосфонатами — рекомендуется продолжать лечение до значительного ухудшения общего состояния больной
- Использование бисфосфонатов для лечения болевого синдрома, обусловленного метастазами в кости, — бисфосфонаты не могут полностью заменить существующие стандартные методы анальгезии (анальгетики, лучевая терапия), но могут применяться наряду с ними и противоопухолевой химиотерапией или гормонотерапией
- Использование бисфосфонатов при отсутствии признаков метастатического поражения костей:
  - При наличии экстраоссальных метастазов — не рекомендуется
  - С адьювантной целью — не рекомендуется, так как нет данных подтверждающих снижение частоты метастазов в кости.

В связи с тем, что кость, пораженная метастазом, не является полноценной существует постоянная вероятность ее перелома. Прежде всего, это касается позвонков. Снижению вероятности подобных переломов может способствовать ношение больными корсета с целью разгрузки отдельных отделов позвоночника. Корсет больные должны носить постоянно, снимая его только в горизонтальном положении (!!!). Это необходимо помнить и рекомендовать всем больным.

Таким образом, проблема метастатического поражения костей при солидных опухолях представляется высоко актуальной. Современные возможности комплексного лечения больных с этой патологией позволяют обеспечить относительно удовлетворительное качество жизни этих больных.

### *Литература*

1. *Кондратьев В.Б.* Метастазы в кости: осложненные формы, гиперкальциемия, синдром компрессии спинного мозга, медикаментозное лечение.//Практическая онкология. — 2000. — 2. — сс.41-45.
2. *Корытова Л.И., Хазова Т.В., Жабина Р.М.* Лучевая терапия распространенного и метастатического рака молочной железы.//Практическая онкология. — 2000. — 2. — сс.46-49.
3. *Baron R., Vignery A., Horowitz M.* Lymphocytes, macrophages and the regulation of bone remodeling.//In: Bone and mineral research. — Peck W.A.(ed.). — Elsevier Science. — 1983. — Annual2. — pp.175-243.

4. *Biermann W.A., Cantor R.I., Fellin F.M., Jakobowski J., Hopkins L., Newbold R.C.* An evaluation of the potential cost reductions resulting from the use of clodronate in the treatment of metastatic carcinoma of the breast.//Bone. — 1991. — 12. — pp.37-42.
5. *Boyce B.* Effects of metastatic tumors on the skeleton.//ASCO. — Educational book. — 1998. — pp.11-15.
6. *Chigira M., Watanabi J. et al.* Pain and internal hypertension in bone lesions.//Acta.Orth.Scand. — 1984. — 55. — pp.375-377.
7. *Coleman R.E., Rubens R.D.* The clinical course of bone metastases from breast cancer.//Br.J.Cancer. 1987. — 55. — pp.61-66.
8. *Coleman R.E., Paterson A.H., Conte P.F., Tyrrell C.J., Walls J., Henderson M.A. et al.* Advances in the management of metastatic bone disease.//The breast. — 1994. — 3. — pp.181-185.
9. *Eilon G., Mundy G.R.* Direct resorption of bone by human breast cancer cells in vitro.//Nature. — 1978. — 276. — pp.726-728.
10. *Elomaa I., Blomqvist C.* Clodronate and other bisphosphonates as supportive therapy in osteolysis due to malignancy.//Acta.Oncol. — 1995. — 34. — pp.629-636.
11. *Eriksen E.F., Kassem M.* The cellular basis of bone remodeling.//Triangle. — 1992. — 31. — pp.45-57.
12. *Fidler M.* Incidence of fracture through metastases in long bones.//Acta. Orthop.Scand. — 1987. — 52. — pp.623-627.
13. *Galasko C.S.* Incidence and distribution of bone metastases.//Clin. Orthop. — 1986. — 210. — pp.14-21.
14. *Garrett R.I.* Bone destruction in cancer.//Sem.Oncol. — 2. — suppl.2. — pp.4-9.
15. *Hillner B., Ingle J., Berenson J. et al.* American Society of clinical Oncology Guideline on the Role of Bisphosphonates in Breast Cancer.//JCO. — 2000. — vol.18. — N6. — pp.1378-1391.
16. *Holick M.F., Krane S.M., Potts J.T.* Calcium, phosphorus and bone metabolism: calcium-regulating hormones.//In: Harrison's Principles of internal medicine. — 12th ed. — Ed.J.Wison et al. — pp.1888-1902.
17. *Huggia F.M.* Overview of cancer related hypercalcaemia: epidemiology and etiology.//Semin.Oncol. — 1990. — 17. — pp.3-9.
18. *Kanis J.A., O'Rourke N., McCloskey E.* Consequences of neoplasia induced resorption and the use of clodronate (Review).//Int.J.Oncol. — 1994. — 5. — pp.713-731.
19. *Kylmala T., Tammela T., Risteli L., Risteli I., Taube T. et al.* Evaluation of the effect of oral clodronate on skeletal metastases with type I collagen metabolites. A controlled trial of the Finnish prostate cancer group.//Eur.J.Cancer. — 1993. — 29. — A. — pp.821-825.
20. *Mason M.D., Glaholm J., Dearnaley D.P.* The use of bisphosphonates in prostatic cancer.//Clin.Oncol. — 1994. — 6. — pp.77-78.

21. *McCloskey E.V., Spector T.D., Eyres K.S., Fern D.E., O'Rourke N., Vasikaran S., Kanis J.A.* The assessment of vertebral deformity — a method for use in population studies and clinical trials.//*Osteoporosis. Int.* — 1993. — 3. — pp.138-147.
22. *Paterson A.H.* Bone metastases in breast cancer, prostate cancer and myeloma.//*Bone.* — 1987. — 8(suppl.). — pp.17-22.
23. *Plosker G.L., Goa K.L.* Clodronate. A review of its pharmacological properties and therapeutic efficacy in resorptive bone disease.//*Drugs.* — 1994. — 47. — pp.945-982.
24. *Taube T.* Tumour invasion to bone. Histomorphometric analysis of the bone disease induced by myelomatosis, breast cancer and prostate cancer.//*Helsinki.* — 1994. — 81p.
25. *Tubiana-Hulin M.* Incidence, prevalence and distribution of bone metastases.//*Bone.* — 1991. — 12. — pp.9-10.

# СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие .....	3
-------------------	---

## ТОМ I

### РАЗДЕЛ I ВОПРОСЫ ОРГАНИЗАЦИИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ В ОНКОЛОГИИ

I.1	<u>История проблемы</u>	
I.1.1	Состояние и перспективы развития паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Г.А. Новиков, В.И. Чиссов, Б.М. Прохоров, В.И. Соловьев, С.В. Рудой</i> .....	7
I.1.2	Исторические предпосылки организации паллиативной помощи онкологическим больным в России. <i>В.В. Старинский, Б.Н. Ковалев</i> .....	20
I.1.3	Национальные системы хосписов и некоторые исторические аспекты их развития. <i>Т.З. Биктимиров, Г.А. Новиков, О.П. Модников</i> .....	34
I.1.4	К вопросу об истории развития хосписов для детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями. <i>М.А. Бялик</i> .....	47
I.1.5	Паллиативная медицина (историческое введение). <i>А.Я. Иванюшкин, А.К. Хетагурова</i> .....	58
I.2	<u>Организационные формы паллиативной помощи</u> <u>Правовые и экономические аспекты</u>	
I.2.1	Модели развития паллиативного лечения и ухода на примере Ульяновского региона России. <i>Т.З. Биктимиров, Г.А. Новиков, О.П. Модников</i> .....	75
I.2.2	Организационные аспекты оказания паллиативной помощи в условиях малых территорий России. <i>О.П. Модников, Г.А. Новиков, М.Г. Шарифудинов, Т.З. Биктимиров</i> .....	90

I.2.3	Базовая модель Хосписа для детей, неизлечимо больных онкологическими заболеваниями. <i>М.А. Бялик, Е.И. Моисеенко</i> .....	105
I.2.4	Ресурсы в работе Хосписа для детей с онкологическими заболеваниями. <i>М.А. Бялик, Е.И. Моисеенко</i> .....	131
I.2.5	Основные этапы развития и современное состояние эпидемиологических исследований злокачественных новообразований. <i>В.И. Долгинцев</i> .....	141
I.2.6	Правовые аспекты медицинской деятельности в паллиативной онкологии. <i>А.З. Виноградов</i> .....	166
I.2.7	Социально-экономические аспекты злокачественных новообразований. <i>В.И. Долгинцев, В.П. Шашков</i> .....	196
I.2.8	Ассоциированные с опухолями и острофазовые антигены в алгоритме диагностики и коррекции осложнений паллиативного лечения у больных с неспецифическими заболеваниями и раком легких. <i>А.Е. Сухарев</i> .....	221
I.2.9	Система паллиативной помощи больным распространенными формами злокачественных новообразований: структура и функциональные взаимодействия. <i>В.И. Соловьев, Г.А. Новиков, Е.Н. Семкина</i> .....	237
I.2.10	Организация учета больных распространенными формами злокачественных новообразований на региональном уровне. <i>В.И. Соловьев, Е.Н. Семкина</i> .....	256
I.3	<u>Философские, теологические и деонтологические проблемы паллиативной медицины</u>	
I.3.1	Философские вопросы паллиативной помощи. <i>В.А. Рыбин, А.М. Дюкарева</i> .....	272
I.3.2	Теория медицины: философский аспект проблемы. <i>А.М. Блок</i> .....	305
I.3.3	Учение православной церкви о болезни, смерти и загробной жизни. <i>В.Н. Чехонадский, Протоиерей о.Василий</i> .....	325
I.3.4	Деонтологические вопросы. Этика практической медицины сквозь призму проблемы эвтаназии. <i>В.А. Рыбин, А.М. Дюкарева</i> .....	350



## РАЗДЕЛ II. МЕТОДЫ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ БОЛЬНЫМ

### II.1 Коррекция нарушений гомеостаза

II.1.1	Хроническая боль у онкологических больных: патофизиологические основы, диагностика и лечение. <i>Г.А. Новиков, М.А. Вайсман, Б.М. Прохоров</i> .....	392
II.1.2	Коррекция желудочно-кишечных нарушений у больных с распространенными формами рака. <i>Г.А. Новиков, М.А. Вайсман, С.В. Рудой</i> .....	414
II.1.3	Паллиативная помощь онкопульмонологическим больным. <i>Г.А. Новиков, С.В. Рудой, Б.М. Прохоров, М.А. Вайсман</i> .....	421
II.1.4	Возможности и перспективы паллиативного лечения онкоурологических больных. <i>М.И. Карелин, В.П. Александров, Е.Н. Киселев</i> .....	438
II.1.5	Лечение синдрома верхней полой вены. <i>В.В. Фастаковский, А.В. Важенин, А.А. Фокин</i> .....	456
II.1.6	Роль методов паллиативного лечения в улучшении качества жизни больных распространенными формами злокачественных новообразований. <i>В.И. Соловьев, [О.П. Модников], Е.Н. Семкина</i> .....	471

### II.2 Химио-лучевые методы лечения в паллиативной помощи

II.2.1	Современные подходы к лечению множественного метастатического поражения костей. <i>[О.П. Модников], Г.А. Новиков, В.В. Родионов</i> .....	493
II.2.2	Качество жизни до конца — реальные возможности лучевой терапии. <i>А.В. Важенин, М.В. Васильченко</i> .....	541
II.2.3	Современные возможности паллиативной лучевой терапии больных раком трахеи и бронхов. <i>А.В. Бойко, А.В. Черниченко, С.Л. Дарьялова, И.А. Мещерякова</i> .....	559
II.2.4	Комбинированное лечение детей и подростков, больных саркомой Юинга с метастазами. <i>В.Н. Тимухина</i> .....	582

II.2.5	Паллиативная помощь при неоперабельном раке желудочно-кишечного тракта. <i>Л.А. Орловская, В.Х. Анапаян, М.Л. Малейко, В.А. Донцов, В.Н. Касьяненко, Е.М. Франциянц, Е.Ю. Златник</i> .....	611
II.2.6	Паллиативное лечение больных солидными опухолями с метастатическим поражением костей. <i>В.М. Моисеенко</i> .....	630

## ТОМ II

II.3	<u>Применение физических факторов в паллиативной помощи</u>	
II.3.1	Применение физических факторов для оказания паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Л.З. Вельшер, С.С. Чистяков, М.Л. Стаханов, В.И. Дорофеева, М.П. Зверев</i> .....	5
II.3.2	Роль гипертермии в лучевом лечении местнораспространенных форм злокачественных опухолей. <i>Ю.С. Мардынский, О.К. Курпешев</i> .....	13
II.3.3	Экспериментальные и клинические основы применения гипертермии в лечении химиорезистентных форм опухолей. Общая гипертермия. <i>О.К. Курпешев, Ю.С. Мардынский, А.К. Курпешева</i> .....	34
II.3.4	Гипертермия в лечении диссеминированных и местно-распространенных форм злокачественных опухолей. <i>И.Д. Карев, А.Г. Монахов</i> .....	54
II.3.5	Вихревые магнитные поля при паллиативном лучевом лечении рака. <i>О.П. Модников</i> , <i>Н.В. Деньгина, О.В. Шабалина, Е.С. Глебова</i> .....	73
II.4	<u>Хирургические методы в паллиативной помощи</u>	
II.4.1	Хирургические методы оказания паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Л.З. Вельшер, С.С. Чистяков, М.Л. Стаханов, Т.К. Дудицкая, А.Б. Германов, З.Р. Габуня, В.Н. Прилепо, О.П. Гребенникова, В.В. Маслов, Т.Ф. Афанасьев, Г.А. Чочуа</i> .....	100

II.4.2	Неотложные абдоминальные хирургические вмешательства в паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Ш.Х. Ганцев</i> .....	115
II.4.3	Принципы и тактика хирургического лечения при местных лучевых повреждениях у больных раком молочной железы. <i>В.В. Пасов</i> .....	129
II.4.4	Паллиативные операции при раке желудка. <i>Г.К. Жерлов, Д.В. Зыков</i> .....	148
II.4.5	Паллиативные операции при колоректальном раке. <i>Е.П. Куликов, И.Д. Бубликов</i> .....	167
II.4.6	Хирургические аспекты лечения местнораспространенных опухолей 4 стадии. <i>И.В. Решетов</i> .....	184
II.5	<u>Психотерапия в паллиативной помощи</u>	
II.5.1	Психотерапевтические аспекты реабилитации и паллиативной помощи онкологическим больным. <i>Г.А. Новиков, А.Н. Великолуг</i> .....	197
II.5.2	Психическая патопластика у онкологических больных и подходы к ее коррекции. <i>Ю.В. Гуров</i> .....	206
II.5.3	Психические расстройства и их коррекция у онкологических больных. <i>О.Н. Шарова, А.В. Важеннин, Д.А. Важеннина</i> .....	227

### РАЗДЕЛ III. ВОПРОСЫ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ С РАСПРОСТРАНЕННЫМИ ФОРМАМИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ

III.1	<u>Медицинские и социальные аспекты паллиативной помощи в онкологии</u>	
III.1.1	Медико-психологические и психо-социальные аспекты паллиативной помощи онкологическим больным с опухолями различной локализации. <i>Т.З. Биктимиров</i> .....	243
III.1.2	Паллиативная медицина: дерево принятия решений в детской онкогематологии. <i>Е.В. Полевиченко</i> .....	266

III.1.3	Индивидуальные модели здоровья онкологических больных. <i>Н.В. Яковлева</i> .....	297
III.1.4	Возможности санаторно-курортного лечения онкологических больных в средней полосе России. <i>М.Ю. Герасименко, Ю.А. Герасименко</i> .....	319
III.2	<u>Психологические и духовные проблемы больных и персонала в паллиативной медицине</u>	
III.2.1	Психоонкология. Медико-психологические и социокультурные основы онкологической клиники и паллиативной медицины. <i>Т.З. Биктимиров</i> .....	342
III.2.2	Психоэмоциональные и социально-стрессовые факторы в формировании психологической дезадаптации и профессиональных деформаций у персонала онкологических учреждений и хосписов. <i>Т.З. Биктимиров</i> .....	363
III.2.3	Психологические аспекты работы с онкологическими больными. <i>Н.Д. Творогова</i> .....	383
III.2.4	Механизмы совладания у больных раком молочной железы, возможность их коррекции, влияние на течение болезни. <i>А.В. Асеев</i> .....	427
III.2.5	Стереотипные психологические реакции у больных раком молочной железы. <i>А.В. Асеев</i> .....	440
III.2.6	Психоонкология: теория и практика. <i>Б.Ю. Володин, С.С. Петров, Е.П. Куликов</i> .....	453