

Е.В.Демин, В.А.Чулкова

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ РАННЕГО ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА

ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России,
Санкт-Петербург

*ЗДОРОВЬЕ –
это состояние полного физического,
душевного и социального благополучия,
а не только отсутствия болезни или немощи.
(Преамбула к Конституции ВОЗ)*

Высокие показатели смертности от рака в мире и в нашей стране [7], а также мало ощущаемая эффективность колоссальных затрат на испытание новых противоопухолевых средств заставляют обратиться к мысли: что же мы делаем для того, чтобы достигнуть изменения такой ситуации. И если, по понятным причинам, мы не в состоянии воздействовать на снижение заболеваемости при большинстве локализаций опухоли, то наши усилия должны быть направлены на снижение смертности от злокачественных новообразований. Новые лекарства и их комбинации с другими методами лечения не могут вылечить больного раком, так как чаще они используются при запущенных стадиях, и больные, которые достигли длительной ремиссии, могут считаться счастливыми, которым просто повезло, вопреки здравому смыслу. Иными словами, если мы не осилим проблему раннего распознавания рака, мы будем пытаться лечить продвинутое состояние с неизбежно плохим прогнозом, и онкологи будут иметь дело только с печальными последствиями опухолевой болезни, а не с ее начальной манифестацией. Авторам этой статьи как членам локального этического комитета (один из них – председатель ЛЭК) на протяжении нескольких лет приходится с досадой констатировать, что иницируемые протоколы зачастую направлены на больных, которые не имеют шансов на продолжительную жизнь. Как онкологу и онкопсихологу с многолетним стажем, нам понятно, что любое новое средство – это движение вперед, и пока есть такие больные, им, конечно, надо помогать. Но фактически можно достичь длительной ремиссии, только претворяя в практику методы распознавания доклинических или очень ранних форм этого заболевания: только *скрининг*, подкрепляемый просветительской работой с населением

способны вывести онкологию из клинического тупика. Решив эти организационные проблемы, мы сможем увидеть свет в конце пока еще бесконечного туннеля. Тогда можно будет решать вопросы благоприятного прогноза и качества жизни больных, а деньги, затрачиваемые на дорогостоящее лечение, перенаправлять на изучение фундаментальных проблем онкологии.

Почему же рак диагностируется в основном уже после того, как практически невозможно остановить его развитие? Потому, что мы именно «диагностируем» его, то есть *констатируем*, а не «выявляем». Разрешение такой дилеммы является комплексным делом, в котором должны участвовать все стороны как профессионального направления, так и общественность. Среди всего многообразия подходов к инициации скрининга просвещение населения остается ключевым моментом в понимании каждым человеком важности быть ответственным за свое здоровье [9]. И начинать такой образовательный процесс надо с рассказа о преимуществах раннего выявления рака и обязательно о возможности восстановления физической и психосоциальной формы каждого индивидуума [5]. К сожалению, мы утратили способность популяризировать знания о раке и последствиях в случае его запущенности. Кстати, именно Институт онкологии в лице Н.Н.Петрова, А.И.Сереброва, А.И.Ракова и других выдающихся онкологов является родоначальником противораковой пропаганды в нашей стране. Они призывали настороженно относиться к любым неясным симптомам, не вписывающимся в схемы привычных болезненных состояний, и учили видеть в них, прежде всего, проявления рака. Они считали, что лучше опухоль не будет обнаружена, нежели пропущена. Сейчас доступные всем средства массовой информации не используются в не-

обходимом объеме. Если уж проблема злокачественных опухолей приобрела такой масштаб, то, вероятно, на государственном уровне надо обязать компании, тратящие огромные деньги на навязчивую рекламу, выделять какую-то часть из них на финансирование и создание подобных просветительских материалов. Нашим ученым-онкологам приходится буквально «пробивать» воплощение тех или иных идей, которые в других странах давно носят рутинный характер. Например, некоторое время назад в нашем Институте под редакцией чл.-корр. РАМН, проф. В.Ф.Семиглазова был осуществлен перевод на русский язык книги Международного агентства по изучению рака (IARC), посвященной деталям организации и проведения скрининга рака молочной железы [10]. Перевод получил одобрение Агентства, которое рекомендовало данное скрупулезно составленное руководство к применению в России. Печально, но даже в Северо-Западном регионе страны не удается масштабно осуществить хотя бы часть полезных рекомендаций, содержащихся в этом издании. Понятно, что это связано со значительными финансовыми затратами. Однако расходы на такое выявление рака, кажущиеся поначалу большими, окажутся несравненно ниже тех денежных ресурсов, которые расходуются на очень дорогие препараты для безнадежных больных. Систематический скрининг дает перспективу спасения многих жизней и снижения уровня отрицательных побочных эффектов от лечения при обнаружении опухоли на ранних стадиях, в тот момент, когда терапия носит менее агрессивный характер. Наиболее серьезным источником наших неудач является человек, который позволяет опухолевой болезни стать бесконтрольной в своем развитии сверх наших возможностей воздействовать на нее.

Однако в запущенности рака не может быть «обвинен» только заболевший человек: виновны мы все, так как до сих пор не уделяем достаточного внимания обучению людей *быть ответственными за свое собственное здоровье*. В таком случае, надо систематически учить людей тому, что любой человек, имея дело с неприятными нарушениями в своем организме, или специалист, консультирующий такого человека, прежде всего не исключают наличия опухоли, что позволяет выявить если не раннюю, то хотя бы не запущенную ее форму. Американским противораковым обществом сформулировано семь сигналов опасности, мотивирующих обратить внимание на наличие рака: *необычное кровотечение и/или какие-либо выделения; уплотнение и/или утолщение в молочной железе или где угодно на теле; любая длительно незаживающая язва; нарушения в опорожнении*

кишечника и/или мочевого пузыря; охриплость голоса и/или длительный кашель; расстройства пищеварения и/или трудности при глотании; любые изменения в бородавке или родинке. При обнаружении хотя бы одного из этих признаков рекомендовано обращаться к врачу в течение первых двух недель.

Одним из серьезных факторов, заставляющих людей откладывать визит к врачу из-за каких-либо недомоганий, является страх получить плохие новости («у вас опухоль»), а также неверие в возможность восстановления после лечения и обеспечения качества жизни. Значительная часть людей, в том числе и профессионалов, видят законченность лечения по поводу рака в рамках исключительно медицинской помощи. Реабилитация, рассматриваемая с позиций системного подхода, направлена на достижение конечной цели — восстановление статуса личности, причем метод подхода характеризуется принципиальными положениями: партнерством, разноплановостью усилий, ступенчатостью. Она включает совокупность нескольких компонентов: избавление от физических страданий или снижение их выраженности, восстановление различных функций организма и внешнего вида, сбалансированное психоэмоциональное состояние, объем социальных контактов, возможность возобновления профессиональной деятельности. Авторы этой статьи были первыми в реальном осуществлении, в тогда еще Ленинграде, реабилитации больных раком молочной железы, перенесших мастэктомию. Восстановительное лечение (физическое и психоэмоциональное) в условиях районных поликлиник общей лечебной сети прошли более 200 больных раком молочной железы [2-4]. Проводя это научно-практическое исследование, мы оказались свидетелями почти полной неосведомленности больных в эффективности продолжения их вовлечения в процесс улучшения качества жизни.

До сих пор имеется глубокая пропасть между намерениями продвинуть решение проблем рака вперед и имеющимися подходами. Существующий нигилизм населения по отношению к раннему выявлению рака проистекает из того, что информация о раке, чаще всего исходящая из средств массовой информации, носит негативный и не побуждающий к конструктивным действиям характер. Чтобы понять, почему люди так боятся именно рака, стоит вернуться в далекое прошлое. 2500 лет до н.э. на папирусах Древнего Египта, расшифрованных в прошлом веке, было оставлено описание болезни, которую впоследствии ученые-медики определили как онкологическое заболевание. В те годы оно считалось неизлечимым, и в кодексе Хаммурапи, Вавилонского царя, (примерно 1950 лет

до н.э.) даже предусматривалось наказание для врачей, бравшихся за неизлечимых больных [6]. Это считалось врачебной ошибкой, приводящей к потере авторитета медицины. Иначе говоря, отношение к раку как неизлечимому заболеванию сформировалось давно. И жуткий страх перед раком остался и закрепился в бессознательном человека. Излечивать злокачественные опухоли стали только в середине прошлого века, когда методы диагностики стали более точными и в лечении начали применяться современные технологии. Вот тогда и встал вопрос о качестве жизни больных.

К сожалению, большинство методов лечения рака фокусируется на само заболевание, нежели на страдающего им пациента и его субъективные ощущения, которые составляют общее понятие «качество жизни» (КЖ). Когда же оценка КЖ рассматривается как интегральная часть общего воздействия на рак, и онкологи принимают это соображение с пониманием, удовлетворение испытывают все, включая больных и их близких родственников. Рак является хроническим заболеванием, и поэтому очень важно сделать больного длительным партнером в лечении, предоставив ему выбор быть осведомленным об этой болезни и снабдив его новейшими и существенными знаниями о той роли, которую он может сыграть в общей команде «борцов» за его жизнь и благополучие. Врачи, медицинские сестры и другие специалисты, при соответствующем тренинге [11], могут овладеть диапазоном индивидуального мастерства, который может быть применен для достижения того уровня КЖ, которое приемлемо для конкретного человека. Поэтому реабилитационные мероприятия следует начинать на ранних стадиях лечения больного. Следует формировать предварительные программы реабилитации, чтобы уже на начальных этапах минимизировать побочное действие планируемой терапии рака. Необходимо обратить внимание также и на то, что онкологическое заболевание, с точки зрения клинической психологии, относится к экстремальным и кризисным ситуациям, так как имеет свойственные данным ситуациям признаки: внезапность возникновения при наличии витальной угрозы, отсутствие контроля над ситуацией, стадийность протекания реакций на заболевание, неопределенность будущего, разрушение картины мира.

Признаки, отличающие эти ситуации от других трудных жизненных ситуаций, создают совершенно особые переживания онкологического больного, которые являются мучительными и предельными по своей интенсивности и несут в себе угрозу психической травмы, следствием которой могут быть различные формы дезадаптации [1, 8]. Указанное обстоятельство следует

учитывать при составлении реабилитационных программ для онкологических больных. Многофакторные причины наносимого ущерба качеству жизни, вызываемого вариативностью методов лечения, требуют постоянной оценки эффективности восстановительных мероприятий, что создает уникальную возможность творчества для реабилитационной команды. Применение объективных, стандартизованных и воспроизводимых методов измерения функциональных нарушений продвинет понимание эффективности реабилитационных воздействий на способности больных раком и качество их жизни.

Реабилитационные вмешательства обеспечивают больному независимость, улучшенную осознанность и понимание ситуации, а также участие в управлении *вредоносным влиянием заболевания и последствий его лечения*, что в свою очередь *ослабляет расстроенные функции, препятствующие выполнению каких-либо действий*. Лечение опухоли необходимо проводить с учетом осложнений, которые влияют на качество жизни больного. Осмысленное признание лечащими врачами вредоносного воздействия их усилий и применение соответствующих *контрмер*, улучшающих КЖ их больного, приведет к улучшению его физического и функционального состояния. Проблема реабилитации онкологического больного представляет собой сложный комплекс организационных мер. *Обязательным является сосредоточение всех усилий, направленных не только на соматическое исцеление, но и на достижение физического и ментального баланса, а также и на преодоление множества препятствий для больного раком сделать свою жизнь более качественной.*

Мы уже отмечали [3], что вовлечение специально отобранных и подготовленных волонтеров в решение проблем раннего выявления рака, повышение знаний населения о нем, а также реабилитации больных имеет значительную эффективность. В 2013 г. исполняется 25 лет с тех пор, как на основе международной программы *Reach to Recovery* мы создали уникальную организацию волонтеров «Надежда», призванную оказывать физическую, психоэмоциональную и социальную поддержку больным раком молочной железы (РМЖ). К концу 80-х годов прошлого века мы открыли для нашей страны новую форму немедицинских отношений в онкологии: нам удалось повернуть благотворительность от ее декларирования к подлинному воплощению. Свою миссию мы считаем выполненной: волонтеры «Надежды» уловили главную цель *Reach to Recovery*, а именно – повышение адекватной осведомленности женщин в проблеме РМЖ. Они делали и делают все возможное, чтобы помочь больным избегать представления о себе,

как о людях *особых и исключительных*, чтобы они не чувствовали себя стигматизированными и изолированными от общества.

Очень важно помогать им *жить достойной жизнью*, чтобы они участвовали во всех мероприятиях, в которых хотели бы участвовать в соответствии со своими силами и духом. Этого можно добиться посредством *регулярного уважительного общения с больными и здоровыми*, давая им поддержку, в которой они нуждаются, чтобы быть позитивно настроенными. В этом основное значение появления здесь *Reach to Recovery*. Волонтеры готовы встречаться с представителями средств массовой информации, понимая, что их работа опосредованно направлена и на помощь здоровым женщинам, так как они объясняют им пользу раннего выявления рака и предостерегают от пренебрежения скринингом или просто регулярным маммографическим обследованием. Более того, волонтеры могли бы издавать небольшие пособия и памятки для женщин, в которых описывали бы свой опыт переживания болезни и восстановления после нее, давали бы полезные рекомендации другим женщинам. Такая форма общения весьма распространена в западных странах, и примером тому может послужить книга, написанная женщиной, много лет назад перенесшей лечение по поводу билатерального РМЖ [13]. В оптимистических красках она рассказывает о своем заболевании, выявленном на ранних сроках благодаря профилактическим мероприятиям, которые она проходила. Автор подчеркивает значимость внимательного отношения к своему организму и советует женщинам не игнорировать такой разумный подход к тому, что может случиться с любой из них. Эта книга была переведена нами на русский язык, но ни одно издательство не проявило к ней интереса, считая, видимо, ее публикацию нерентабельной.

На примере Ленинграда/Санкт-Петербурга уже созданы аналогичные организации не только в России (Калининград, Мурманск, Курск, Ижевск и др.), но и в странах СНГ (Украина, Беларусь и др.). Тем не менее, существует и ряд трудностей, сопровождающих деятельность наших волонтеров: зачастую лица, которые и могли бы быть вовлечены в эту программу, не могут этого делать, потому что сами имеют ряд нерешенных психологических проблем, а некоторые кандидаты, вникнув в существо проблемы, отказываются от своего участия, так как ранее предполагали, что их работа будет как-то оплачиваться. Более того, даже подготовленные волонтеры, с течением времени игнорируют повторные тренинговые занятия с целью регулярного повышения своих знаний и мастерства общения. Вместе с тем, именно обучение во-

лонтеров помогает им осознавать свои психологические потребности, которые реализуются в волонтерской деятельности и наполняют ее смыслом, а также обучение позволяет волонтерам избегать ошибок в общении с пациентами.

Онкологи же в большинстве остаются весьма консервативными в подходе к нелечебным нуждам своих больных и не способствуют встречам волонтеров со своими больными, а нередко и просто препятствуют предложениям самих волонтеров общаться с женщинами, находящимися на лечении. К счастью, такое отношение к волонтерской деятельности является исключением. Дело эффективно продолжается, и здоровые женщины активно откликаются на него. Это еще раз свидетельствует о необходимости просветительской работы с населением, мотивирующий характер которой позволяет усилить значение скрининга в общем комплексе мероприятий по противораковой борьбе. Таким образом, улучшению положения с выявлением ранних форм рака должна способствовать активная общественная поддержка с позиций просвещения населения о раке, объяснения современных возможностей лечения и реабилитации больных. До сих пор люди недостаточно осведомлены о раке и мало (если совсем нет) обучены важным аспектам этого заболевания, как это требуется для того, чтобы мотивировать в них ответственность за свою жизнь [12].

Мы все, специалисты и непрофессионалы, должны действовать вместе таким образом, чтобы стимулировать каждого откликаться на призывы регулярного профилактического обследования или прохождения скрининга, и в случае выявления рака убеждать заболевшего твердо принимать лечебный процесс и иметь веру в восстановление своего здоровья и трудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бочаров В.В., Карпова Э.Б. Психодинамика профессионального взаимодействия при оказании помощи в кризисных и экстремальных ситуациях // Актуальные проблемы клинической психологии и психофизиологии: Ананьевские чтения – Матер.научно-практ. конф. СПб университета. – 2004. – С. 54-59.
2. Демин Е.В., Чулкова В.А. Возможности улучшения качества жизни онкологических больных // Вопр. онкол. – 1992. – Т. 38. – № 1. – С. 84-89.
3. Демин Е.В., Чулкова В.А. "Путь к выздоровлению" – международная программа улучшения качества жизни больных раком молочной железы и опыт ее применения в России // Маммология. – 1995. – № 2. – С. 4-8.
4. Демин Е.В., Чулкова В.А. К 20-летию создания в России первой общественной противораковой организации в рамках международной программы Reach to Recovery // Всеросс. научно-практ. конф. Онкологов /

- Под ред. В.М. Мерабишвили и др., СПб. — 2008. — С. 146-147.
5. Демин Е.В., Гнездилов А.В., Чулкова В.А. Психоонкология: Становление и перспективы развития // Вопр. онкол.- 2011. — Т. 57. — № 1. — С. 86-91.
 6. Дымарский Л.Ю. О некоторых исторических корнях современных деонтологических постулатов в онкологии // Вопр. онкол. — 1986. — Т. 32. — № 12. — С. 67-73.
 7. Мерабишвили В.М. Онкологическая служба Санкт-Петербурга (оперативная отчетность за 2010 год, углубленная разработка базы данных регистра по международным стандартам). Ежегодник Популяционного ракового регистра (№17) / Под ред. Ю.А. Щербука и А.М. Беляева. — СПб. — 2011. — 336 с.
 8. Чулкова В.А., Моисеенко В.М. Психологические проблемы в онкологии // Практ. онкол. — 2009. — Т. 10. — № 3. — С. 151-157.
 9. Demin E., Gamaley A. Communication with cancer patients in Russia: Improving patients' participation and motivation// New challenges in communication with cancer patients/ Ed.: A.Surbone et al. — New York: Springer. — 2013. — P.429-440.
 10. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Forth edition. / Ed. N.Perry et al. — Luxembourg. — 2006. — 416 p.
 11. Gysels M., Richardson A., Higginson I.J. Communication training for health professionals who care for patients with cancer: a systematic review of effectiveness // Supportive Care Cancer J. — 2004. — Vol. 12. — № 10. — P. 692-700.
 12. Mazzotti E., Cappellini G.C.A., Buconovo S. et al. Treatment-related side effects and quality of life in cancer patients // Ibid. — 2012. — Vol. 20. — № 10. — P. 2553-2557.
 13. Moran D. A More Difficult Exercise. London: Bloomsbury, 1989. — 179 p.

Поступила в редакцию 08.04. 2013