

ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ «ИНКУРАБЕЛЬНОГО» БОЛЬНОГО РАКОМ ОКОЛОУШНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (СООБЩЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ)

Сухарев А.Е.

*Астраханское региональное общественное учреждение
гуманитарных проблем «ГРАНТ»*

Подробная информация об авторах размещена на сайте
«Учёные России» - <http://www.famous-scientists.ru>

Финансовые трудности, неуверенность в завтрашнем дне являются психотравмирующими факторами и вызывают изменения психоэмоциональных реакций и программ поведения в системе отношений «врач-пациент-общество». Сообщается о деонтологических и психологических особенностях успешной длительной внутриопухолевой биохимиотерапии ранее официально признанного «инкурабельным» больного 68 лет с неоперабельным, местно-прогрессирующим мукоэпидермоидным раком правой околоушной железы и сопутствующей кардио-васкулярной болезнью. В результате, через 11 месяцев наступила подтвержденная биопсией полная регрессия злокачественной опухоли.

Проблемы ятрогении в онкологии могут изучаться с учетом объективных и субъективных причин её возникновения. Первые обусловлены сложностями патологии и лечебно-диагностических процедур, а вторые – уровнем профессионализма, психологическими качествами медицинских работников, финансовой и деонтологической составляющей в организации онкологической помощи [1-4].

Ниже приводится сообщение о деонтологических и психологических особенностях успешного лечения ранее официально признанного «инкурабельным» больного 68 лет с неоперабельным, местно-прогрессирующим мукоэпидермоидным раком правой околоушной железы и сопутствующей кардио-васкулярной болезнью.

Больной А. 1939 г. р., пенсионер, ранее работал слесарем на судовой верфи, житель города. По месту жительства наблюдается и получает лечение по поводу ишемической болезни сердца, перенесенных двух инфарктов миокарда, стенокардии, постинфарктного кардиосклероза, атеросклероза аорты и сосудов головного мозга, гипертонической болезни, инвалид 2 группы.

В декабре 2003 г. обнаружил опухоль в правой околоушной области. Хи-

рург территориальной поликлиники направил его в областной онкологический диспансер (ООД) с диагнозом «киста околоушной железы». От одного факта направления в ООД больной, со слов его жены (тоже пенсионерки, в прошлом служащей администрации города), «пришёл домой **никакой**, убитый горем, в состоянии депрессии». После обсуждения в семье согласился на биопсию опухоли в другой больнице. Гистологическое заключение: «аденокарцинома». Вновь направлен в ООД, где установлен диагноз: «Рак правой околоушной железы II ст. (T2, N0, M0)». От радикальной операции отказался из-за возможных осложнений, о которых он был красочно информирован врачом ООД и высокой стоимости операции, отчего пенсионер вновь «пришел домой в ужасном настроении». Однако, после обсуждения и психологической поддержки в семье, он согласился на консервативное лечение и вернулся в ООД, где проведено два курса дистанционной гамма-терапии на опухоль (СД – 60 грэй) в периоды с 14.04 по 17.05. и 27.05. по 11.06. 2004 г., без осложнений. Со слов жены больного, плата за лечение взималась неофициально по утрам ещё трезвым лучевым терапевтом.

В июне 2005 г. (через 1 год после лучевой терапии) появились признаки мест-

ного прогрессирования опухоли, которая стала более плотной, увеличилась в размерах. Больной согласился на операцию.

27.10.2005 г. выполнены паротидэктомия и футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи справа («за большие деньги»). При этом не удалось радикально удалить опухоль и избежать повреждения лицевого нерва. Выписан из ООД лишь через 1 месяц после операции - 25.11.05 г., так как послеоперационная рана не зажила полностью. Гистологическое заключение № 20125 – 30: «низкодифференцированная аденокарцинома», № 20121-24: «в лимфоузлах - лимфоретикулярная пролиферация». Рекомендовано «симптоматическое лечение по месту жительства, повязки с синтомициновой мазью».

Через месяц в области незажившего участка послеоперационной раны отмечен быстрый рост оставшейся опухолевой ткани. Больной вновь направлен в ООД с рекомендацией проведения внутриопухолевой химиотерапии или направления в центральный НИИ онкологии. В ООД эта рекомендация была названа «фантазией», с пренебрежением отвергнута, а жене больного «авторитетно» заявлено, что «опухоль уже разлагается, чего же вы хотите?». На вопрос о дальнейшей тактике был ответ: «Мы не знаем, что делать дальше». Однако, по её требованию, после долгих отговорок, с неохотой был послан запрос в онкологический научный центр (ОНЦ). В ожидании ответа проведено 6 курсов внутривенной химиотерапии (цисплатин, 5-фторурацил, дакарбазин, фарморубицин), но без эффекта.

Из ОНЦ был получен письменный отказ в приёме больного от 16.05.06 г. (исх.. № 114), ввиду его «инкурабельности». Автор данного сообщения с этим заочным заключением, сделанным лишь на «основе медицинской документации ООД», категорически не согласился. После настойчивых ходатайств жены пациента (фактически - в течение восьми месяцев) была выдана квота № 02 от 25.08.06г. на обследование и определение тактики лечения в МНИОИ им. П.А. Герцена, где больного приняли 31.08.06 г. К этому времени экзофитная опухоль правой околоушной области, кровоточащая, с гнилост-

ным запахом и распадом вышла за пределы кожи, достигла размеров 10,5 x 12,5 см в диаметре. Отдаленных метастазов не выявлено.

В ООД к такому решению пациента отнеслись неприязненно, вдруг изъявили желание оперировать больного «хоть завтра». На несогласие мрачно предупредили о, якобы, большой стоимости обследования и операции в Москве, в связи с чем, ему пришлось взять кредит в банке под залог единственной квартиры. Однако, к приятному удивлению пенсионеров, эти «предупреждения» не подтвердились. В московских клиниках их принимали с большим вниманием и искренней доброжелательностью. Обследование больному проведено бесплатно, в соответствии с квотой. Всё это резко контрастировало с морально-психологической атмосферой местной онкослужбы.

Из медицинской карты больного РА-4910 в МНИОИ им. П.А. Герцена (при первичном осмотре 01.09.06 г.): «В правой околоушной области огромная распадающаяся, кровоточащая, с ихорозным запахом экзофитная опухоль до 15 см. Инфильтрация правой околоушной области, правой половины шеи...». Гистологическое исследование № О18784/Б от 06.09.06г.: «...инфильтративный рост умеренно дифференцированного мукоэпидермоидного рака». При ультразвуковом (04.09.2006г.), рентгенологическом и радиоизотопном (05.09.06г. и 11.09.2006) исследовании отдаленных метастазов не выявлено. Осмотр анестезиолога: «Для решения вопроса о возможности оперативного вмешательства, необходимо дообследовать больного: 1 – консультация кардиолога, 2- УЗИ сердца, 3- ЭКГ, 4-ФВД, 5 – биохимические показатели». Обследование проводилось в нескольких клиниках Москвы.

Со слов больного, весь период обследования он проживал в ближайшем Подмосковье у дочери, туда и обратно приходилось подолгу добираться на пригородных поездах и маршрутных такси, что было чрезвычайно утомительно и привело к учащению приступов стенокардии и «воспалению вен» нижних конечностей. В

связи с этим анестезиологи не рискнули дать наркоз.

22.09.2006г. и 02.10.2006 г. заключение консилиума отделения микрохирургии: «Больной по поводу продолженного роста рака правой околоушной железы.... У больного в анамнезе два инфаркта миокарда, по данным функциональных проб - снижение резервов дыхания 3 степени, что делает невозможным выполнение обширной операции. Рекомендовано проведение симптоматической терапии по месту жительства. (Мегейс 320 мг ежедневно)». Дано обещание после лечения указанной сердечно-сосудистой патологии, вновь принять больного для оперативного лечения.

08.11.06 г. больной вернулся в поликлинику по месту жительства. Общее состояние средней тяжести: интенсивный болевой синдром, интоксикация, анемия. Опухоль грибовидной формы, быстро прогрессирует: до 13 см в поперечном размере, с распадом, зловонным запахом, кровоточит, инфильтрирует наружный слуховой проход, окружающие ткани шеи и лица справа. Психологическое состояние пациента и его жены подавленное, в связи с отсутствием положительного результата от поездки.

С целью гемостаза, паллиативного и симптоматического лечения автором данного сообщения принято решение о проведении внутриопухолевой биохимиотерапии по индивидуальной схеме на дому, в связи с тяжестью общего состояния и высоким риском необратимых осложнений. Вопрос жены больного о стоимости предстоящего лечения был отклонен, как неуместный.

Алгоритм лечения включал введение в разные точки опухоли и околоопухолевой ткани до 40 мл 95% этанола (под местной анестезией), по 10 мг метотрексата, 200 – 400 мг циклофосфана и 250 мг 5-фторурацила в режиме не чаще одного раза в неделю. Это лечение проводилось под прикрытием обезболивающих, общеукрепляющих, гепатотропных средств, коронаролитиков, гемостимулирующей терапии, дезагрегантов. Вместо мегейса, со второго месяца лечения получил 10 внутримышечных инъекций масляного раство-

ра оксипрогестерона капроната по 250 мг один раз в неделю. Перерывы между процедурами введения препаратов составляли от 1 недели до 1 – 3-х месяцев, так как зависели от состояния больного, графика работы и командировок лечащего врача (автора данного сообщения).

Кроме того, 23.04 и 25.07.07 г. выполнены криодеструкция, а 18.06. и 10.10.07г.- электрокоагуляция резидуальной опухоли.

После первых инъекций отмечены некроз и снижение кровоточивости участков опухолевой ткани. Некротические ткани черного цвета, рыхлые, студенистой консистенции легко удаляются тупым путем. Для уменьшения кровоточивости и гнилостного запаха чередуются повязки с аминокaproновой кислотой, 95% этанолом, метронидазолом.

Через месяц (21.12.06 г.) отмечено уменьшение опухолевой массы, исчезновение ихорозного запаха, улучшение общего состояния и самочувствия, увеличение показателей общего анализа крови, уменьшение болевого синдрома и признаков интоксикации.

Лечение продолжалось до осени 2007 г. К 10.10.07 г. размеры дефекта уменьшились до 2,0х3,5 см. Выполнена биопсия гранулирующего участка. Гистологическое заключение № 1563 от 18.10.07г.: «Грануляционная ткань с фиброзом, воспалением, с наличием гигантских клеток, инородных тел».

К настоящему времени общее состояние удовлетворительное, самочувствие хорошее, больной ведет активный образ жизни, работает на даче, по дому, гуляет с собакой. В правой околоушной области на месте бывшей опухоли рубцовый дефект без признаков изъязвления. Передний край рубца отграничивает костный фрагмент угла нижней челюсти 2 х 2 см, с шероховатой поверхностью, без признаков деструкции, с грануляциями вокруг кости.

В марте 2008 г. больной направлен на онко-МСЭ для определения группы инвалидности по данному заболеванию, в чём ему было в невежливой форме отказано, ввиду удовлетворительного общего состояния и регрессии рака.

Заключение

Описанный клинический случай представляет интерес с позиции выработки индивидуального комбинированного подхода к лечению мукоэпидермоидного рака околоушной железы, резистентного к лучевому лечению и системной химиотерапии, обладающего свойствами местного агрессивного роста около крупных сосудов и других жизненно важных структур головы-шеи у больного с сопутствующей сердечно-сосудистой патологией, являющейся противопоказанием к оперативному лечению. К сожалению, был допущен целый ряд деонтологических нарушений, что подпадает под определение ятрогении и необоснованного отказа больному в специализированной помощи на первых этапах [1-4]. По мнению автора, размывание принципов отечественной системы здравоохранения на теневом рынке медицинских услуг приводит к появлению антигуманных тенденций в этой сфере и медицинском образовании, где вульгарный коммерческий дух вытесняет классический – гуманитарный и научный. Финансовые трудности, неуверенность в завтрашнем дне являются психотравмирующими факторами и вызывают изменения психоэмоциональных реакций и программ поведения в системе отношений «врач-пациент-общество» [2,3]. Монопольное положение онкологического учреждения в

регионе, отсутствие классической онкологической школы и низкая зарплата рядового медицинского персонала также не способствуют совершенствованию профессионализма, культуры взаимоотношений и морально-психологической атмосферы в клиническом лечебном учреждении.

(Работа выполнена в рамках научно-го проекта № 07-06-00617а, поддержанного грантом РГНФ).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Грицман Ю.Я. Деонтологические ошибки в онкологии.// В кн. Ошибки в клинической онкологии, под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга. М., 1993, с. 156-170.
2. Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Федорова В.Г. «Психологические и деонтологические особенности преподавания онкологии»//Межрегиональное научное издание «Вопросы права и социологии». Волгоград, 2002, выпуск 5, стр. 89-99.
3. Сухарев А.Е., Ермолаева Т.Н., Беда Н.А., Мамаева С.А. Психологические аспекты ятрогении в онкологии // Журнал РАЕ Современные наукоемкие технологии, 2005, № 7, стр. 25 – 30.
4. Шапошников А.В. // Ятрогения. Терминологический анализ и конструирование понятия. Ростов-на-Дону, 1998, 167 с.

DEONTOLOGICAL AND PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF SUCCESS TREATMENT OF "INCURABLE" PAROTID CANCER PATIENTS (CASE-REPORT)

Sukharev A.Ye.

Astrakhan regional social department of humanitarian problems "GRANT"

Financial difficulties, uncertainty in the future are great psycho-traumatic factors. They cause the changes in the relations system "doctor – patients – society". The report describe about the case of success introtumoral biochemical treatment of 68-old man earlier verdict "incurable" local progressive parotid mucoepidermoid cancer and accomponent cardiovascular systems disease. The result is biopsy confirmed full up regression of inoperable parotid cancer after 11 month of treatment.