

## АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕОНТОЛОГИИ В ОНКОХИРУРГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Фоат Шайхутдинович Ахметзянов\*

Казанский государственный медицинский университет

### Реферат

Вопросам деонтологии в медицине было посвящено множество работ, в том числе опубликованных на специальных конференциях. В своей книге Н.Н. Петров писал: «Хирургия покоится на науке, непрерывно растущей и расширяющейся. Она покоится и на технике: ручной, инструментальной, электрической, непрерывно развивающейся и упрощающей доколе казавшиеся непреодолимыми трудности. И об этой науке, и об этой технике говорят начинающим хирургам их учителя; все об этом знают, все этим живо интересуются. Но хирургия не исчерпывается наукой и техникой. Больно затрагивая человеческий организм, глубоко в него проникая, хирургия достигает вершин своих возможностей лишь в том случае, когда она бывает украшена высшими проявлениями бескорыстной заботы о больном человеке, и притом не только о его теле, но и о состоянии его психики». Многое за это время изменилось, появились огромные возможности точной диагностики заболеваний, невиданных успехов достигли анестезиология и реаниматология. В статье освещены вопросы деонтологии при лечении больных злокачественными новообразованиями. Различные аспекты деонтологии, то есть должного отношения и решений при лечении больных злокачественными новообразованиями, имеют особенные черты, присущие онкохирургии. Вопрос о противопоказаниях к операции решается на различных этапах ведения больного: при амбулаторном обследовании, в стационаре, во время эксплорации, самой операции, после завершённого хирургического вмешательства. Приведены примеры деонтологических ошибок. Заключение об отказе от операции должно быть в каждом случае абсолютно достоверным, строго документированным, не допускающим ложных решений. Решение должно быть основано на чётком понимании патогенеза изменений в организме больного в каждом конкретном случае. Вопрос о показаниях к оперативному вмешательству, его выполнимости и объёме должен решать консилиум врачей.

**Ключевые слова:** онкологический больной, деонтология в онкохирургии.

**ACTUAL ISSUES OF DEONTOLOGICAL ETHICS IN SURGICAL ONCOLOGY** F.Sh. Akhmetzyanov. *Kazan State Medical University, Kazan, Russia.* Issues of deontological ethics in medicine were discussed in numerous papers, including publications of special conferences. N.N. Petrov in his book wrote: «Surgery depends on science, which is continuously growing and expanding. It also depends on the technique: hand, instrumental, electric, continuously developing and simplifying facing seemingly insurmountable difficulties. Teachers provide information about the science, and techniques to young surgeons, of whom all are keenly interested in it. But surgery is not limited to science and technology. Painfully affecting the human body, getting deeply inside it, surgery reaches the top of its opportunities only in case when it is decorated with the highest manifestation of selfless care of the sick person, and that not only of his body, but also about the state of his mind». Much has changed during this period of time, more accurate diagnostic methods appeared, unprecedented success was achieved in anesthesiology and critical care. The article covers questions related to ethics arising while treating patients with malignancies. Various aspects of deontological ethics, i.e. proper attitude and decisions while treating patients with malignancies, have certain features specific for surgical oncology. Questions of contraindications to surgery are solved at different stages of the patient treatment: during outpatient examination, exploration, at operation itself, after completing surgery. Some examples of ethical errors are given. Conclusion on refusing the surgery should be, in every case, absolutely reliable, rigorously documented, which prohibits false solutions. Decision should be based on a clear understanding of the pathogenesis of the patient's body changes in each case. The questions of indications for surgery, its feasibility and extent should be decided ex concilio.

**Keywords:** cancer patient, deontological ethics in surgical oncology.

Вопросам деонтологии в медицине было посвящено множество работ [1–10], в том числе опубликованных в трудах специальных конференций. В своей книге Н.Н. Петров [8] писал: «Хирургия покоится на науке, непрерывно растущей и расширяющейся. Она покоится и на технике: ручной, инструментальной, электрической, непрерывно развивающейся и упрощающей доколе казавшиеся непреодолимыми трудности. И об этой науке, и об этой технике говорят начинающим хирургам их учителя; все об этом знают, все этим живо интересуются. Но хирургия не исчерпывается наукой и техникой. Больно затрагивая человеческий организм, глубоко в него проникая, хирургия достигает вершин своих возможностей лишь в том случае, когда она бывает украшена высшими проявле-

ниями бескорыстной заботы о больном человеке, и притом не только о его теле, но и о состоянии его психики». Многое за это время изменилось, появились огромные возможности точной диагностики заболеваний, невиданных успехов достигли анестезиология и реаниматология. Вместе с тем, это наиболее трудная часть обучения врачебной практике.

Различные аспекты деонтологии, то есть должного отношения и решений при лечении больных злокачественными новообразованиями, имеют особенные черты, присущие онкохирургии. Это определяется характером патологического процесса, по поводу которого предпринимается оперативное лечение. Нравственные аспекты проблемы прежде всего определяются абсолютной смертностью патологии, если не предпринимать лечебные действия. В онкохирургии альтернатива в соответствующих случаях состо-

ит в положении: либо радикальная операция, либо смерть. Вместе с тем эта патология наиболее часто встречается у людей пожилого возраста (60–65% онкологических больных в возрасте более 60 лет, половина из них старше 70 лет), **отягощённых** сопутствующими патологическими процессами, которые и определяют противопоказания к хирургическому вмешательству.

Вопрос о показании к хирургическому вмешательству в соответствующих случаях не подлежит обсуждению, они абсолютны. Сомнительные и неадекватные заключения тяжело сказываются на таких больных при решении о противопоказаниях, «переносимости», степени риска операции. Допускаются серьёзные ошибки при решении о необходимости оперативного вмешательства, преувеличиваются противопоказания, отклоняется единственная возможность — попытка лечения обречённого больного. Более подробно юридические вопросы мы освещали ранее [2].

Учение о степени риска хирургической операции не имеет чётких критериев. Допускаются произвольные оценки и ошибочные заключения. Имеют место субъективные подходы со стороны врача, стремление к защите себя от отрицательных эмоциональных нагрузок на случай неблагоприятных исходов. Так невольно формируются решения — предлагаются «более приемлемые», чем оперативное лечение, методы, а правило совместного осмотра больного соответствующими специалистами нередко не соблюдается. В связи с развитием химиотерапевтического лечения и лучевых методов воздействия, при которых ещё нет чётких доказательств излечения больных солидными опухолями, решения об отказе врача от использования хирургического пособия, замене его на химиотерапевтическое или иное лечение должны быть строго обоснованы, рассмотрены консилиумом врачей и соответствующим образом оформлены.

Вопрос о противопоказаниях к операции решается на различных этапах ведения больного: при амбулаторном обследовании, в стационаре, во время эксплорации, самой операции, после завершённого хирургического вмешательства. На этапах ведения больного решают вопросы о целесообразности вмешательства, его характере (радикальном или паллиативном), симптоматической операции.

В широком смысле резектабельность/операбельность включает анатомические и функциональные аспекты. Имеет значение осуществимость радикального вмешательства на различных этапах развития первичного очага, локального, регионарного лимфогенного, гематогенного отдалённого распространения. По этому признаку операции могут быть подразделены на заведомо или вероятно радикальные, безусловно паллиативные, циторедуктивные. Последние осуществляют с целью уменьшения объёма опухолевого поражения. Имеют значение целесообразность, осуществимость, характер ожидаемого эффекта в плане излечения, увеличения продолжительности

жизни, вероятности летального исхода или инвалидизации, ухудшения качества жизни больного. Все эти вопросы должны быть обоснованы с позиций доказательной медицины, обсуждены и соответствующим образом документированы.

Нравственный аспект сопутствует принятию решений, использованию наиболее адекватных методов диагностики, на базе результатов которых принимают решения, вовлечению в процесс лечения необходимых специалистов. Условия адекватных решений — должная подготовка врача, достаточные сведения о предполагающихся операциях и их вариантах. Необходим достаточный опыт врача для определения исходного состояния больного при оценке возможного течения операционного и послеоперационного периодов, наиболее вероятных осложнений и их результатов в исходе оперативного вмешательства.

Важна оценка перспектив хирургического лечения с использованием тех или иных методик, а также организации различных этапов ведения предоперационного, операционного и послеоперационного периодов, включая обеспечение аппаратурой и медикаментами. Одно и то же вмешательство, осуществляемое с применением оптимальных методических подходов, предоперационной подготовки, отдельных элементов хирургической операции (хирургического доступа, гемостаза, методик формирования блоков, резекций, восстановительных этапов), ведения послеоперационного периода, в одних случаях обеспечивает благоприятный исход, а при других обстоятельствах сопряжено с высоким риском неблагоприятных исходов. Таким образом, проблему операционного риска необходимо оценивать в свете конкретных обстоятельств выполнения хирургического вмешательства.

Совершенствование подходов и методических приёмов оказывает непосредственное влияние на степень риска операции, вероятность и виды послеоперационных осложнений, возможности их предупреждения. Хирургические проблемы, определяющие благополучие, имеют непосредственное отношение к состоянию онкохирургии. Неблагоприятные ближайшие исходы операций предопределяют негативный результат лечения больного — летальный исход или ухудшение качества жизни больного.

Заключение об отказе врачей от операции должно быть в каждом случае абсолютно достоверным, строго документированным, не допускающим ложных решений. Решение должно основываться на чётком понимании патогенеза изменений в организме больного в каждом конкретном случае. Необходимо сказать, что такое решение не всегда осуществимо при однократном осмотре больного, особенно тяжёлого. Иногда даже в крупных клиниках, где есть высококвалифицированные специалисты, трудно с одного раза определить показания к оперативному лечению, для этого достаточно часто возникает необходимость госпитализации онкологического больного в стационар. «Растаскивание»

онкологических больных по различным лечебным учреждениям, где нет высококвалифицированных специалистов, чревато большим количеством диагностических и тактических ошибок.

Приводим случай отказа от операции в одном клиническом учреждении больной 47 лет с опухолью брюшной полости. В этом учреждении в грубой форме больной было сказано, что «опухоль большая, пациентка сама запустила болезнь и теперь уже невозможно помочь, она относится к четвёртой стадии болезни». При обращении в наше учреждение больная предъявляла жалобы на сильные боли в животе, которые появились два дня назад. До этого увеличение живота больная относила к ожирению, что подтверждали и врачи одного из районов Татарстана. Больная была госпитализирована в клинику, после предоперационной подготовки и обследования через два часа прооперирована. Во время операции обнаружена большая киста (12 кг) с перекрутом и некрозом. Выполнена надвлагалищная ампутация матки с придатками. Наступило выздоровление. Гистологически данных за злокачественный процесс не найдено.

Приведем ещё одно наблюдение за больной 32 лет, у которой была допущена грубая диагностическая ошибка в учреждении другого региона. Больная обратилась в онкологическую клинику по поводу болей в животе и кровянистых выделений из прямой кишки. При фиброколоноскопии обнаружена большая опухоль прямой кишки на уровне 3 см от ануса. При общем анализе крови содержание гемоглобина 50 г/л. Хирургом без ректального осмотра в госпитализации больной отказано, рекомендована консультация химиотерапевта, которая также отказала в лечении больной, но рекомендовала осмотр лучевого терапевта. Последний предложил больной «поднять» гемоглобин по месту жительства, потом явиться на лечение. Мытарства больной только начались. Не получив в течение двух недель никакой помощи по месту жительства, она обратилась в нашу клинику.

При осмотре состояние больной тяжёлое, постоянные кровянистые выделения из прямой кишки, концентрация гемоглобина 30 г/л. С постели не встаёт. При ректальном осмотре на расстоянии 5–6 см от ануса определяется опухоль до 10 см в диаметре, подвижная.

После подготовки в течение двух суток переливаниями крови и её компонентов, жидкостей с электrolитами, с содержанием гемоглобина 60 г/л больная по жизненным показаниям оперирована. Обнаружена больших размеров опухоль сигмовидной кишки без метастазов в лимфатические узлы с инвагинацией в прямую кишку. Выполнена дезинвагинация сигмовидной кишки с опухолью, резекция сигмовидной кишки с наложением десцендо-ректоанастомоза двухрядными швами.

Макропрепарат: опухоль 10×10 см, экзофитной формы в виде блюдца, циркулярная. Гистологически: умеренно-дифференцированная аде-

нокарцинома без прорастания серозного покрова и метастазов в лимфатические узлы.

Послеоперационный период протекал хорошо, больная выписана из стационара в хорошем состоянии с гемоглобином 100 г/л. Больная осмотрена через 6 мес: состояние удовлетворительное, данных за прогрессирование заболевания не найдено. Прибавка массы тела составила 15 кг, самочувствие хорошее.

Основная задача диагностического этапа операции — определение резектабельности или обоснование нецелесообразности операции. С целью предупреждения тяжёлых и роковых ошибок во время операции следует более широко ставить показания к обнажению очага патологии для решения о резектабельности. При этом используют комплекс методов, включающих и микроскопические исследования.

Отличительная особенность онкохирургической операции — необходимость выполнения травматичных вмешательств в неблагоприятных условиях. Организация оперативного вмешательства прежде всего предполагает в качестве обязательного условия участие специалиста соответствующей подготовки, который сможет использовать возможные варианты различных по сложности вмешательств, в том числе комбинированных.

Существуют нравственные аспекты диагностического этапа операции. Тяжёлой ошибкой деонтологии на этом этапе является признание нерезектабельности в случаях, когда удаление блока тканей осуществимо. Это происходит в связи с низким профессиональным уровнем знаний ведущего оператора, несоблюдением последовательности, методичности и точности в решениях о возможности и целесообразности резекции блока, в том числе и более сложных вариантов операции. В этом отношении диагностический этап вмешательства всегда становится испытанием моральных качеств специалиста. Необходимы определённая «подконтрольность», «управляемость» ведущего хирурга более опытным специалистом, умение оператора не игнорировать замечания и советы ассистентов, его способность организовать своевременную консультацию специалистов клиники, задействованных в принятии решений на этапах операционного периода ведения больного. Множество вариантов патологии придаёт диагностическому этапу операции неповторимые черты и определяет необходимость принятия индивидуальных в каждом случае решений. Решение о выполнении операции должно осуществляться на консилиуме врачей. В нашей клинике это делают во время общего обхода с привлечением необходимых специалистов.

Оценка онкохирургического вмешательства определяется рядом критериев. Из них наиболее важны следующие:

- 1) обоснованность отказа от радикального вмешательства;
- 2) степень радикальности операции при лечебных вмешательствах;

3) совмещение должной радикальности и берегательных подходов в анатомическом и функциональном отношении, соблюдение приёмов, благоприятствующих реабилитации без нарушения радикальности вмешательства.

Компетентность и профессиональное соответствие в онкохирургии (и медицине в целом) — категории нравственные. Принципы деонтологии требуют совершенствования хирурга в различных аспектах, выбора и осуществления им оптимальных приёмов, планов хирургических вмешательств, а также предотвращения и преодоления осложнений на различных этапах ведения больного. К ним относятся заимствование и использование наиболее целесообразных методических приёмов.

Характер патологического процесса и вид оперативного вмешательства состоят в определённой связи. Это имеет особое значение при калечащих, приводящих к инвалидности вмешательствах, операциях с высокой степенью риска. Больной на заключительном этапе диагностики нередко сопоставляет эти факторы и оценивает адекватность или несоответствие вида выполненного оперативного вмешательства характеру патологического процесса. Это касается как предпочтения, отдаваемого более радикальному образу действия, так и применения берегающих, щадящих, менее травматичных операций. Недовольство больного возможно в случаях, когда при злокачественных опухолях выполняют экономную, нерадикальную, угрожающую рецидивом операцию или, напротив, когда вследствие неадекватной диагностической тактики при не злокачественных поражениях производят травматичные, наносящие большой ущерб здоровью операции.

Вопрос о характере, полноте, форме информирования больного о хирургическом лечении — деонтологическая проблема. Существуют различия в контактах с больным в случаях, когда окончательный характер процесса не установлен, а операция показана в связи с тем, что наличие злокачественной опухоли не исключено. В деонтологическом отношении хирургический метод лечения следует дифференцировать на случаи, когда операцию выполняют при верифицированном диагнозе, и случаи, когда диагноз злокачественной опухоли не исключён, но и не установлен.

При осуществлении хирургического метода лечения больных злокачественными опухолями на различных этапах устанавливаются определённые отношения между специалистом и больным, между врачом и родственниками больного. Решаются психологические, морально-этические и юридические проблемы. Происходит испытание адекватности организационных, профессиональных, психологических, гуманных аспектов врачебной помощи.

Информация о характере патологического процесса, предстоящих испытаниях в связи с применением хирургического метода лечения и степени его риска, возможных исходах в той или

иной мере подлежит обсуждению в определённой форме с больным и в другом виде — с родственниками больного. Неверно вообще отказываться от обсуждения этих вопросов с самим больным. При этом возникает необходимость сохранения спокойного уравновешенного состояния больного до операции и, вместе с тем, в какой-то мере нужно информировать его о возможных путях хирургического лечения, его особенностях, исходах. Больной должен быть информирован для получения согласия на лечение в той мере, на сколько это необходимо для объяснения серьёзности положения. Практика решения этих вопросов без участия больного не имеет оправданий. Решения, принятые за его спиной только с родственниками больного, безнравственны. Это касается различных особенностей предстоящего оперативного вмешательства и связанных с ними исходов — анатомических и функциональных изъянов, опасностей для жизни больного. Разумеется, эта информация, как уже было сказано, должна быть представлена в должной форме и не создавать неблагоприятных психологических состояний накануне предстоящей операции. При этом необходимы также контакты, которые обеспечивают положительное решение во всех случаях, когда оперативное вмешательство является показанным, а иного пути нет.

Многие больные после сообщения о характере болезни теряют покой на многие годы, хотя болезнь была обнаружена в начальной стадии. Такой хронический стресс может даже способствовать прогрессированию болезни. Необходимо исходить из того положения, что больной имеет право знать и не знать. Высказывания некоторых врачей, что «за рубежом сообщают исключительно всё», неверны.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Александров Н.Н. О тактике хирурга при отказе онкологических больных от оперативного лечения // *Здравоохр. Белоруссии*. — 1962. — №2. — С. 3-5.
2. Ахметзянов Ф.Ш., Рувинский Д.М. Деонтологические проблемы в онкологии. В кн.: *Клиника, диагностика и лечение новообразований лёгких, средостения и плевры / Труды КОД МЗ РТ*. — Казань, 2002. — Т. 6. — С. 197-200.
3. Блохин Н.Н. Деонтология в онкологии. — М.: Медицина, 1977. — 72 с.
4. Богорад И.В. Больной и врач. — М.: Знание, 1982. — 96 с.
5. Вагнер Е.А., Росновский А.А., Ягунов П.Д. О самовоспитании врача. — М.: Медицина, 1971. — 152 с.
6. Вагнер Е.А. Раздумья о врачебном долге. — Пермь: Пермское кн. изд-во, 1986. — 222 с.
7. Корж С.Б. Деонтология в онкологии. — Минск: Беларусь, 1975. — 88 с.
8. Петров Н.Н. Вопросы хирургической деонтологии. — Л.: Медгиз, 1956. — 64 с.
9. Писарев Д.И. Основные проблемы врачебной этики и медицинской деонтологии. — М.: Медицина, 1968. — 192 с.
10. Чиссов В.И., Грицман Ю.Я., Шубин Б.М. Деонтология в практической онкологии. В кн.: *Деонтология в медицине*. — М.: Медицина, 1988. — Т. 2. — С. 103-144.