

## Аспекты деонтологии в медико-социальной реабилитации больных и инвалидов со злокачественными опухолями гортани

С.Б. Шахсуварян, Б.И. Поляков

ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России;  
Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8, стр. 2

Контакты: Самвел Бугданович Шахсуварян niti13@mail.ru

*Реабилитация больных является одной из основных медико-социальных проблем. Операция, оправдывающая себя с онкологических позиций, крайне неудовлетворительна в социальном аспекте, поскольку лишает больного возможности вести обычный образ жизни. Соблюдение деонтологических принципов, решение проблемы нормального общения с пациентом, нахождение с ним общего языка особенно значимы в повседневной практической работе врача-онколога.*

**Ключевые слова:** гортань, злокачественное новообразование, медико-социальная реабилитация, деонтология

DOI: 10.17650/2222-1468-2015-1-44-48

### Oncological aspects of deontology in medical and social rehabilitation

S.B. Shakhshuvaryan, B.I. Polyakov

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University, Ministry of Health of Russia;  
Bldg. 2, 8 Trubetskay, Moscow, 119991, Russia

*Rehabilitation of the patients is one of the main medical and social problems. The operation happened to be successful from the oncological positions is quite unsatisfactory in a social aspect as it deprives the patient of a possibility to live in an ordinary life style. Keeping to the rules of deontological principles, the solution of a problem of normal communication with the patient, meeting a common language with him are of the most important meaning in everyday practical work of an oncologist.*

**Key words:** larynx, malignant neoplasms, medicosocial rehabilitation, deontology

*Дело врачебного искусства заключается не в том, чтобы делать всякого человека здоровым, но в том, чтобы, насколько возможно, приблизиться к этой цели, потому что, вполне возможно, хорошо лечить и таких людей, которые уже не могут выздороветь.*

*Аристотель*

Реабилитация больных является одной из основных медико-социальных проблем. К этой проблеме привлечено внимание не только врачей, занимающихся лечением той или иной патологии, но и специалистов, работающих в смежных областях, таких как психология, психиатрия, ортопедия, логопедия, социология и др. Отсутствие должной преемственности в лечении больного на всех этапах заболевания послужило толчком для создания групп или служб реабилитации в различных областях медицины. Не всегда можно провести четкую грань между лечением и реабилитацией, это единый логический процесс, дающий возможность восстановить индивидуальное и общественное положение больного [10]. Однако какая бы формулировка не рассматривалась, следует учитывать,

что стратегической задачей реабилитации должна быть социальная интеграция так называемого реабилитанта и обеспечение ему приемлемого качества жизни. Не зря Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) указывает, что «важнейшей целью реабилитации является улучшение качества жизни пациентов», то есть создание таких условий их жизни, которые вызывают удовлетворение как самих больных и инвалидов, так и их социального окружения. Лозунг ВОЗ — «пытаться прибавить не только годы к жизни, но и жизнь к годам» — как нельзя лучше характеризует роль реабилитации в повышении качества жизни человека [11].

Издревле люди стремились сделать свою жизнь как можно лучше. В конце прошлого века медицина, как одна из важнейших для жизни человека отрасль

знаний, пришла к решению конкретизировать понятие качества жизни человека в том его понимании, когда человек становится объектом ее непосредственного внимания.

Изучение качества жизни является сравнительно новой областью клинических исследований. Однако оно привлекает к себе все большее внимание и в некоторых случаях (чаще при изучении онкологических заболеваний) может служить основным критерием клинической эффективности. Как полагает В.П. Комарова (2001), качество жизни — один из ключевых параметров при изучении конечных результатов лечения [5].

По образному выражению выдающегося узбекского писателя Агахи, качество жизни определяется степенью запроса и комфортабельностью удовлетворения человеческих потребностей. Желания людские и стремления растут по мере их осуществления [8].

Чем тяжелее заболевание — тем хуже качество жизни больного, однако именно то качество, которое определяет состояние его здоровья, и выводы об этом не требуют особых доказательств. Тем не менее проблема качества жизни человека как совокупная категория имеет огромное социальное значение, поэтому даже на первый взгляд так называемые аксиоматичные положения, не требующие доказательств, при комплексном исследовании проблемы качества жизни человека могут иметь существенное значение [1].

Нам представляется вполне обоснованным выдвигаемый авторами тезис о том, что, исследуя влияние того или иного заболевания на качество жизни человека, не обойтись без учета целого ряда значимых факторов, которые могут быть причиной данного заболевания. И в первую очередь внимание должно быть уделено социально-бытовым условиям. Только в этом случае исследование обретет полноту охвата проблемы, и выводы из него будут закономерными и причинно обусловленными.

Исключительно важную роль играет оценка качества жизни у онкологических больных, особенно у больных вследствие злокачественных новообразований гортани и гортаноглотки.

Если обратиться к медицинской статистике в 2013 г., в России было выявлено 535 887 новых случаев злокачественных новообразований (54,2 % у женщин, 45,8 % у мужчин) что на 15,0 % больше по сравнению с 2003 г. (455 375). Выявляемость больных с впервые в жизни установленным диагнозом злокачественного новообразования по стадиям опухолевого процесса соответствовала: I стадия — 25,6 %; II — 25,2 %; III — 21,5 %; IV — 21,1 % (в 2003 г. — 23,6 %).

Заболеваемость раком гортани в 2003 г. составила (грубые показатели на 100 тыс.) 4,89; в 2013 г. снизилась до 4,62; среднегодовой темп прироста составил 0,21 (различие статистически незначимо). У мужчин

в 2013 г. этот показатель составил на 100 тыс. 9,34; у женщин был равен 0,54 [4].

Как полагает А.А. Домашенко с соавт. (2013), в научном плане наиболее изучены вопросы патогенеза, диагностики и лечения больных с онкопатологией. Наименее исследованы закономерности формирования и структура инвалидности вследствие злокачественных новообразований, состояние реабилитации, качество жизни данного контингента лиц [3].

Необходимо учитывать, что результаты комплексного и комбинированного лечения онкологического заболевания, возможности дальнейшей реабилитации во многом зависят от стадии заболевания, степени злокачественности новообразования, поражения регионарных лимфатических узлов, гистологического строения опухоли, возраста и сопутствующей патологии больного, радикальности хирургического вмешательства, а также от послеоперационных осложнений, патологических последствий лучевой, полихимио-гормональной терапии и восстановления целостности психологического статуса.

Операция, оправдывающая себя с онкологических позиций, крайне неудовлетворительна в социальном аспекте, поскольку лишает больного возможности вести обычный образ жизни.

Реабилитация больных злокачественными опухолями гортани представляет одну из сложнейших проблем современной онкологии. Это обусловлено анатомо-топографическими особенностями гортани, объемом хирургических вмешательств, после проведения которых нередко образуются обширные дефекты глотки и шейного отдела пищевода. Пластическое восстановление глоточно-пищеводного пути после ларингэктомии по поводу рака является жизненно важной операцией, так как фарингоэзофагостома нередко причиняет больным значительно больше страданий, чем сама опухоль. Последнее приводит больных к полной инвалидизации. Данной категории больных приходится носить защитные повязки, нарушается функция жевания, глотания, речи. Вследствие раздражающего действия слюны кожа на шее подвергается мацерации и воспалению. Часто слюна инфицирует нижележащие отделы дыхательных путей.

В клинической картине у этих больных преобладают психические нарушения; у большинства из них в той или иной степени выражено депрессивное состояние, на фоне которого отмечается плаксивость, раздражительность, повышенная утомляемость, нарушение сна, все жизненные интересы этих больных замыкаются на круге собственных переживаний. Многие пациенты испытывают страх, одиночество и совершенно растеряны как до, так и после операции, и это не просто естественная нервозность, которая сопровождает любую серьезную операцию. Причинами подобного состояния могут быть различные факто-

ры, прежде всего недостаточное понимание и восприятие создавшейся ситуации со стороны окружающих, физическая изоляция от общества, тревога оказаться не в состоянии когда-либо вернуться к любимой работе. Длительное зондовое питание отрицательно сказывается на психике больных, что вызывает, в свою очередь, нарушение белкового баланса. Поэтому оценивать эффективность проводимого лечения только по критериям выживаемости и безрецидивного течения заболевания, без учета качества жизни онкологического больного, представляется ошибочным. Данному вопросу в онкологии не уделяется должного внимания, поэтому совершенно ясно, что больной, обреченный на тяжелые физические и психические страдания в течение длительного периода времени, нередко отказывается от предложенной операции, а при согласии на ее проведение желает избавиться от ее последствий в кратчайший срок. Устранение этих дефектов при излеченном опухолевом процессе является одной из важных и сложных задач на этапе медицинской реабилитации.

Если учесть то положение, что при раке гортани и гортаноглотки разработаны методики прогнозирования и индивидуального моделирования лечения, которые с высокой степенью вероятности позволяют прогнозировать исход заболевания, то целесообразность использования ранее существующих и разработка новых пластических реконструктивных операций для таких больных представляется чрезвычайно важной [2].

Вопросы медико-социальной реабилитации онкологического больного настолько многообразны, что ответы на них не могут быть полностью исчерпывающими. К сожалению, зачастую неблагоприятный прогноз у ряда онкологических больных, сложность и малоизученность их медицинской и социально-трудовой реабилитации не позволяют сделать эту проблему быстроразрешимой. Онкология ярко проявляет этические взаимосвязи, порою невидимые в смежных областях медицины. И с этой точки зрения рассмотрение вопросов деонтологии в медико-социальной реабилитации представляется весьма своевременным и имеет важное практическое значение. В настоящее время уже является аксиомой тот факт, что медицинская помощь не может быть полноценной, если даже самый высокопрофессиональный врач не соблюдает принципов медицинской этики (от греч. *ethos* — нрав, обычай), которая охватывает широкий круг вопросов. Общение врачей с больными злокачественными опухолями, и в особенности с больными раком гортани, ставит перед ними много вопросов, имеющих непосредственное отношение к деонтологии. Эти вопросы связаны прежде всего с тяжестью злокачественных заболеваний, часто с неблагоприятным онкологическим прогнозом и бытующим, к сожалению, среди

населения страхом заболеть злокачественным заболеванием.

К сожалению, установленный объем данной публикации не позволяет нам представить всю многогранность концепции проблемы реабилитации больных злокачественными опухолями гортани, поэтому мы остановимся лишь на ее ключевых положениях, относящихся в основном к восстановлению голосовой функции.

Одной из трудных задач в реабилитации больных раком гортани после ее удаления является восстановление голосовой функции. Ларингэктомия, оправдывающая себя с онкологических позиций, крайне неудовлетворительна в социальном аспекте, поскольку лишает больного возможности вести обычный образ жизни. Восстановление голосовой функции осуществляется с помощью обучения пищеводному голосу, путем эндопротезирования и использования голосовых аппаратов. Обучение пищеводному голосу (синонимы: безгортанный голос, или голос эруктации — отрывгивания). Данная методика впервые была описана Th. Gluk в 1882 г. и была основана на заглатывании воздуха в пищевод, желудок и постепенным его отрывгиванием с произнесением согласных «п», «т», «к».

Существенным недостатком безгортанного голоса является его отличие от естественного у большинства ларингэктомизированных больных. Кроме того, чтобы овладеть пищеводной речью, требуется не менее 4—16 мес. Псевдоголосовую функцию не надо рассматривать как явление, зависящее от механического фактора, такого как глотание воздуха, отрывгивание и т.д. Возникновение псевдоголоса — сложный процесс, в котором важную роль играет раздражение коры головного мозга, взаимодействие слухового и речедвигательного анализаторов, выработка новых ассоциационных путей, действие психорефлекторных механизмов [12]. Противопоказаниями к обучению пищеводным голосом являются местные осложнения в области трахеостомы, а также сопутствующая патология (гипертоническая болезнь, перенесенный инфаркт миокарда и др.).

Значительное место в реабилитации голосовой функции у больных с местно-распространенными формами рака гортани занимают хирургические методы, которые основываются на принципе шунтирования — создания соустья между трахеей и глоткой и трахеей и пищеводом [7].

В последние годы с развитием современной медицины и промышленности появился относительно новый метод восстановления голосовой функции после полного удаления гортани — трахеопищеводное шунтирование с помощью голосовых протезов. Трахеопищеводное шунтирование представляет собой модифицированную хирургическую методику создания соустья между трахеей и пищеводом с использованием специ-

ального силиконового клапана — голосового протеза Provox или SingerBlom. Клапан пропускает воздух в сторону пищевода, но не пропускает содержимое пищевода в трахею. Больной, закрыв трахеостому, может перенаправить поток воздуха из легких в пищевод. Стенки пищевода при этом вибрируют — создается громкий ровный и управляемый голос. Для получения звучного голоса больной должен слегка прикрыть трахеостому. Противопоказанием для выполнения трахеопищеводного шунтирования с использованием протезов являются местные осложнения в области трахеостомы, сопутствующие заболевания (хронические воспалительные заболевания легких и т.д.). Метод трахеопищеводного шунтирования с протезированием позволяет восстановить голос хорошего качества у 96,5 % больных после ларингэктомии. Простота,

эффективность и надежность этой методики делают ее на сегодняшний день методом выбора [6].

Таким образом, представленные данные указывают на несомненную актуальность вопроса медицинской реабилитации и качества жизни больных и инвалидов вследствие злокачественных новообразований гортани. Как полагает А.И. Пачес (1983), каждый врач, установивший диагноз опухоли в области головы и шеи и взявшийся лечить больного, должен помнить о большой ответственности, которую он взял на себя, ибо только знания клинического течения многочисленных опухолей головы и шеи, особенностей их диагностики, специфики терапии могут обеспечить удовлетворительные и часто хорошие отдаленные результаты [9]. Нам представляется, что это мнение справедливо.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Бабияк В.И., Митрофанов В.В. Некоторые психолого-философские аспекты проблемы «качество жизни человека». Материалы Всероссийской конференции «Проблема реабилитации в оториноларингологии». Самара, 2003. С. 36–38. [Babiyak V.I., Mitrofanov V.V. Certain psychological and philosophical aspects of the "Human life standard" problem. Materials of the All-Russian Conference "Rehabilitation Problem in Otorhinolaryngology". Samara, 2003. Pp. 36–38 (In Russ.)].
2. Бойков В.П. Рак гортани (клинико-морфологические особенности, эффективность лечения и индивидуальный прогноз). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 1989. 32 с. [Boykov V.P. Laryngeal cancer (clinical and morphological peculiarities, effectiveness of treatment, and individual prognosis). Author's abstract of thesis ... of MD. Moscow, 1989. 32 p. (In Russ.)].
3. Домашенко А.А., Чикинова Л.Н. Инвалидность вследствие злокачественных новообразований и пути совершенствования системы медико-социальной реабилитации на региональном уровне. Ростов-на-Дону, 2013. С. 78–80. [Domashenko A.A., Chikinova L.N. Disability caused with malignant neoplasms and ways to perfect the system of social and medical rehabilitation on the regional level. Rostov-on-Don, 2013. Pp. 78–80 (In Russ.)].
4. Каприн А.Д., Старинский В.В., Петрова Г.В. Злокачественные новообразования в России в 2013 году (заболеваемость и смертность). М., ФГБУ «МНИОИ им. П.А.Герцена» МЗ РФ. 250 с. [Kaprin A.D., Starinskiy V.V., Petrova G.V. Malignant neoplasms in Russia in 2013 (morbidity and mortality rate). Moscow, Federal State Budgetary Institution "Moscow Scientific and Research Oncological Institute named after P.A. Herzen", Ministry of Health of the Russian Federation, 250 p. (In Russ.)].
5. Комарова В.П. Качество жизни как один из критериев оценки эффективности лечения. Материалы V Российской онкологической конференции. М., 2001. С. 114. [Komarova V.P. Life standard as one of the criteria of assessment of treatment effectiveness. Materials of the V Russian Oncological Conference. Moscow, 2001. P. 114 (In Russ.)].
6. Новожилова Е.Н. Восстановление голосовой и дыхательной функций у больных после ларингэктомии и ларингофарингэктомии по поводу рака. Дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. С. 65–66. [Novozhilova E.N. Recovery of the voice and respiratory function of patients after laryngectomy and laryngopharyngectomy for cancer. Thesis ... of MD. Moscow, 2009. Pp. 65–66 (In Russ.)].
7. Ольшанский В.О., Кожанов Л.Т. Эндопротезирование в хирургии рака гортани. Российский онкологический журнал 1997;3:17–21. [Olshanskiy V.O., Kozhanov L.T. Endoprosthesis replacement in surgery for laryngeal cancer. Russkiy onkologicheskii zhurnal = Russian Journal of Oncology 1997;3:17–21 (In Russ.)].
8. Орехова Л.Ю., Левин М.Я., Плужникова М.М. Воспалительные заболевания пародонта и качество жизни. СПб., 2004. 158 с. [Orehova L.Yu., Levin M.Ya., Pluzhnikova M.M. Inflammatory periodontal diseases and life standard. St. Petersburg, 2004. 158 p. (In Russ.)].
9. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. С. 24–26. [Paches A.I. Tumors of the head and the neck. Moscow: Medicine, 1983. Pp. 24–26 (In Russ.)].
10. Скляренко Р.Т. Медико-социальная экспертиза при новообразованиях. СПб., 2009. С. 45–47. [Sklyarenko R.T. Medical and social expertise for neoplasms. St. Petersburg, 2009. Pp. 45–47 (In Russ.)].
11. Смычек В.Б. Реабилитация больных и инвалидов. М., 2009. С. 59–61. [Smychek V.B. Rehabilitation of patients and the disabled. Moscow, 2009. Pp. 59–61 (In Russ.)].
12. Чойзонов Е.Л., Мухамедов М.Р., Балацкая Л.Н. Рак гортани. Современные аспекты лечения и реабилитации. Томск, 2006. С. 277. [Choizonov E.L., Mukhamedov M.R., Balatskaya L.N. Laryngeal cancer. Modern aspects of treatment and rehabilitation. Tomsk, 2006. P. 277 (In Russ.)].