

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение ВО
«Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф.
Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения РФ
Кафедра онкологии и лучевой терапии с курсом ПО

Заведующий кафедрой:
д.м.н, профессор Зуков Руслан Александрович
Кафедральный руководитель ординатора:
к.м.н. Гаврилюк Дмитрий Владимирович

Реферат

Деонтология в онкологической практике.

Выполнил:
Клинический ординатор 1 года обучения
кафедры онкологии и лучевой терапии с курсом ПО
Арламенков Дмитрий Леонидович
Проверил:
к.м.н. Филькин Геннадий Николаевич

Красноярск, 2023

1. Введение.....	1
2. Задачи встающие перед врачом онкологом.....	1
3. Психологическая помощь.....	2
4. Работа с родственниками.....	6
5. Что такое канцерофобия.....	7
6. Индивидуальный комплексный подход к пациенту.....	8
7. Заключение.....	11
8. Список литературы.....	12

1. Введение:

Вопросы врачебной деонтологии занимают особое место в онкологической практике. Это связано с тем, что при онкологических заболеваниях самоизлечения практически не бывает и выздоровление больного всецело зависит от компетенции врача; страх населения перед злокачественными опухолями особенно велик, распространено мнение о бесперспективности лечения. Актуальность деонтологических вопросов в онкологии обусловлена и тем, что в большинстве случаев даже при начальных стадиях заболевания врач не может быть уверен в полном излечении пациента.

По мнению Н.А.Семашко, врачебная этика включает в себя три группы вопросов: во-первых, отношение врача к больному, во-вторых, отношение врача к коллективу, в-третьих, отношение врачей между собой.

К вопросам деонтологии относятся также правильное общение с родственниками пациентов, организация работы медицинского коллектива, правильный выбор оптимальных методов лечения, защита больного от ненаучных способов врачевания, отвлекающих от необходимого лечения и подчас наносящих непоправимый вред.

В основе успешного решения данной проблемы ведущая роль принадлежит врачу-онкологу, его личности, профессиональной осведомленности. В онкологической клинике находятся, в основном, больные с тяжелым недугом. Работая с ними и отдавая должное методам диагностики и лечения, онколог не вправе забывать гуманную сущность врачебной профессии. Слово врача, пользующегося у больного авторитетом, имеет очень большое значение. В то же время, высказанное в присутствии пациента сомнение, неуверенность интонации, растерянность могут нанести ущерб его взаимоотношениям с лечащим врачом.

2. Задачи встающие перед врачом онкологом:

Задача врача – успокоить пациента и психологически подготовить к предстоящему лечению, внушив веру в излечимость заболевания. Умение добиться нужного контакта с больным требует определенного опыта, но часто зависит и от личных качеств врача. Онкологические больные испытывают сильный эмоциональный стресс, связанный с подозрением о возможности злокачественного новообразования, необходимостью длительного обследования, пребыванием в стационаре, оперативным вмешательством и ожиданием результата гистологического исследования, проведением лучевой, химиотерапии. Эмоциональный стресс является

толчком для запуска цепи нейроэндокринных реакций, приводящих к психосоматическим расстройствам. Задача врача состоит в том, чтобы при общении с пациентом уменьшить или нейтрализовать стрессорную реакцию. Это имеет положительное значение для общего состояния больного, течения заболевания, последующей трудовой и социальной реабилитации.

Особое значение имеет правильный психологический подход к больному, это своего рода психотерапия уже на первом этапе контакта врача и пациента.

Изменения в психике пациентов проходят следующие стадии адаптации:

стадия шока после получения информации о заболевании;

стадия отрицания, вытеснения информации;

стадия агрессии, поиска причины болезни;

стадия депрессии, неверия в лечение и помощь окружающих;

стадия попытки сговора с судьбой (обращение к нетрадиционным методам лечения, к религии, диета, голодание, гимнастика);

стадия принятия болезни, переосмысления жизни, возникновения новых ценностей.

Перечисленные стадии не всегда следуют в описанном порядке, у каждого больного длится разное время, все они могут существовать и одновременно. Психологическая коррекция должна соответствовать стадиям адаптации, состоянию пациента, его психологическим особенностям и плавно готовить его для перехода в следующую стадию адаптации.

Онкологическое заболевание служит мощным стрессом для самого пациента и его семьи, следствием которого является психическая травма, не всегда связанная с физическим самочувствием заболевшего. Онкологический больной оказывается в сложной жизненной ситуации: лечение требует мобилизации физических и душевных сил, в то время как болезнь, лечение и связанные с ними переживания приводят к значительным психологическим, физическим и биохимическим изменениям, которые истощают организм пациента.

3. Психологическая помощь:

Психологическая помощь онкологическому больному, включая психотерапию, оказываемая во время лечения в стационаре и после выписки

из него, способствует лучшему приспособлению к болезни и преодолению последствий, вызванных лечением.

К вопросу рационального информирования пациента об истинном диагнозе следует подходить индивидуально. В каждом конкретном случае врач выбирает единственно правильную линию поведения. Это определяется характером и стадией заболевания, психологическими особенностями больного, его возрастом, профессией, отношением к предлагаемым методам исследования и лечения, социальным окружением и социокультурной принадлежностью пациента, страны и сложившимися в ней нормами, традициями и установками лечебного учреждения, а также уровнем профессиональных знаний врача.

В большинстве случаев пациенту не сообщают о наличии у него рака или другой злокачественной опухоли, так как это вызывает большую психологическую травму. При беседе врача с больным, например, раком желудка на вопрос о диагнозе можно сказать о язве или полипе желудка с пролиферативными изменениями клеток, о разновидности опухоли или предопухоловом заболевании.

В руки больного не должна попадать медицинская документация и данные, подтверждающие диагноз злокачественной опухоли. В присутствии пациента соблюдается осторожность при анализе рентгенограмм и результатов специальных исследований.

В документах (справках, выписках из историй болезни), которые выдают на руки больному злокачественным новообразованием при выписке из стационара или при направлении на обследование и лечение, обычно указывается диагноз «органическое заболевание» желудка, кожи, молочной железы и т.д. Этими же терминами пользуются при осмотре больных со студентами и на обходах, избегая таких слов, как «рак», «саркома», «метастаз», «саргег», «запущенная форма заболевания», «III и IV стадии заболевания», «неоперабельность». Так, при сборе анамнеза, уточнении наследственной предрасположенности вопросу «были ли злокачественные опухоли у ближайших родственников?» можно предпочесть вариант «чем болели или от какого заболевания умерли родители, другие родственники?».

Исключение может быть сделано лишь при недооценке больным серьезности положения и отказе от обследования и лечения. В случае отказа больного от радикального лечения с хорошим прогнозом ведется разговор о возможном озлокачествлении процесса. Сообщение истинного диагноза – задача только очень опытных врачей, хорошо разбирающихся в людях, способных следить за их реакцией и находить такие выражения, которые несут за собой минимальную эмоциональную нагрузку, не ранят пациента.

Главным в правдивом диагнозе является стремление врача поддержать в больном надежду. Для осуществления этой задачи полезна беседа на тему прогноза болезни. Врач обрисовывает перспективу излечения, исходя из результатов научных исследований или основываясь на примерах благополучных исходов такого же заболевания у конкретных, известных больному людей. Диагноз можно сообщить только тогда, когда больной к этому подготовлен, когда существует реальная возможность его исцеления или существенного продления жизни.

Многие онкологи, зарубежные и ряд отечественных, во взаимоотношениях с онкологическими больными придерживаются тактики, ориентированной на правду. Это связано с правовыми аспектами данной проблемы (человек должен быть правильно ориентирован в состоянии своего здоровья и имеет право на самостоятельный выбор метода лечения).

Однако какой бы точки зрения не придерживался врач, главным является его стремление поддерживать в больном надежду на выздоровление, насколько это возможно.

Касаясь с позиций медицинской деонтологии профилактических осмотров населения, диспансеризации и наблюдения за группами лиц повышенного риска с целью раннего выявления опухолей, следует помнить о той психической травме, которую можно вызвать случайно оброненным словом, и соблюдать осторожность в своих высказываниях. Бывает достаточно сложно убедить больного в целесообразности полного клинического обследования в условиях онкологического учреждения, и только бережный подход, внимательное отношение могут снизить чувство страха, уменьшить тревогу, создать благоприятные условия для обследования и последующего лечения.

При направлении больных с подозрением на злокачественную опухоль на консультацию в онкологический диспансер обычно объясняют, что консультация онколога необходима для исключения опухоли. Больных, подлежащих специальной терапии, психологически готовят к мысли о возможности операции или лучевого лечения, не говоря, однако, об этом, как о бесспорном факте, так как из-за распространенности процесса или сопутствующей патологии лечение в специализированном учреждении может быть отвергнуто.

Ряд пациентов отказывается от лечения, что может быть связано со страхом перед предстоящей операцией, неверием в возможность излечения, представлением о возможности излечиться травами или «домашними» средствами. Если пожилой больной опасается за исход операции из-за сопутствующей патологии, перенесенных заболеваний или прежнего негативного опыта хирургических вмешательств, ему разъясняют, что перед

решением вопроса об операции будет проведено соответствующее обследование, лечение; лицам с повышенной возбудимостью целесообразно назначение бромидов, антидепрессантов, транквилизаторов.

Пациентов молодого возраста пугает калечащий характер операции (наложение противоестественного заднего прохода, удаление органа). В таких случаях врач, не раскрывая истинного характера заболевания, убеждает больного в отсутствии других возможностей излечения, в необходимости оперативного вмешательства, а также информирует о возможности выполнения реконструктивно-восстановительной операции, протезирования.

Ряд больных, узнавших или предполагающих наличие у себя злокачественной опухоли, отказываются от лечения, считая заболевание неизлечимым. В беседе пациенту объясняют, что окончательный диагноз будет установлен только после исследования препарата под микроскопом и если действительно будет обнаружен рак, то, безусловно, в ранней стадии, когда возможно полное излечение, а отказ от лечения приведет к потере времени и распространению процесса, возможность излечения в таком случае станет сомнительной.

Отказ от терапии может быть связан и с хорошим самочувствием больного, когда опухоль выявлена случайно на фоне полного здоровья. Это обусловлено тем, что злокачественные новообразования зачастую, особенно на ранних стадиях, протекают малосимптомно или бессимптомно, не страдает общее самочувствие, и порой больные неадекватно оценивают свое состояние. В такой ситуации пациент надеется на ошибку в диагнозе и не верит в необходимость лечения (реакция отрицания). Таким больным разъясняют серьезность положения, говоря об опухоли в виде предположения, и только в крайней ситуации о наличии опухоли, выявленной в ранней, излечимой стадии.

Отказ больного от лечения рассматривается как один из показателей организации работы лечебного учреждения.

У больных, излеченных от рака, нередко наблюдается повышенная мнительность, чувство тревоги, подавленности; всякое нарушение самочувствия трактуется ими как рецидив заболевания. Врач обязан внимательно отнестись к предъявляемым жалобам, произвести тщательный осмотр, при необходимости использовать инструментальные методы исследования, чтобы не пропустить рецидив заболевания или появление метастазов и успокоить больного. Большую помощь в этом отношении оказывает благоприятная обстановка в семье. Врач должен объяснить родственникам пациента, что следует избегать как чрезмерной опеки, так и упреков в мнительности. Положительное влияние оказывает разрешение

больному выполнять определенные виды работ, это убеждает его в реальности выздоровления.

Инкурабельных онкологических больных не существует. Больные с запущенными формами злокачественных опухолей подлежат симптоматическому или паллиативному лечению, осуществляемому врачами по месту жительства больного при согласовании с онкологами. Тяжело больных, заведомо не подлежащих специальному противоопухолевому лечению, на консультацию не направляют. Пациент воспринимает необходимость такой консультации как подтверждение диагноза злокачественной опухоли, а невозможность лечения в специализированном учреждении - как признак неизлечимости заболевания.

Если запущенность процесса установлена после обследования и пробного лечения в стационаре, то пациенту сообщают о наличии какого-либо неонкологического заболевания, которое либо излечено, либо подлежит дальнейшему лечению по месту жительства.

В случае выявления рецидива или метастаза после проведенного радикального лечения, деонтологически оправданный вариант объяснений выбирает наблюдавший больного онколог. Участковый врач и районный онколог должны знать, на какую версию ориентирован больной, и придерживаться её.

4. Работа с родственниками:

Взаимоотношения врача с родственниками и сослуживцами больного - предмет особого обсуждения. Здесь играют роль как психологические аспекты, так и имущественные, материальные и ряд других факторов, которые порой невозможно взвесить за один раз. При этом интересы больного выступают на первый план. Как бы не был занят лечащий врач, он должен найти время, чтобы побеседовать с родственниками пациента, особенно с далеко зашедшим процессом. Вопрос стоит о жизни близкого человека, для них это серьезная психическая травма. Возможно проявление тревоги, излишней заботы о больном, реже - неадекватная реакция, некоторая отчужденность, несдержанность. Ближайшие родственники должны быть правильно информированы об истинном диагнозе и версии, которой следует придерживаться в разговоре с больным, а также о риске оперативных вмешательств и прогнозе.

Однако встречаются исключения из этого правила, особенно при разговоре с мужем или женой, а иногда и с детьми пациентов. Например, ряд женщин, соглашаясь на овариэктомию, не хотят, чтобы муж был информирован о деталях операции. Такое вмешательство рассматривается как врачебная тайна. В ряде случаев больные просят не говорить о тяжести своего состояния родственникам, стараясь уберечь от переживаний престарелых или

больных членов семьи. Таким образом, этот вопрос решается только после тщательного анализа взаимоотношений больного с окружающими его людьми.

В случае если у больного впервые выявлена злокачественная опухоль, близкие должны помочь убедить его в необходимости лечения. Обращается внимание родственников на создание доброжелательного щадящего микроклимата в семье, в том числе и на отдаленных сроках после радикальных операций, подчеркивая, что стрессовые ситуации, переживания, тяжелые психические травмы, даже на отдаленных сроках после лечения, могут способствовать появлению отдалённых метастазов или возникновению опухолей других локализаций. Задачей родственников является внушение больному, излеченному от рака или страдающему запущенными формами злокачественной опухоли, надежды на благоприятный исход болезни, сохранение его психологической уравновешенности.

Родственники часто задают вопросы о возможной продолжительности жизни больного, особенно при наличии отдаленных метастазов. Конкретные сроки указывать нежелательно. Точный ответ в такой ситуации тяжело воспринимается родными, а естественная ошибка в ту или иную сторону роняет авторитет врача. Врач должен быть готов ответить и на вопросы об объеме операции, возможной заразности онкологического заболевания.

За исключением родственников и наиболее близких больному людей врач не имеет права разглашать сведения об онкологическом больном. Оповещение знакомых и сослуживцев пациента обо всем, что его касается, нарушает закон о врачебной тайне. Следует быть осторожным в отношении телефонных разговоров с родственниками, так как врачу неизвестно, кто находится на другом конце провода. В таких случаях предлагают личную встречу.

5. Что такое канцерофобия:

Внимания онкологов требуют также больные канцерофобией. Канцерофобия – навязчивое состояние, выражающееся в необоснованном убеждении в наличии злокачественной опухоли. Встречается у лиц, родственники или знакомые которых страдали злокачественными новообразованиями, а также при наличии у больного патологических ощущений или объективных симптомов, сходных с признаками злокачественных новообразований. Такие пациенты, как правило, подавлены, недоверчивы, утверждение врача об отсутствии рака расценивают как признак недостаточной врачебной компетенции или как результат невнимательного отношения. Диагноз «канцерофобии» может быть выставлен только после всестороннего обследования, так как жалобы больного иногда действительно обусловлены злокачественной опухолью.

Актуальной является проблема ненаучного врачевания в онкологии. Зачастую приходится сталкиваться с различного рода "знахарями", которые обещают онкологическим больным или их родственникам излечение от злокачественных опухолей с помощью трав или других "народных" средств. Большинство таких "врачевателей" – это далекие от медицины люди, наживающие деньги на чужом несчастье и стремящиеся приобрести научное имя. Своими средствами они отвлекают больных от настоящего лечения, а подчас и приносят вред, применяя без оснований токсические вещества (мышьяк, аконит, керосин и т.д.).

В этой ситуации врач-онколог должен занимать принципиальную позицию, так как разрешение данной практики может привести к тому, что к подобным "знахарям" будут обращаться больные, которым можно помочь современными научными методами. Лечащий врач может дать обоснованные рекомендации относительно применения лечебных сборов, что производит позитивный психологический эффект. Этот вопрос особенно актуален в настоящее время, когда неограниченность рекламных компаний привела к использованию препаратов (порой дорогостоящих), не прошедших соответствующие клинические испытания и не разрешенных к медицинскому использованию, что особенно опасно при наличии опухолевого процесса. Неадекватное применение таких средств может способствовать ускорению опухолевого роста и гибели больного.

6. Индивидуальный комплексный подход к пациенту:

Онкология - комплексная специальность, объединяющая усилия хирургов, радиологов, терапевтов, анестезиологов. Их тесное взаимодействие, сотрудничество являются важнейшими условиями успешного лечения онкологического больного. Для создания оптимальной для больного обстановки в работе коллектива должна соблюдаться четкость и слаженность.

Если решено сообщить больному определенные сведения о его состоянии, то все члены коллектива информируются о том, что именно известно больному и в какой форме следует с ним разговаривать. Противоречие в информации, получаемой от разных врачей, несогласованные действия наводят его на мысль о том, что от него скрывают правду. Таким образом, вместо успокоения больной получает психическую травму. Для избегания таких ситуаций все разговоры о больном с ним самим и его близкими родственниками обычно проводит лечащий врач.

Свои особенности имеют клинические обходы в онкологических клиниках. В палате беседуют с каждым больным, касаясь заболевания в тех пределах, которые допустимы в его присутствии, не посвящая пациента в детали лечения, которые он может не понять или понять неверно. Для

каждого больного должны быть найдены слова ободрения для поддержания надежды и хорошего настроения, беседовать необходимо спокойно, с ровным настроением, избегая торопливости, рассеянности, снисходительности или нетерпеливости при выслушивании жалоб. Врачебный обход должен поддерживать в больном уверенность в благополучном исходе заболевания. Детально состояние пациента обсуждается в ординаторской по окончании обхода. Разбор наиболее сложных клинических случаев проводится на консилиумах и конференциях.

Перед операцией больной информируется об её объеме, возможном удалении органа, конечности, наложении противоестественного заднего прохода, эзофагостомы, гастростомы и т.д. В процессе изложения информации о состоянии здоровья не следует приукрашивать возможности лечения и скрывать возможные осложнения терапии. В результате больной дает информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство.

Если операция проводится под местной анестезией, следует помнить, что больной слышит все разговоры, происходящие в ходе операции. Такая ситуация возможна и в том случае, если оперативное вмешательство выполнялось под наркозом (в период пробуждения больной может слышать и помнить разговоры, ведущиеся в операционной или послеоперационной палате).

В послеоперационном периоде врач предупреждает больного о возможных последствиях операции, методах коррекции. При всей тяжести состояния пациента его необходимо поддерживать морально.

Об этом должны помнить и студенты при работе в клинике. Прежде чем ответить больному на вопрос о характере его заболевания, следует уточнить у преподавателя или лечащего врача версию, предложенную больному. Средний и младший медицинский персонал также информируется о том, в каких пределах можно вести разговоры с пациентом о его заболевании.

Онкологические больные часто бывают сложными в постановке диагноза и выборе метода лечения. Ошибки диагностики могут быть связаны с невысокой квалификацией и недостаточным вниманием врача, отсутствием онкологической грамотности, недостаточной оснащенностью лечебного учреждения, а зачастую и действительной сложностью постановки диагноза. При малейшем сомнении в диагнозе прибегают к консультации. Деонтология диктует необходимость анализа и широкого обсуждения в медицинских коллективах ошибок, допущенных при постановке диагноза и лечении больных, так как это способствует избеганию подобного в будущем. Об ошибках, допущенных в других учреждениях, направивших больного в онкологический диспансер, сообщают в эти учреждения.

Выбирая конкретный объем диагностических и терапевтических мероприятий, врач ориентируется на следующий принцип: «Оптимум диагностических процедур и лечебной помощи при максимальном щажении психики больного». Значение современных технических средств (эндоскопия, ультразвуковая диагностика, компьютерная томография и др.) в медицине велико: они позволили значительно сократить сроки обследования и сделать лечение более своевременным. Следует учитывать, что такие обследования вызывают тревогу у пациентов. Эта психологическая подоплека требует от врача такта и индивидуального подхода. Необходимо уметь подготовить больных для исследования, проявляя внимание к их психическому состоянию во время процедуры. В вопросе о том, кто должен сообщать больному результаты аппаратных и лабораторных исследований, предпочтение целесообразно отдавать лечащему врачу, ибо только он, сопоставив клинические данные и результаты специальных методов исследования, может сделать окончательный вывод и информировать больного об отсутствии патологических изменений, о динамике заболевания, о снятии подозрений на рак и т.д.

Как и в любых лечебных учреждениях, в онкологической клинике должен быть создан доброжелательный рабочий психологический климат, являющийся одним из факторов успеха в работе. Это особенно важно при разборе протоколов заупущенности, проведении клинико-анатомических конференций, при консультациях больных, направляемых из других лечебных учреждений. Недопустимо указывать больному на недостатки обследования и лечения на предыдущих этапах, тем самым создавая свой ложный авторитет. Это дополнительно травмирует пациентов, вызывает ненужные переживания, а порой и способствует появлению жалоб. Необходимо исходить из того, что врачи, наблюдавшие больного на предыдущих этапах, допустили неточности в обследовании и лечении незаметно, нецеленаправленно, а в силу других обстоятельств. Ронять авторитет своего коллеги перед больным недостойно ни врача, ни человека. В то же время необходимо в корректной форме указать врачу на недостатки, допущенные в обследовании и лечении пациента. Авторитет, построенный на нарушении этических норм взаимоотношений с коллегами в своем же коллективе, временный, это рано или поздно становится достоянием других врачей, что создает нездоровую обстановку. Говоря словами знаменитого арабского врача Исаака Эль Израили: "Никогда не отзывайся дурно о других врачах, ибо каждый имеет свой счастливый и несчастливый час. Пусть прославляют тебя дела твои, а не язык!".

В современных лечебных учреждениях, в том числе и онкологических, широко проводится научно-исследовательская работа. Активное участие в ней принимают практические врачи, студенты, что способствует росту их профессионального мастерства, совершенствованию знаний; ведение научного поиска помогает анализировать причины заболеваемости и

смертности, вносить конструктивные предложения по вопросам диагностики, лечения и профилактики злокачественных новообразований. Проведение научно-исследовательской работы организуется таким образом, чтобы не ухудшать качество лечебно-диагностического процесса, не нарушать режим больного.

7. Заключение:

Работа онколога всегда сопряжена с переживаниями больного. Честно пройденный рядом с пациентом путь познания не только медицинской стороны болезни дает врачу большой опыт душевной работы. Но так же важно для врача обладать умением справляться с собственным стрессом, возникающим в процессе лечения больного, с тем чтобы избежать "синдрома сгорания" и более эффективно реализовать себя в работе.

Соблюдение правил деонтологии в значительной степени зависит не только от профессиональной подготовки врача, но и от его воспитания, степени культуры, образованности, деликатности и внимания к человеку. Полная самоотдача, оптимизм, вера в огромные возможности человеческого организма позволяют онкологу не пасовать перед трудностями и добиваться желаемого результата. Эти качества любой медицинский работник должен развивать и совершенствовать всю жизнь, помня, что вершиной деонтологии врача-онколога является доверие к нему пациентов.

8. Список литературы:

1. Психопатологические реакции онкологических больных/ Марилова Т. Ю., Андрианов О. В., Марилов Т. В., 2017г. (cyberleninka.ru)
2. «Курс лекций по паллиативной помощи онкологическим больным». Т.1. Под ред. проф. Г.А. Новикова, акад. РАМН В.И. Чиссова, проф. О.П. Модникова. – М.-2004.
3. Актуальные вопросы деонтологии в онкохирургической практике/Авторы:Ахметзянов Ф.Ш.,(2018г.) (<https://kazanmedjournal.ru/kazanmedj/article/view/1537?>)
4. Давыдов, М. И. Онкология : учебник / Давыдов М. И. , Ганцев Ш. Х. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-2719-4. - электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448687.html>
5. Онкология: учебник / В. Г. Черенков. - 4-е изд., испр. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020 , [4547.pdf \(kingmed.info\)](#)