

УДК 616.5-006-08

**ВЫБОР СПОСОБА ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ: ПОЗИЦИЯ ПАЦИЕНТА****С. А. Иванов, Н. М. Тризна, Д. В. Угольник****Гомельский государственный медицинский университет**

В статье приводятся результаты опроса 71 пациента с первичным раком кожи лица I стадии ( $T_1N_0M_0$ ), которым предложено выбрать оптимальный с их точки зрения способ лечения. По мнению больных, существенными являются следующие параметры лечебного процесса: противоопухолевая эффективность, длительность лечения, организация лечения, эстетический результат, болевые ощущения. 67,6 % интервьюированных склонны довериться выбору врача при наличии альтернативных способов лечения.

Ключевые слова: рак кожи, способ лечения, позиция пациента.

**CHOICE OF THE WAY OF TREATMENT OF THE CANCER OF THE SKIN:  
THE POSITION OF THE PATIENT****S. A. Ivanov, N. M. Trizna, D. V. Ugolnik****Gomel State Medical University**

In article results of interrogation 71 patients with a primary cancer of a face skin ( $T_1N_0M_0$ ) it is offered to them to choose optimum from their point of view a way of treatment are published. According to patients, following parameters of medical process are important: antineoplastic efficiency, duration of treatment, the treatment organisation, aesthetic result, painful sensations. 67,6 % interviewed are inclined to trust in a choice of the doctor in the presence of alternative ways of treatment.

Key words: cancer of the skin, treatment, position of the patient.

Рак кожи — одно из наиболее частых онкологических заболеваний [1–4, 6]. Заболеваемость в Беларуси составляет 32,3 случаев на 100 тыс. населения в год (2005 г.) и постоянно возрастает [1, 5]. Для лечения рака кожи применяются хирургический и лучевой методы [1–4, 6]. Выбор способа лечения зависит от ожидаемого противоопухолевого и эстетического эффекта. Оба метода позволяют достичь сопоставимых результатов при I–II стадии: в 92–100 % излечение при иссечении опухоли кожи, при лучевой терапии (близкофокусная рентгенотерапия) — 80–100 % [2, 3, 4, 6]. Сравнительная оценка эстетического эффекта этих способов неоднозначна [2, 3, 6].

Согласно Закону Республики Беларусь «О здравоохранении», врач обязан ознакомить пациента с диагнозом, способах лечения и их возможных последствиях. Окончательное решение о выборе метода терапии при наличии альтернатив принимает пациент, а врач формирует его представление об имеющихся вариантах. В этой ситуации представитель медицины играет роль своего рода «менеджера», поэтому подача информации врачом определяет установку пациента на положительный исход лечения, готовность к сотрудничеству с медицинскими работниками.

**Цель исследования**

Изучить представления пациентов об оптимальном способе лечения рака кожи и выяснить, какие параметры лечебного процесса наиболее актуальны для пациентов и влияют на их выбор метода.

**Материал и метод**

Исследование проведено на базе поликлинического отделения Гомельского областного

клинического онкологического диспансера. В основу положены данные опроса 71 пациента с первичным раком кожи лица I стадии ( $T_1N_0M_0$ ). Среди них мужчин было 31, женщин — 40, средний возраст —  $63,4 \pm 4,2$  года. Диагноз злокачественной опухоли был подтвержден цитологическим или гистологическим методом. Базальноклеточный рак был выявлен у 58 человек, метатипический рак — у 9 человек, плоскоклеточный рак — у 4 человек. Опухоль располагалась у 19 пациентов на коже щеки, у 16 — на коже носа, в височной области — у 12, на коже лба — у 9, на нижней губе и подбородке — у 8, на нижнем веке — у 7 больных. Исключены из исследования пациенты, которым ранее проводилось лечение по поводу других злокачественных новообразований; пациенты, которые мотивировали свой выбор опытом общения с онкобольными; пациенты, у которых возможность применения какого-либо метода лечения ограничивалась сопутствующей патологией (аллергия на анестетики, сахарный диабет, дрожательная форма паркинсонизма).

В начале беседы мы знакомили пациентов с диагнозом, избегая термина «рак», информировали о прогнозе заболевания для жизни и выздоровления. После представления существующих методов лечения пациентам задавали вопрос о предпочтениях. Если больной на данном этапе беседы выражал желание лечиться каким-либо определенным способом, его просили изложить мотивы такого выбора. Если пациент не имел предпочтений, ему предлагали определить наиболее существенные, на его взгляд, параметры лечебного процесса. После этого пред-

ставлялась информация о лучевом и хирургическом методах по актуальным для больного аспектам. На основании сравнительной характеристики пациентам предлагалось сделать окончательный выбор. Фиксировались актуальные с точки зрения больного характеристики способов лечения и мотивы решения о выборе способа.

### Результаты и обсуждение

После ознакомления с диагнозом и существующими методами лечения пациенты определили свое отношение к выбору терапии следующим образом. Безапелляционное доверие выбора метода лечения врачу (*пассивная позиция*: «вы лучше знаете», «вам виднее», «выберу то, что скажете») предпочли 48 больных (67,6 %). Необходимость более подробного разъяснения особенностей каждого из методов для самостоятельного принятия решения (*активная позиция*) высказали 19 больных (26,8 %).

Определили предпочтительный метод лечения до подробного разъяснения особенностей ка-

ждого из них 4 больных (5,6 %). Все пациенты этой группы приняли решение путем исключения одного из двух возможных методов: 3 человека категорически отказались от хирургического лечения («резать не дам»), 1 — от лучевого. Остальным больным было предложено определить существенные, на их взгляд, параметры методов лечения для сравнительной характеристики.

С точки зрения пациентов выделены следующие характеристики лечебного процесса, которые могли бы повлиять на их выбор: противоопухолевая эффективность, длительность лечения, организация лечения (необходимость госпитализации, частота и длительность лечебных процедур, необходимость ограничительных мероприятий в быту и общении), эстетический результат, болевые ощущения. Большинство больных интересовались несколькими параметрами предстоящего лечения, частота их упоминания в группах «активных» и «пассивных» пациентов представлена в таблице 1.

Таблица 1 — Параметры предстоящего лечения

Характеристика	«Активная» группа, n = 19	«Пассивная» группа, n = 48
Противоопухолевая эффективность	18 (95 %)	45 (94 %)
Длительность лечения	14 (74 %)	34 (71 %)
Организация лечения	11 (58 %)	18 (38 %)
Эстетический результат	7 (37 %)	15 (31 %)
Болевые ощущения	5 (26 %)	8 (17 %)
Всего упомянуто характеристик	55	120

Пациенты «активной» группы проявляли более разносторонний интерес к предстоящему лечению (в среднем по 2,9 параметра), чем пациенты «пассивной» группы (по 2,5 параметра). Безусловной приоритетной характеристикой способа лечения являлась противоопухолевая эффективность — более 90 % упоминаний в обеих группах. Большинство пациентов (67,6 %) интересовались длительностью и организацией лечебного процесса. Вопросы организации интересовали пациентов в первую очередь в аспекте бытовых и социальных ограничений: ведение домашнего хозяйства, общение с родственниками и друзьями, возможность перемещения из одного населенного пункта в другой. Некоторые больные предпочитали в процессе лечения находиться под ежедневным контролем онколога. Менее половины больных проявили интерес к эстетическим результатам лечения (31,0 %) и болевым ощущениям в процессе лечебных мероприятий (18,3 %).

Информация об особенностях лучевого и хирургического методов лечения опухолей кожи предоставлялась пациентам независимо от их активной заинтересованности. По мере получения сведений все больные (100 %) уточняли особенности методов в сравнительном аспекте. Сведения о лучевом и хирургическом способах были представлены в следующем виде.

Противоопухолевая эффективность как при лучевом, так и при хирургическом лечении рака кожи I стадии — около 95 %.

Длительность лечения при лучевой терапии — 25–30 суток, при хирургическом вмешательстве — 3–10 суток. Пациенты ставились в известность о возможных осложнениях лечения, которые могут потребовать более длительного пребывания в стационаре или амбулаторного лечения с временной нетрудоспособностью.

При освещении вопросов организации лечения отмечалось, что при лучевой терапии необходимо проведение ежедневных сеансов 5 раз в неделю, при хирургическом лечении пациент нуждается в ежедневных перевязках в течение 8–10 дней после вмешательства. Оба вида лечения могут проводиться амбулаторно для жителей г. Гомеля, а послеоперационная курация доступна также и для жителей населенных пунктов при наличии в поликлинике хирургического кабинета.

Эстетические результаты при проведении лучевого и хирургического лечения примерно одинаковы. При беседе применялась демонстрация фотографических изображений постлучевых и послеоперационных рубцов.

Болевые ощущения и стрессовые переживания сопутствуют только хирургическому лечению во время вмешательства и в течение 1–2 суток после него.

После предоставления интересующей информации об особенностях разных способов противоопухолевого лечения пациент принимал решение о выборе одного из них. В нашем исследовании хирургический метод предпочли 57 пациентов (80,3 %), лучевой метод — 13 (18,3 %), один пациент отказался от всех видов лечения в медицинском учреждении. С учетом примерно одинаковой противоопухолевой эффективности обоих способов лечения при выборе пациенты руководствовались следующими параметрами.

Больные, избравшие хирургический метод, обосновали свое решение следующими аргументами (некоторые пациенты упоминали несколько параметров):

- меньшая длительность курса лечения — 51 пациент;
- организация лечебного процесса — 43 пациента;
- эстетический результат — 19 пациента.

Доводы больных, отдавших предпочтение лучевому методу:

- организация лечения — 8 пациентов;
- эстетический результат — 6 пациентов;
- болевые ощущения — 13 пациентов.

Таким образом, основой позиции больных, избравших хирургическое лечение рака кожи, были: меньшая продолжительность лечения, возможность избежать более или менее значительных ограничений в период лечения. Выбирая лучевую терапию, больные отмечали возможность проводить лечение под непосредственным контролем онколога, отсутствие сопутствующих операции стресса и болевых ощущений. Более трети пациентов ссылались также на более предпочтительные эстетические результаты избранного метода лечения (как лучевого, так и хирургического). Видимо, в ряде случаев сыграло роль субъективное восприятие представленных визуальных данных.

По мере проведения исследования отработывалась схема типичного диалога врача с пациентом.

*Врач:* излагает сведений о диагностированном заболевании, прогнозе, существующих способах лечения без подробностей; предлагает пациенту определить существенные, на его взгляд, характеристики лечебного процесса и предпочтения.

*Пациент:* перечисляет наиболее актуальные для него параметры лечебного процесса, задает вопросы о сравнительных данных по лучевому и хирургическому методу.

*Врач:* предоставляет подробную информацию по интересующим пациента аспектам.

**Результат:** совместное принятие решения о выборе оптимального способа с учетом конкретных предпочтений больного.

Моделирование данного диалога позволило сократить время общения с пациентом на амбулаторном приеме по вопросу выбора лечебного метода. При этом во всех случаях пациент самостоятельно принимал окончательное решение и ощущал себя активным участником при определении лечебной тактики. Это способствовало формированию положительной установки на исход лечения и поддержанию дисциплины в период противоопухолевой терапии.

#### **Выводы**

Больные раком кожи I стадии определяют как существенные следующие параметры лечебного процесса: противоопухолевая эффективность, длительность лечения, организация лечения, эстетический результат, болевые ощущения.

Большинство больных раком кожи I стадии (по результатам нашего исследования — 67,6 %) склонны довериться выбору врача при наличии альтернативных способов лечения. При сопоставимом противоопухолевом эффекте большинство пациентов основывает свой выбор на качестве жизни во время лечения (длительность и степень бытовых и социальных ограничений).

#### **БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК**

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований / под ред. И. В. Залуцкого, Э. А. Жаврида. — Мн., 2007. — С. 235–245.
2. Даниель-Бек, К. В. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей / К. В. Даниель-Бек, А. А. Колобяков. — М.: Медицина, 1979. — 184 с.
3. Трапезников, Н. Н. Онкология / Н. Н. Трапезников, А. А. Шайн. — М.: Медицина, 1992. — С. 97–110.
4. Пачес, А. И. Опухоли в области головы и шеи: проблемы организации противораковой службы: диагностика и лечение — в кн.: Проблемы онкологии. — М., 1986. — С. 234–253.
5. Эпидемиология злокачественных новообразований в Беларуси / И. В. Залуцкий [и др.]. — Мн.: Зорны верасень, 2006. — 207 с.
6. Cancer Management: a Multidisciplinary Approach / R. Pazdur [et al.]. — New York, 2004. — P. 509–538.

Поступила 22.06.2009

УДК 616.839-008-053.6:611.018.74

### **ВЛИЯНИЕ ЭЛИМИНАЦИИ УПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ РИСКА НА СОСТОЯНИЕ ВАЗОАКТИВНЫХ СВОЙСТВ ЭНДОТЕЛИЯ СОСУДОВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВЕГЕТАТИВНОЙ ДИСФУНКЦИЕЙ**

**Н. А. Максимович, Л. М. Беляева, Т. А. Лашковская,  
А. И. Кизелевич, В. В. Зинчук, Н. Е. Максимович**

**Гродненский государственный медицинский университет  
Белорусская медицинская академия последипломного образования, г. Минск  
Гродненская областная детская клиническая больница**

В исследованиях, выполненных у 136 детей и подростков с вегетативной дисфункцией и 190 здоровых, установлено, что при высокой отягощенности факторами риска 12-месячная элиминация управляемых факторов риска атеросклероза (активного и пассивного курения, стресса, гиподинамии, атерогенной диеты и др.)