

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© В. В. Брюзгин, 1997
УДК 616-006-053:362.14

В. В. Брюзгин

К ВОПРОСУ О ПОВЫШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В ТЕРМИНАЛЬНОЙ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

НИИ клинической онкологии

Одним из важнейших вопросов биомедицинской этики является проблема оказания паллиативной помощи incurable онкологическим больным, т. е. больным, безнадежным в плане перспективы продолжительности жизни. Основной и, пожалуй, единственно выполнимой задачей оказания помощи этой тяжелой категории пациентов является повышение качества их жизни. Этот аспект тесно переплетается с качеством жизни и здоровых членов семьи, родственников, друзей, окружающих больного. Поднимая вопрос об этике в отношении к онкологическим больным, хочется еще раз остановиться на некоторых казалось бы очевидных положениях.

В своем отношении к безнадежным больным очень важно руководствоваться такими этическими соображениями, как уважительное отношение к жизни больного, к его самостоятельности, достоинству. Необходимо стараться умело использовать оставшиеся в распоряжении больного существенно лимитированные физические, психические и эмоциональные ресурсы. Последние месяцы существования больных, если они пребывают не в стационаре, а дома, протекают в весьма тягостной обстановке, а ведь именно в этот период больной больше всего нуждается в достаточно многообразных формах паллиативной терапии. Повышая качество жизни больного, мы тем самым улучшаем качество жизни целой группы людей, подчас довольно многочисленной. Выполняя эту важную и значимую задачу, мы сталкиваемся с рядом проблем, которые имеют и свое этическое выражение. Основным и наиболее частым проявлением онкологического заболевания у этих пациентов является боль. Что такое боль у ракового больного? Вряд ли кому-нибудь следует это объяснять. Пожалуй, почти каждый из читателей имел возможность это наблюдать. По статистическим данным Всемирной организации здравоохранения, ежедневно в мире страдает от боли около 3,5 млн он-

CLINICAL INVESTIGATIONS

V. V. Bryuzgin

TO THE PROBLEM OF LIFE QUALITY OF CANCER PATIENTS IN TERMINAL STAGE

Research Institute of Clinical Oncology

Palliative aid to incurable cancer patients, i.e. patients in hopeless condition, is a most serious biomedical ethical problem. The improvement of life quality is the main and most likely the only feasible task as to medical aid to these patients. This also involves quality of life of healthy family members, relatives, friends of the patient. Touching upon the ethical aspects in management of cancer patients I should like to speak once more about seemingly obvious things.

When dealing with hopeless patients it is very important to follow ethical rules such as respective attitude to the patient's life, self-dependence, dignity. One should try to employ the patient's (though limited) physical, psychic and emotional resources. The patient's last months of life at home proceed in a rather painful distressing atmosphere while it is in this period that the patient needs palliation. By improving quality of life of one such patient we thus facilitate the life of many people. When dealing with this problem we encounter with a number of ethical issues. Pain is the main and most frequent manifestation of cancer. What is cancer pain? Everybody had the opportunity to watch it at least once and knows the answer. According to the WHO statistics about 3.5 mln cancer patients are suffering from pain every day. The respective number for Russia is 200,000 people.

It is expectation of pain that raises fear and panic when the patient knows the fatal diagnosis of cancer. Intolerable pain strikes a crushing blow to the human dignity when the patient does not see or hear anything but his continuous pain. The pain brings to naught the patient's limited vital resources.

It is the intolerable pain that raises thoughts of death and euthanasia. Suicidal ideas in a cancer patient may arise from desperation after he or she knows the diagnosis, or fear of expected pain or the pain itself. In the hopeless patients' consciousness suicide seems to be the only way of escape from the pain. However,

кологических больных, в России число их составляет более 200 тыс. человек.

Именно ожидание боли вызывает страх, смятение и панику, так пугает людей, когда они слышат роковой для себя диагноз: рак. Боль, и именно непереносимая боль, наносит сокрушительный удар по человеческому достоинству, когда больной не видит и не слышит ничего, кроме своей постоянной боли. Боль сводит на нет ограниченные болезнью жизненные ресурсы пациента.

Так вот, боль, если она непереносимая в силу множества причин, на которых я остановлюсь позже, влечет за собой появление мыслей о самоубийстве или эвтаназии. Мысль о самоубийстве у онкологических больных может породить или отчаяние при известии о роковом диагнозе, или страх перед ожидаемой болью, или сама непереносимая боль. Мысль о самоубийстве, которая возникает в сознании обреченного больного, почти всегда знающего или догадывающегося о бесперспективности своей жизни, возникает как единственный путь избавления от боли. Несмотря на обреченность, эти больные хотят жить и надеются на любую оказываемую им помощь. Идея самоубийства возникает тогда, когда, по мнению больного, все виды помощи исчерпаны, в том числе и адекватное обезболивание. Идея эвтаназии появляется в силу этих же причин, но не только у больного, а и у родственников. Исторически возникновение идеи эвтаназии было правомочным, когда речь шла об умирании в условиях непереносимых страданий, неутолимой боли. Эта мысль, по нашему мнению, имела право на существование во времена, предшествующие развитию современных методов паллиативной терапии и современных методов обезболивания. Действенная, научно обоснованная паллиативная терапия, а не смиренное принятие эвтаназии — такова позиция современной онкологии в нашей стране. Пожалуй, это наиболее гуманный путь оказания помощи безнадежным больным, когда больному внушается мысль о жизни, а не о смерти.

С точки зрения больного, эвтаназия является добровольным, осознанным, хотя и вынужденным, актом. В этой ситуации можно говорить о сходстве и различии эвтаназии и самоубийства. Сходство в том, что решение о насильственной смерти принимает сам больной. Отличие только лишь в том, что исполнители разные, причем при эвтаназии они не определены. Можно было бы много говорить об этих двух жизненных категориях, но, с моей точки зрения, оба эти акта неэтичны, как неэтично и само обсуждение их исполнения. Альтернативой этому может быть повышение качества жизни больного. Это значит, что, борясь с тягостными для него симптомами, в нашем случае с болью, мы сможем улучшить состояние больного, т. е. повысить качество жизни настолько, что мысль о самоубийстве, эвтаназии отходит на задний план или больной вместе с членами семьи расстается с этой мыслью. Пожалуй, это наиболее гуманный путь помощи безнадежным больным. На первый взгляд простая проблема адекватного обезболивания на самом деле таит в себе ряд трудностей, в том числе и этического характера. На практике мы

in spite of their desperate condition and no hopes for life these people want to live and expect to receive help, and suicidal ideas arise only if the patient is aware that no help including adequate analgesia can be provided. Thoughts about euthanasia have the same origin, but they may arise both in the patient's and the relatives' minds. From historical standpoint the idea of euthanasia was justifiable because it provided an escape for a dying person experiencing intolerable sufferings and intractable pain. This idea had the right to exist in times when there were no modern analgesic palliation methods. Active, scientifically grounded palliation therapy rather than meek admission of euthanasia that is the slogan of oncology to-day. This is the most humane help to hopeless patients when thoughts of life, not death are brought home to the patient's consciousness.

From the patient's point of view euthanasia is a voluntary, conscious though forced action. In this situation we may speak of similarity and difference of euthanasia and suicide. The similarity is that the patient himself takes the decision. The difference is that the executors are different (and not identified) in the case of euthanasia. There can be much dispute on these two positions, but in my opinion both are immoral, as well as the discussion of their rationality. The only alternative is improvement of the patient's life. This means that by countering the painful symptoms we can improve the patient's condition, i. e. increase his or her life quality to a level when ideas of suicide or euthanasia pass to the background and the patient together with the family members just dispose of them. This seems to be the most humane way of help to hopeless patients. The apparently simple problem of adequate analgesia in fact involves certain complications including ethical ones. There are but few cases that really have relief from pain. The rate of such cases in developed countries is 5%. Imagine how small this number is in poor countries. There are rather simple and cheap techniques and methodologies of adequate analgesia well known all over the world, but their practical implementation is different and depends upon many factors in individual countries. First of all this is the absence of national cancer pain programs as a part of cancer palliation programs. Legal limitation of distribution and administration of narcotic analgesics contributes greatly to the complications. Many countries do not produce or import effective oral prolonged-release analgesics. The last two circumstances are probably determinant factors in the undertaking of adequate and efficient analgesia. Poor occupational training in this field of doctors and nurses engaged in cancer treatment is another negative factor of much importance. Our medical institutes and colleges teach to treat patients rather than pain.

The World Health Organization declared cancer pain control to be a priority program within anticancer activities. Its specialists developed special approaches and methods to treat chronic pain in cancer patients in terminal stage. As demonstrated by Russian and foreign doctors and researchers correct management results in

встречаемся с ситуацией, когда лишь незначительное число страдающих от боли получает избавление от нее. В развитых странах эта доля составляет всего около 5%. Можно себе представить, сколь мало число больных в развивающихся странах. Во всем мире существуют относительно простые и недорогие способы и методы адекватного обезбоживания, но реализация их различна в разных странах и зависит от многих факторов. В первую очередь это отсутствие национальных государственных программ по борьбе с болью у онкологических больных как составной части программы паллиативной помощи им. Свою лепту вносят и законодательные ограничения, регулирующие распределение и потребление наркотических анальгетиков. В большом числе стран не производятся и не закупаются по импорту эффективные анальгетики длительного действия и удобные для употребления *per os*. Последние два обстоятельства имеют, пожалуй, одно из определяющих значений в организации проведения адекватного и эффективного обезбоживания. Существенным отрицательным моментом является слабая профессиональная подготовка по этому вопросу врачей и медицинских сестер, занимающихся лечением таких больных. В медицинских институтах и училищах учат, как лечить больного, но не учат, как правильно лечить боль.

Всемирной организацией здравоохранения, объявившей борьбу с болью одной из приоритетных программ в проблеме противораковой борьбы, разработаны специальные методики и подходы для лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных в терминальной стадии заболевания. Соблюдение этих принципов, а это показано как нашими исследованиями, так и исследованиями ряда зарубежных врачей и ученых, позволяет достичь эффективного обезбоживания у 80—90% больных. Безусловно, неэтичным является ограничение больного в обезболивающих препаратах. А на том этапе, когда возникает потребность применения наркотических препаратов, это наиболее актуально. Больного ограничивают врачи, не прописывая лекарство в достаточном количестве, аптечные работники, ограничивая обеспечение по уже имеющимся рецептам, медицинские сестры в силу перегруженности лишены физической возможности сделать инъекции, так необходимые больному 3—4 раза в день. Сегодня медицинские работники, свято уверовав в это сами, убеждают больного и его окружающих в неизбежности развития наркомании у больного при длительном обезболивании с помощью наркотических лекарств. На самом деле это не так, что показано многочисленными наблюдениями и исследованиями за рубежом. Риск развития пристрастия к наркотикам у безнадежных онкологических больных ничтожен и составляет не более чем 1 случай на 100 000 больных. Естественно, этим можно и должно пренебречь.

Методологические подходы к решению проблемы противоболевой помощи основаны на том, что каждый больной имеет право на избавление от боли, право на достаточно высокое качество и комфорт последних дней его жизни. Это право существует наравне с правом больного на установление диагноза и получение ле-

a 80-90% response. It is surely immoral to limit cancer patients in analgesics. More so at the stage when narcotic analgesics are needed. The patient's need is limited by the doctor who does not prescribe a drug in necessary quantity, by the pharmacist who fails to provide the prescribed amount of narcotic drugs, by the nurse who has too many patients to care about and just cannot physically make 3-4 injections daily to each patient. To-day medical workers themselves are aware and try to make aware the patients and their relatives of inevitability of drug addiction in cancer patients as a result of long-term analgesia with narcotic drugs. But this is wrong. As demonstrated by many foreign investigations the risk of drug addiction in incurable cancer patients is not higher than 1 case per 100,000. Of course this probability is negligible.

Methodological approaches to the cancer pain problem are based on the acknowledgment of the right of every patient for deliverance from pain, for sufficiently high quality and comfort of the last days of life. This right is equally significant as the patient's right for diagnosis and treatment. The patient has the right to demand adequate treatment from society, and the hopeless patient suffering from intolerable pain has the right for adequate analgesia. The society must provide the adequate aid. Allocations for anticancer programs are mainly spent on early diagnosis and treatment. The same patient for whom a considerable amount of money was spent on diagnosis and treatment is left practically face to face with the pain in the terminal stage. The cost of the adequate analgesia is incompatible with the cost of diagnosis and treatment. The poor budget of the Russian health service puts cancer patients suffering from intolerable pain practically into desperate situation. According to the current law all cancer patients who need narcotic analgesics must receive them free of charge, however, to-day this law is not obeyed. Local health bodies have no money to pay for the narcotic analgesics, while it is forbidden for the patients to buy narcotics on their own money (!?). Thus, while being theoretically able to deliver the patient from intolerable pain the doctor in fact cannot do that. Although adequate analgesia and comfort for cancer patients in terminal stage can easily be provided by administration of prolonged-release drugs. An individually selected dose may arrest pain for 12 hours. The main advantage of such drugs is oral mode of administration which saves the patient from the need to have several injections daily. The last circumstance is of great social significance for the patient and of considerable economic effect for medical workers who need not visit the patient several times a day.

Unfortunately, the problems of palliative aid including pain relief in cancer patients are not well elucidated yet. We should speak of these problems oftener and louder. Mass media should also bring these issues to the public attention. However, even medical periodicals consider this topic not urgent and of low interest for anybody. If the efforts of a small group of enthusiasts fail to bring the urgency of the problem to the health

чения. Больной человек имеет полное право требовать от общества необходимое ему лечение, а безнадежно больной человек, страдающий от невыносимой боли, — адекватного обезболивания. И общество обязано организовать и предоставить оказание этой помощи. Средства, выделяемые на борьбу с раком, в основном тратятся на установление диагноза на как можно более ранней стадии заболевания и на лечение. Тот же самый больной, на которого были затрачены значительные средства для диагностики и лечения, сталкивается в терминальной стадии заболевания с такой ситуацией, когда не может получить должного внимания и избавления от тягостных симптомов, в первую очередь от боли. Необходимые для этого затраты настолько мизерны, что несравнимы с таковыми на этапах диагностики и лечения. Скудность финансирования российского здравоохранения также ставит в безвыходное положение онкологических больных, страдающих от боли. По существующему законодательству все онкологические больные, нуждающиеся в наркотических анальгетиках, должны обеспечиваться ими бесплатно, однако в настоящее время это не выполняется. У местных органов здравоохранения нет средств для оплаты наркотических анальгетиков, а за собственные деньги больной приобрести их не может — не положено (!?). Таким образом, хотя имеется теоретическая возможность избавить больного от болевого синдрома, врач выполнить это практически не в состоянии. А обеспечить адекватное обезболивание и создать комфортные условия последних дней и месяцев жизни для онкологического больного в терминальной стадии заболевания в настоящее время вполне возможно, используя анальгетики пролонгированного действия. Одна доза препарата, индивидуально подобранная, может избавить больного от боли на 12 ч. Главное преимущество этих препаратов — возможность использования их в таблетированной форме, что избавляет больного от необходимости делать инъекции

© Коллектив авторов, 1997
УДК 616-006.81-033.2-089

Ю. И. Патютко, Б. И. Поляков, Е. Е. Ковалевский

ВОЗМОЖНОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВИСЦЕРАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ КОЖИ

НИИ клинической онкологии

Гематогенные метастазы меланомы кожи могут возникать в любом органе, но чаще всего они поражают легкие, печень, головной мозг. Как правило, они бывают множественными, реже встречаются и солитарные поражения внутренних органов.

Под нашим наблюдением было 6 больных, которым проведены хирургические вмешательства по поводу солитарных или единичных метастазов меланомы кожи в область билиопанкреатодуоденальной зоны, надпочечника или селезенки.

В доступной нам литературе мы не встретили аналогичных публикаций. Однако подобные ситуации

service, then the press, television, radio broadcasting should stir the public to action. It was public opinion in many countries that made health service to face this problem. The public itself should also contribute. Various public organizations, the church can do much. The sphere of action is very wide, but the voice of one is the voice of no one.

несколько раз в день. Последнее обстоятельство имеет большую социальную значимость для больного и значительный экономический эффект для медицинского персонала, избавляя его от необходимости частых визитов к пациенту.

К сожалению, на данном этапе развития отечественного здравоохранения вопросы оказания паллиативной помощи, в том числе и противоболевой, онкологическим больным — только на стадии становления. Говорить об этом следует громче и чаще. Средства массовой информации также должны обратить внимание на существование этой проблемы. Однако часто даже медицинские печатные органы на предложение опубликовать материал на эту тему отвечают отказом, считая проблему неактуальной и мало кому интересной. Если силами небольшого числа энтузиастов, работающих в этой области, не удастся привлечь внимание здравоохранения к сути этой проблемы, то это должны сделать печать, телевидение, радио, призвав на помощь широкую общественность, как это и было во многих странах, где именно общественность заставила здравоохранение повернуться лицом к этой проблеме. Конечно, и сама общественность должна оказать посильную помощь. Многие могут сделать различные общественные движения, церковь. Поле деятельности велико, необходимо только наполнить его работниками.

Поступила 15.10.96 / Submitted 15.10.96

Yu. I. Patyutko, B. I. Polyakov, E. E. Kovalevsky

SURGERY FOR VISCERAL METASTASES OF CUTANEOUS MELANOMA

Research Institute of Clinical Oncology

Hematogenous metastases of cutaneous melanoma may develop in any organ though mainly affect lungs, liver, brain. They as a rule are multiple, solitary visceral lesions are less frequent.

We performed surgery of solitary biliopancreatoduodenal, adrenal or splenic metastases of cutaneous melanoma in 6 patients.

We failed to find similar reports in the literature, though these cases are of much interest both from the points of view of the diagnosis and treatment.

The published data mainly concerns generalized metastases of melanoma with involvement of the abdomen