

Православный взгляд на онкологию

Оглавление *Источник: православный портал Азбука веры. Сайт azbuka.ru*

- Предисловие
- Смысл онкологического заболевания с точки зрения врача
- Психология онкологического больного. Религиозно-психологические аспекты
- Духовно-нравственные и деонтологические задачи врача-онколога по отношению к больным
- Ответственность врача-онколога за жизнь пациента
- Обнаружение рака. Как к этому относиться и правильно поступать
- Излечивается ли рак при совершении Церковных Таинств
- Комментарий специалиста. К вопросу о несвоевременном обращении больных к онкологу
- Питание и пост онкологического больного
- Молитвы об исцелении при онкологических заболеваниях
 - Краткая молитва болящего ко Господу
 - Молитва ко Пресвятой Богородице пред чудотворной Ее иконой «Всецарица»
 - Молитва Святому Великомуученику и целителю Пантелеимону
 - Молитва Святителю Луке, исповеднику, архиепископу Крымскому
- Медицинский словарь

Книга предоставлена председателем Общества православных врачей Санкт-Петербурга протоиереем Сергием Филимоновым.

Предисловие

Будучи священником и практикующим врачом, я посчитал своим долгом написать брошюру, имеющую пограничный характер: на стыке медицины и религии, медицинской деонтологии и христианской нравственности. Надеюсь, книга будет полезна как для врачей, студентов, так и для пациентов и их родственников. Задача книги – помочь больному правильно отнестись к своей болезни и окружающим обстоятельством, настроиться на лечение и жизнь, обрести христианское отношение к болезни.

Автор

Смысл онкологического заболевания с точки зрения врача

Онкология – особая область медицины, где одинаково важное значение имеет как высокая профессиональная подготовка врача, так и умение его контактировать с больным человеком. Нарушение этого единства может весьма печальным образом отразиться на судьбе пациента.

Различного рода ошибки и упущения в онкологии обычно проявляются не сразу, как например, при острых хирургических или терапевтических заболеваниях, а лишь через некоторое время, иногда продолжительное, когда устранить их бывает очень трудно, а подчас и невозможно. При этом биологическое свойство опухолей к прогрессированию и неверие людей в стойкое излечение рака в какой-то степени маскируют врачебную ошибку, а иногда, грубо говоря, «списывают» ее.

Каждая болезнь имеет свой смысл. Господь посылает болезнь, а вернее, попускает, в том месте, органе или системе, где страсть, поражающая душу человека, проявляется максимально. Болезнь же тогда является лекарством, пресекающим дальнейшее развитие страсти.

Онкологическое заболевание, тем более злокачественное, с религиозных позиций имеет своим назначением «извещение» человека о том, что ему предстоит путь в Царствие Небесное, время жизни его исчислено, отмерено, и Господь принял решение отозвать душу этого человека к Себе в Вечность. При этом неважно, сколько времени пройдет с момента гистологического исследования, подтверждающего раковый характер опухоли до момента смерти: месяц или пятнадцать лет (на фоне хирургического, лучевого лечения и химиотерапии). Важно, что свыше прозвучал удар в колокол, призывающий к покаянию за всю прожитую жизнь. Почему мы имеем право считать это «извещением»? Потому что существует множество заболеваний, в результате которых наступает скоропостижная смерть, когда вследствие истощения от заболевания, особенностей его, человек уже не в состоянии прибегнуть к церковным Таинствам, не может осмысленно ни говорить, ни видеть, ни слышать, ни анализировать. Любое церковное Таинство зиждется на том, что человек, желающий приступить к нему, должен быть в состоянии ясного сознания или незначительного оглушения сознания, но обязательно должен иметь

место самоанализ человека, иначе невозможно будет ни высказать свои мысли, ни выразить все то, что является предметом покаяния.

Конечно, современная хирургия позволяет добиться хороших результатов: выживаемость пациентов со злокачественными новообразованиями при радикальном удалении опухолей достигает и 15, и 20 лет. Тем не менее, возраст от точки отсчета в Вечность уже не важен, важен сам факт «предупреждения». «Извещение» не подразумевает медленное умирание от посланного заболевания, не исключен вариант, что наступит и излечение (как религиозного, так и нерелигиозного характера).

Больная И., со III стадией рака желудка (T3 N0 M0) была предупреждена о необходимости хирургического лечения. Переосмыслила свою жизнь и дала обет Богу, что если останется живой, оставшееся время жизни посвятит Церкви. Вскоре, при предоперационном обследовании врачи с удивлением обнаружили исчезновение опухоли. Больная впоследствии приняла участие в восстановлении шестнадцати православных храмов.

В 80-х годах XX века газеты острова Кипр обошло сенсационное известие об излечении от рака IV степени мужчины преклонного возраста, молившегося об исцелении св. архангелу Рафаилу. Исцеление прошло в течение одной ночи (рассказ местной жительницы о. Кипр).

А вот один из наиболее ярких примеров «извещения» с отсрочкой.

Больная М., бывшая старшая сестра одного из отделений ЦМСЧ-122 была второй год прикована к постели из-за деструкции позвонков вследствие метастазов злокачественного новообразования. Несмотря на беседы со священниками, постоянное общение с сестрами милосердия, больная не предрасположилась к покаянию, исповеди и причастию. Стала выражать сомнения в существовании Бога и заявила, что не поверит, пока не удостоверится лично в реальности загробного мира и не пообщается с умершими. Видя такую дерзость по отношению к Богу и безуспешность добиться хоть какого-то понимания, духовное окормление больной было прекращено.

Прошло около месяца и священник был экстренно вызван самой больной. Когда он вошел в палату, он увидел лицо совершенно другого человека: исчезли окаменелое нечувствие и складки гордости,

высокомерия и пренебрежения. Больная жадно впитывала каждое слово, сказанное священником. Когда он попытался выяснить, что произошло, то оказалось, что в ночь перед праздником Введения во храм Пресвятой Богородицы Господь забрал душу больной в загробный мир, а затем вернул обратно. На «том свете» она общалась со сродниками, ей были открыты некоторые тайны в отношении будущих смертей ее близких, сотрудников по больнице (что потом и оправдывалось). Ей была показана важность поминовения усопших как молитвой, так и приношением пищи на канун. Она видела двери рая и ада, привратников. Но к райским воротам не была даже и близко допущена, так как не знала ни одной молитвы. Ей было дано краткое молитвенное правило, которое она должна была творить до смерти. После этого были исполнены некоторые ее просьбы, и она опять оказалась в больнице.

Утром отделение взбудоражил крик больной: «Верьте, люди! Бог есть!». Встревоженный медперсонал пытался ее усмирить, но она твердила постоянно эту фразу и просила записать слова молитв, сказанные ей привратниками рая. Больная старалась что-то пояснить, но окружающие подумали, что это или передозировка лекарственных средств или реактивное состояние на фоне длительно протекающего онкологического заболевания. Видя, что к ее просьбе никто серьезно не отнесся, она попросила позвать священнослужителя. Во время спокойного разговора с ним, она рассказала, что видела, что узнала.

Некоторое время после этого события больная чувствовала себя хорошо и не нуждалась в ежедневно принимавшихся ею до того препаратах и обезболивающих средствах. Через четыре месяца, в апреле 1996 года, она умерла глубоко верующим, покаявшимся в грехах, хотя и малоцерковленным, но все же в некотором роде церковным, человеком. Перед кончиной она совершенно сознательно соборовалась и причастилась.

Психология онкологического больного. Религиозно-психологические аспекты

Рассмотрим психологию онкологических больных.

В последнее время психологические проблемы в онкологии приобретают новые черты в связи с успехами диагностики и лечения. Появившиеся условия для выявления заболеваний в

доклиническом периоде и возможность полного излечения выдвигают на повестку дня необходимость широкого обсуждения проблемы психологии человека, не чувствующего себя больным, но вынужденного идти на лечение, сопряженное с риском для жизни.

Больные с клиническим проявлением онкологического заболевания на первых этапах пытаются объяснить свои ощущения случайными причинами. Они ожидают, что болезненные ощущения пройдут, предпринимают попытки лечиться домашними средствами. Появившиеся мысли о возможности онкологического заболевания больные или отбрасывают как неприемлемые, или, принимая их, уходят в себя, ожидая с тревогой дальнейшего развития событий. Для этого периода заболевания характерна склонность больных к самоанализу, скрытности. Меньшая часть больных быстро впадает в паническое состояние и сразу обращается к врачу. Большинство выжидают обычно несколько месяцев до тех пор, пока не появятся новые симптомы заболевания, которые и вынуждают обратиться к врачу. У больных, невнимательных к себе или, наоборот, пугающихся возможного «страшного» диагноза и избегающих посещения врача, обращение за медицинской помощью совершается под влиянием окружающих.

После первого посещения врача психологическая обстановка меняется. Настроение больного с этого периода во многом зависит от впечатления, которое на него произвел врач.

В этот период можно ожидать в основном два типа реакций на развертывающиеся события. Одни больные склонны к испугу, панике и на предложение госпитализации впадают в состояние депрессии. Другие больные, не проявляющие внешних признаков беспокойства, также нуждаются во внимании. Под маской внешнего спокойствия у замкнутых по натуре людей может скрываться тяжелая психическая реакция на окружающую обстановку.

Для неверующих людей диагноз «рак» звучит как гром среди ясного неба и, как правило, становится настоящей трагедией жизни. Верующие люди реагируют по-разному, в зависимости от того, насколько они воцерковлены, укреплены, подготовлены к тому, чтобы войти в Царствие Небесное. Христианин еще с пеленок стремится через соблюдение заповедей Божиих обрести Царствие Небесное.

Человек, у которого развилось онкологическое заболевание, может пойти по одному из трех путей:

1. **разгульный:** взять за оставшееся время от жизни все, что только возможно. По этому пути, как правило, идут люди неверующие, так как считают, что за порогом этой жизни уже ничего нет, только небытие.
2. **рациональный:** больной приходит к врачу, осуществляет попытку излечения, верит врачу, верит в его руки, профессионализм, т. е. стремится помочь своему телу.
3. **духовный:** больной воспринимает свое заболевание именно как извещение о времени подготовки к вечности, не как наказание, а как милость Божию, как предупреждение Божие о грядущей вечности.

Духовно-нравственные и деонтологические задачи врача-онколога по отношению к больным

У врача-онколога по отношению к пациентам возникают следующие задачи:

1. Продлить время активной жизни больного.

Врач может задать вопрос: «Как же мне быть, если человек пустится во «все тяжкие», пойдет «в разнос»?» В качестве ответа врач может вспомнить, что ему даны благословенные функции, и, продлевая жизнь пациента, он дает тому возможность обрести дополнительный резерв времени для покаяния и решения своих жизненных проблем.

2. Вторая задача врача-онколога – принести исцеление пациенту, не принуждая его насильно к вере, но и не допуская, чтобы пациент ушел в суеверия, мистику, и не сошел на путь разгульного самосожжения.

Неясность этиологии злокачественных новообразований порождает у населения сомнения в возможностях медицины. На задаваемый больными и их родственниками вопрос о происхождении рака врачи пока не могут дать ясный, однозначный ответ и далеко не всегда имеют возможность в беседе с ними осветить достаточно сложные современные представления об этиологии и патогенезе заболевания. Такое положение порождает у населения различные догадки и создает почву для доверия ненаучным суждениям неспециалистов и знахарей.

Созданию атмосферы недоверия способствуют, в известной степени, и публикации в научной и общей печати поверхностных суждений о происхождении опухолей, и эти суждения вызывают у многих людей несбыточные надежды на ликвидацию болезни каким-то одним «простым» способом. При этом «простота» теории порождает ее понятность, а понятность для неподготовленного человека способствует появлению убежденности в ее правильности.

Влияние такого рода публикаций, не говоря уже о совершенно далеких от науки выдумок, объясняется рядом психологических особенностей людей. С. Кэмп, видный американский психолог, писал: «...Наука с каждым днем усложняется, специализируется, становится все труднее для понимания неспециалиста: В результате обыкновенному человеку сложно поспевать за научными открытиями. С другой стороны, лженаучные мифы позволяют верящему в них обывателю ощущать себя в гуще современного потока, или считать, что ему известно нечто скрытое от других, не заставляя себя прилагать к этому особенных усилий».

Вот почему первая деонтологическая задача онкологов, применительно не к отдельному пациенту, а к обществу, заключается в опровержении возникающих мифов и легенд. Наиболее распространенным является представление о наличии «народных», «зарубежных» и всяких иных спасительных средств от рака. Следует отметить, что обращение к знахарям отнюдь не является уделом малообразованных людей. Наоборот, как это ни странно, широко образованные люди, читающие много разнообразной литературы, где время от времени появляются неосторожные некомпетентные публикации о «новых методах» лечения рака, особенно настойчиво и упорно ищут якобы неизвестные оригинальные медицинские методы лечения этой тяжелой болезни. Обычно это делают не сами больные, а их родственники и друзья. Не проходит и дня, чтобы к врачу не пришел писатель, журналист, научный работник немедицинской специальности, иногда даже врач, далекий от проблем онкологии, посоветоваться о не подлежащем специальным методам лечения больном. **При этом в качестве аргументов приводятся слухи об одном или двух известных им случаях излечения больных, либо о публикации в общей печати.**

Беседуя на эту тему и не имея средств лечения больного в запущенной стадии рака и возможности хоть сколько-нибудь

обнадежить его друзей и родственников, врачи не отвергают сразу и безапелляционно возможность обращения к так называемым народным средствам или просто знахарям. Заявления такого рода, как «делать нечего, почему не попроб овать?», «больной абсолютно безнадежен, а вдруг новый метод лечения ему поможет?», свидетельствуют только о профессиональной беспомощности врача и его бездуховности.

Врач, беседующий с близкими и родственниками больного, а иногда и с самим больным, обязан занимать прочную и непримиримую позицию по отношению к таким «нововведениям». Естественно, для того, чтобы позиция была прочной и непримиримой, необходимо знать степень подтвержденности диагноза во всех его подробностях и четко представлять себе возможности и пути паллиативного и симптоматического лечения онкологических больных IV клинической группы. Надо помнить о том, что практически у каждого онкологического больного с запущенной формой опухоли путем паллиативных и симптоматических мероприятий удастся получить ремиссию, иногда довольно длительную, и, что важнее всего, облегчить его страдания. Более того, при ряде локализаций рака ремиссии наступают нередко самопроизвольно, что может стимулировать успех абсолютно неспецифических и даже вообще недействующих лекарств и воздействий, чем также широко пользуются шарлатаны. Каждый онколог может привести примеры субъективного и объективного улучшения общего состояния и даже возвращения больных к труду в результате применения паллиативных методов лечения.

Приведенные соображения и факты не оставляют места для согласия врача на передачу больного в руки некомпетентных людей, тем более в руки шарлатанов, якобы потому, что он, врач, не располагает средствами для выполнения своего врачебного долга. От этих ошибок необходимо всячески предостерегать еще и потому, что такая рекомендация, нанося вред больному, приносит вред и медицине, подрывая ее авторитет. Ее следствием может быть и, вероятно, нередко бывает отказ от лечения и уход к «врачевателям» вполне излечимого больного со злокачественным новообразованием, узнавшего о случае мнимого излечения кого-то, которое было в действительности обычной ремиссией, несвязанной с примененным методом.

С. Лаборд в книге «Рак» (1979) пишет, что больной раком, обратившийся за помощью к знахарю, – погибший больной, так как он упускает драгоценное время, когда еще его можно вылечить. Автор подчеркивает, как трудно убедить людей в том, что тайных лекарств не существует и далее пишет: «Хотят они этого или нет, но, движимые неосознанной потребностью верить, они оказываются перед дилеммой, вывод из которой неизбежен:

- либо имеет место реальное открытие, которое окажется способным вылечить громадное количество раковых больных, и те, что сохраняют его в секрете, совершают преступление перед человечеством;
- либо мы имеем дело с самозванцем, который преступно злоупотребляет доверием людей. Это тем более не находит никаких оправданий, так как речь идет о больных, которых особенно легко обмануть и за счет которых недопустимо наживаться».

Таким образом, повторимся, позиция врача-онколога по отношению к непрофессиональным методам воздействия на онкологических больных должна быть твердой и непоколебимой.

Тем не менее, бывают еще случаи, когда вокруг различных сомнительных предложений поднимается шумиха и авторы этих, с позволения сказать, методов лечения, иногда поддерживаемые прессой, пытаются обойти законы. Нет ничего опаснее для окружающих, чем деятельное невежество!

Следует вспомнить материалы проверки наделавших немало шума 20 лет назад «методов» лечения рака по Гуману, Продану, Качугину, о которых сегодня мало кто помнит. Эти люди утверждали, что нашли радикальные пути лечения злокачественных опухолей. Официальный контроль их «методов» в клинических условиях с соблюдением строгих правил уточнения диагноза и контроля эффективности действия лекарств показал, что и на этот раз открытия не произошло. Однако авторы «новых методов» сдались не сразу. Они пытались объяснить неудачу тем, что при проверке им было разрешено лечить больных только с запущенной стадией ракового процесса. Однако ранее они утверждали, что спасают людей почти на пороге смерти. Естественно, если рекламируется столь удивительный эффект, проверка должна идти путем лечения такой же категории больных. Кроме того, в отношении менее

распространенных стадий рака современная онкология располагает надежными и эффективными средствами.

Самозванные врачеватели пытаются оспаривать выводы квалифицированных комиссий псевдонаучными статистическими выкладками, тогда как серьезный анализ показывает, что у значительного числа их «пациентов» диагноз не был подтвержден морфологическим методом – единственно достоверным доказательством рака.

3. Врач должен терпеливо относиться к невежеству, которое могут проявить пациенты и их родственники относительно радикальности и обширности хирургического вмешательства и необходимости лечения.

В наше время ни одно заболевание не вызывает у людей такого ужаса и отчаяния, как рак. Онкологи нередко наблюдают тяжелые эмоциональные реакции на заболевание злокачественными новообразованиями, психологически связанными с представлениями о неизлечимости этих болезней.

Есть больные, неохотно и нерегулярно посещающие поликлинику и уклоняющиеся от обследования в связи с незначительным проявлением болезни. Они не видят причин для тревоги, а поэтому не выполняют предписаний врача. **С такими больными необходимо проводить настойчивую работу, доказывая обоснованность обследования и неизбежность лечения, а иногда и раскрывать серьезность их положения, несмотря на отсутствие видимых тяжелых признаков заболевания.**

Первый контакт с врачом для больных имеет яркую эмоциональную окраску. Больные питают надежду, что их страхи напрасны, а заболевание может быть излечено обычными медикаментозными средствами. При амбулаторном обследовании врач старается помочь больному преодолеть эмоциональные переживания.

Период пребывания больных в стационаре обычно связан с угнетением психики. Больные переживают, что находятся в онкологическом учреждении, остро реагируют на состояние и судьбу соседей по палате. Личный контакт врача с больным, помощь священника – залог благополучного фона для лечения. Благоприятную обстановку в стационаре создает слаженный, четко работающий коллектив врачей, сестер и санитарок, наличие сестер

милосердия. От внимания больных – настороженных, обостренно воспринимающих все окружающее, не укрываются даже самые мелкие дефекты в работе медицинского персонала.

Плохая информация больных о характере заболевания является одной из серьезных причин отказа их от лечения. Н. Н. Блохин (1977) писал, что отказ больного от операции на основе дезинформации, сделанной по ложным деонтологическим соображениям, сводит на нет деонтологические принципы, которые превыше всего ставят интересы больного.

Б. М. Шубин и соавторы (1980) изучили наиболее частые причины отказов от операций онкологических больных. Так, страх перед операцией был у 39 больных, боязнь последствий операции – у 25, отсутствие жалоб и хорошее самочувствие – у 25, решение попробовать лекарственные методы лечения – у 26, недоверие к врачам данной больницы – у 14, неверие в возможность излечения – у 5 больных.

Выявлены поучительные подробности обстоятельств, заставивших больных отказываться или откладывать лечение. Среди них: слишком поспешное и однократное предложение операции недостаточно авторитетным, по их мнению, врачом, споры в присутствии больного о целесообразности хирургического лечения, выборе метода без достаточного, с точки зрения больного, обследования, давление родственников и т. д. Причины отказов, описанные выше, имеют особое значение при небольших опухолях, не дающих сколько-нибудь заметных клинических проявлений. В этих случаях, как правило, необходимо активное хирургическое лечение, хотя пациенты считают себя практически здоровыми. Вслед за предложением плана лечения больной обычно просит дать время подумать и посоветоваться с близкими. Некоторые больные после первого разговора с врачом исчезают из его поля зрения и появляются спустя какое-то, нередко продолжительное, время с симптомами запущенной болезни. Врачу нужно проявлять настойчивость вплоть до активного посещения или вызова больного на повторную беседу. Обследование в поликлинике должно быть максимально коротким, не только в связи с необходимостью быстрее начать лечение, но и с чисто психологических позиций. Нужно все время помнить, что перед врачом пациент, не имеющий симптомов заболевания и сомневающийся в обязательности лечения. Не давая времени на сомнения, нужно как можно быстрее поместить больного

в стационар. Допустимо ли раскрыть диагноз при упорном несогласии с предлагаемым обследованием и лечением? В таких случаях принято сообщать больному, что имеется подозрение на онкологическое заболевание, что требуется детальное обследование. После госпитализации пациент с бессимптомным заболеванием встречается с тяжелым больным, с осложнениями операций, лучевой терапией, влияние которых нередко бывает неблагоприятным. Поэтому лечащий врач должен объяснить, что в отделении находятся на лечении не только больные со злокачественными опухолями, у которых лечение сложное и опасное, но и с доброкачественными, предраковыми заболеваниями. Следует помочь пациенту понять, что, чем позже начато лечение, тем оно тяжелее протекает для больного, что лучше начать лечение до развития онкологического заболевания.

Больному следует рассказать, что в начальных стадиях онкологическое заболевание может протекать бессимптомно, почти не отличаясь от течения предракового заболевания.

Первое правило – как можно быстрее начать осуществление плана лечения. Таких больных желательно оперировать в ближайшее время после госпитализации. Следует посоветовать больным не обсуждать подробности течения заболевания, его лечения и исходы с другими больными, не затрагивать медицинские темы в своих разговорах.

Госпитализация в онкологическое учреждение настораживает больного и тем не менее убедить его в том, что у него излечимое заболевание, как правило, можно. Такова психология больного – верить в благополучный исход болезни. Тенденция современной медицины – госпитализировать больных в специализированное лечебное учреждение – развивается и укрепляется. Потери психологического порядка покрываются максимальными возможностями получить наиболее квалифицированное лечение.

Часть больных после лечения чувствует себя хуже, чем до лечения. Их не покидает мысль о том, что они напрасно согласились на лечение. Ведь больными до лечения они себя не считали.

Такую возможность врач должен иметь в виду и предвидеть это.

Итак, мнение о неизлечимости рака является основным источником страха, за которым следуют и другие тяжелые психологические сдвиги.

С. Б. Корж описал следующий трагический случай.

Женщина 35 лет после гинекологического профосмотра была направлена на дообследование в онкодиспансер. Она считала, что в это учреждение направляют только больных раком, и поэтому сказала своим друзьям, что если диагноз подтвердится, она покончит с собой. В диспансере после амбулаторного осмотра больной была предложена госпитализация для лечения. Психологическим состоянием этой женщины не занимались, беседы с ней не проводили. Она отправилась домой на 1–2 дня для «устройства детей» и исчезла. Только через месяц ее труп был обнаружен в реке.

Врачебной задачей, как уже упоминалось выше, является использование всех возможностей для того, чтобы поколебать это мнение. Есть много путей решения этой задачи, из которых важнейший – индивидуальная беседа врача с каждым онкологическим больным и его родственниками.

Ответственность врача-онколога за жизнь пациента

Часто священника приглашают к больному слишком поздно. Больной, особенно неверующий, может отреагировать на «трагическое» известие о своем диагнозе двояко: настроиться на дальнейшее приспособление к жизни после операции (или без операции), или наложить на себя руки, прервав жизнь самостоятельно. Несет ли ответственность врач-онколог за то, что его пациент покончил жизнь самоубийством? Косвенно – да. Почему? Потому что в задачу любого врача входит лечить не только тело, но и беречь душу пациента. Лечащий врач всегда имеет возможность, если он не справляется с психонарушениями у своего больного, вызвать психиатра, психолога, в то же время он может вызвать и священника, который поможет больному несколько по-другому осмыслить его заболевание, прочувствовать, какое отношение к Вечности имеет умирающий человек.

Позднее обращение к священнослужителю за помощью чревато лишением человека предсмертного напутствия и исповеди, что усугубляет его участь в потустороннем мире. Врачу следует помнить о том, что, если священник успел отпустить часть грехов его

пациенту, тот уже не будет отвечать за них после смерти, если же не успеет, то грехи останутся с душой, а в том мире уже нет покаяния, и даже, если бы душа умершего очень захотела освободиться хотя бы от одного греха – это уже невозможно.

Таким образом, роль врача, сестер заключается в том, чтобы постараться вовремя вызвать священника, когда сознание больного еще ясное, отсутствует раковая кахексия, чтобы пациент мог исповедоваться и причаститься. Поэтому, независимо от желания врача, от него тоже зависит участь души человека, вверенной ему Богом, попадет она в ад или в рай. Покаяние души человека скрыто от наших глаз, это великая тайна. Но в момент покаяния священнику или в момент подготовки к таинству в душе человека происходят огромнейшие изменения. Господь-сердцевед видит эти изменения в человеке и может изменить участь его в вечности.

Конечно, за то, куда попадет душа пациента после смерти, отвечает не только врач, но и сам больной. Если врач предложил больному помощь священника, рассказал ему о жизни в загробном мире, дальше все зависит от доброго волеизъявления самого больного.

В наше время, когда не изжиты атеистические предрассудки среди населения России, такие разговоры с пациентом могут быть небезопасны для карьеры врача. Поэтому лучше, если с больным переговорит священник или сестра милосердия, находящиеся вне штата отделения. Тем не менее, личность врача очень сильно влияет на пациента.

Мать одного из прихожан прихода Н. пережила блокаду, имела выраженные изменения в позвоночнике, размер ее таза не позволял родить нормального ребенка, была плохая совместимость по резусу с плодом (резусконфликт) и т. д. Ей сказали: «Ты будешь рожать, но ничего хорошего из этого не выйдет». Но она решительно ответила: «Я буду рожать». Позже к ней в палату пришел достаточно известный в ак ушерстве профессор С. Подошел, сел на кровать, погладил по животу и спросил: «Ты «Богородицу» читаешь?» Она посмотрела на него, никак не ожидая (это были годы гонений на Церковь) услышать из уст профессора такой вопрос, и ничего не ответила. Профессор продолжил как ни в чем не бывало: «Будешь читать, все будет нормально, мы с тобой родим, ты не беспокойся, не слушай их;— он кивнул головой на дверь, – они ничего не понимают». На удивление всем она родила здорового сына, без каких-

либо физических и умственных дефектов. Сын вырос, получил высшее образование, в данный момент – единственная опора матери в ее жизни и болезнях.

Вот пример, когда всего лишь несколько слов молитвенного укрепления из уст врача могут придать сил душе пациента. И хотя он сейчас и сам свободно может вызвать к себе священника, первый, с кем встречается в больнице – сестра и врач.

Обнаружение рака. Как к этому относиться и правильно поступать

Один из самых трудных вопросов нравственного, деонтологического и биоэтического характера в деятельности врача-онколога – когда и как сообщить пациенту и его родственникам о неизлечимости обнаруженного заболевания или его злокачественном характере, так как все отчетливо понимают, что сначала должна быть радикальная операция, затем – продолжительное лечение, и, в ряде случаев, не выздоровление, а смерть.

С одной стороны, медицинской, врач, щадя психику больного, старается не озвучивать точный диагноз, постепенно подготавливая пациента к адекватному восприятию трагического сообщения. С другой стороны, религиозной, проволочка ведет к потере времени, которое пациент мог использовать для подготовки к вечности и время это бывает безвозвратно упущено.

Следующей особенностью онкологии, серьезно влияющей на должное поведение врача, является калечащий характер многих видов лечения, что угрожает каждому больному индивидуально. Это обстоятельство усугубляется тем, что при правильной постановке профилактических осмотров и раннем выявлении рака болезнь удастся обнаружить у людей трудоспособного возраста, считающих себя здоровыми.

Предлагается калечащая операция (лобэктомия, пульмонэктомия). Неожиданность предложения большой и, несомненно, опасной операции, считающему себя здоровым человеку, требует основательной и убедительной аргументации для получения его согласия. Мы сталкиваемся с внезапным срывом всех планов, дел, стремлений, интересов активно живущего человека. Он совершенно не подготовлен к крутому изменению своего образа жизни.

Иное дело, когда болезнь сама изменила условия существования. Длительная температурная реакция, кашель, плохой сон – все это развивается постепенно и больной сам приходит к выводу о необходимости лечения вплоть до большой операции. Но если нет ощущения болезни, люди, испытывая страх перед болезнью и тяжелой операцией, стремятся психологически «отгородиться» от несчастья. Врач не умеет убедить, больной отказывается от лечения или откладывает его. В результате упускается драгоценное время.

В январе 1975 г. больной Ф., 58 лет, почувствовал первые, пока еще небольшие признаки, дисфагии. Он скрыл это от жены, врача и дочери, но обратился к знакомому рентгенологу. При рентгенологическом исследовании было высказано подозрение на рак кардиального отдела желудка и пищевода. Последовала рекомендация лечь в стационар для обследования и лечения. Как это нередко бывает, явления дисфагии прошли, и больной, сопоставив свои ощущения и не очень настойчивую врачебную рекомендацию, решил дообследование отложить. В это время жена готовилась к защите докторской диссертации, а дочь заканчивала школу. Он ждал завершения этих важных семейных событий. В клинике больной появился только в августе, т. е. через 8 мес. после появления первых клинических признаков болезни. Рентгенологически и эндоскопически диагноз был подтвержден, но при тораколапаротомии установлены прорастание опухоли в поджелудочную железу, метастазы в ворота селезенки. Потребовалась комбинированная гастрэктомия с резекцией поджелудочной железы и удалением селезенки. Потеря времени привела к дальнейшему распространению процесса и плохому прогнозу.

Готовых рецептов, как здесь поступить, нет. Все будет зависеть от опыта, интуиции, неукоснительного соблюдения принципов деонтологии и воцерковленности врача, а от этого – и участь каждого его больного.

Итак, неясность этиологии онкологических заболеваний, сомнения больных в возможности излечимости рака, калечащий характер многих видов лечения, угрожающая инвалидность, наконец, истинные трагедии, которые переживают больные и близкие им люди, – все это создает в любом онкологическом учреждении, на каждом амбулаторном приеме онколога совершенно особенную психологическую атмосферу, предъявляющую свои исключительные требования к искусству общения с больным. Это положение

усугубляется тем, что сдвиги в душевном состоянии пациентов, реакции страха, гнева и т. д. являются проявлениями самой болезни, которые врач должен понимать и стараться снимать всеми доступными средствами. Возникновение конфликта между онкологическими больными и врачом всегда является свидетельством несоблюдения врачами требований деонтологии.

Ведение беседы с онкологическими больными требует выполнения определенных правил. Прежде всего, до тех пор, пока диагноз не подтвержден морфологически, не должны иметь место никакие высказывания о сущности болезни ни родственникам, ни, тем более, самому больному. Среди больных, направляемых на консультацию в онкологические учреждения, диагноз рака подтверждается не более, чем у одного из трех.

Следует помнить, что даже если рак будет идентифицирован положительно, относиться к этому необходимо взвешенно.

Больной К. в 1984 г. был поставлен диагноз рак желудка и пищевода, неопределенная форма. Врачом составлен прогноз возможной жизни всего на 4–5 недель. Больной не проводилось никакого лечения, т. к. ожидался летальный исход в ближайшее время.

Через 1,5 месяца после пребывания в больнице началось неожиданное улучшение состояния. Врачи опять расценили это как временное явление, однако дочь больной, увидев, что мать окрепла, забрала ее домой. После этого больная прожила пять с половиной лет в удовлетворительном состоянии до 1989 г. За это время успела нормализовать отношения со всеми ближайшими родственниками, примириться «с ближними и влиться в полноценную жизнь пенсионерки и бабушки».

Другой случай. Больной Н. был поставлен диагноз рака груди. Ее не оперировали по причине множественного метастазирования опухоли. После помазания св. елеем в церкви прекратился рост опухоли, исчезли болевые ощущения, больная прожила полноценной жизнью еще 6 лет и умерла от бронхиальной астмы.

Диагноз рака, особенно висцеральных локализаций, труден, почти всегда требует применения специальных достоверных методов исследования, и поэтому каждый больной, у которого подозревают наличие злокачественной опухоли, должен быть консультирован онкологом и пройти специальное дополнительное обследование.

Здесь не должно иметь место врачебное легкомыслие, которое может стоить больному жизни.

В то же время направление на дообследование к онкологу или в онкологическое учреждение очень часто пугает больных и даже порождает канцерофобию. Поэтому надо не просто выписать направление, но обязательно разъяснить больному, что его посылают в высококвалифицированное учреждение, где созданы все условия для более точной диагностики, куда обращаются не только онкологические больные. Что, наконец, существует большая группа предраковых заболеваний, которыми также занимаются онкологи, и без совета узкого специалиста данный врач не может правильно организовать и провести лечение пациента.

Онколог не является врачом «первого контакта» с больным. Крайне редко больной со злокачественной опухолью сразу приходит к нему. Обычно до онколога он проделывает длинный путь, побывав у заведующего отделением, хирурга поликлиники и т. д. При неправильно построенной первой беседе, когда врач, заподозрив у больного рак, направляет его к онкологу и, более того, позволяет себе высказываться определенно, не имея доказанного диагноза, а лишь подозрение, наступает реакция в виде страха. Нежелательные последствия бывают двойные. Некоторые больные, боясь уточнения диагноза, месяцами не идут к онкологу, затягивая срок лечения своей болезни.

Несколько лет назад, будучи в командировке в другом городе, один из врачей-онкологов жил в гостинице. Администратор, узнав из обычной регистрационной карточки о профессии гостя, попросила побеседовать с одной из сотрудниц. Эта сравнительно молодая женщина за 8 мес. до его приезда проходила обычный для людей ее профессии медицинский осмотр, и врач обнаружила у нее диффузную мастопатию, дала направление на дообследование к онкологу, но крайне испуганная женщина никуда не поехала, боясь, как она сказала, уточнения диагноза и операции. Никто из медицинского персонала с ней не говорил, не объяснил успешность лечения заболевания в данной стадии. Более того, в то время, судя по записи в направлении, врач вообще думала о наличии смешанной формы мастопатии, а не о раке молочной железы.

При обследовании больной через 8 мес. после профилактического осмотра диагноз рака молочной железы уже не вызывал сомнений,

поскольку имелись кожные симптомы. Учитывая психологическую настороженность пациентки, а также то, что ее страх направлен на боязнь установления диагноза и надо сразу рассеять все ее сомнения, а также имея в виду, что региональный лимфатический аппарат, по-видимому, не поражен, ей было прямо сказано о наличии излечимой формы рака молочной железы. Пришлось также объяснить возможные последствия дальнейшего ничего неделания. Ее успокоило то, что лечение состоит только из операции удаления молочной железы без лучевой терапии и удаления яичников, которого она больше всего боялась. Поскольку больную удалось убедить в необходимости безотлагательного лечения, она на следующий день была госпитализирована и через 2 дня прооперирована. Вот уже несколько лет эта женщина живет и работает, забыв все свои прежние страхи.

Вторая форма нежелательной реакции заключается в появлении канцерофобии. Многие больные думают, что если их направили на консультацию в онкологическое учреждение, то у них рак, а в противоопухолевом лечении им отказывают вследствие неизлечимости болезни.

Н. А. Краевский описал трагический финал жизни одной такой больной.

Она была направлена на обследование в онкологическое учреждение с подозрением на злокачественное новообразование. Подозрение оказалось необоснованным, а отсутствие рака было доказано современными и вполне достоверными методами исследования. Не поверив в истинность благополучного диагноза, больная начала добиваться консультации у разных специалистов, но всюду получала один и тот же, безусловно правильный ответ. Клиника, которой в то время руководил Н. А. Краевский, в ее представлении была последней диагностической инстанцией, и, получив такой же ответ и здесь, женщина, не поверив, выбросилась из окна и погибла. При вскрытии никаких признаков рака у нее установлено не было.

До морфологического подтверждения диагноза, как уже отмечалось, ни в коем случае нельзя с определенностью говорить о диагнозе, потому что диагностические ошибки бывают достаточно часто.

Мать одного из крупнейших хирургов Москвы жила в г. Горьком. Она заболела, и рентгенологически был поставлен диагноз рака желудка.

Операцию делал опытнейший профессор в присутствии сына больной и еще двух профессоров – друзей сына. Во время лапаротомии были обнаружены опухолевое поражение всего желудка, увеличенные и плотные лимфатические узлы во всех бассейнах метастазирования и обсеменение брюшины. Всем присутствующим на операции диагноз представился настолько ясным и достоверным, что биопсия взята не была. Больная прожила более десяти лет и погибла от другой причины. При вскрытии была обнаружена почти полная регрессия процесса, а при гистологическом исследовании установлен туберкулез желудка и брюшины.

Здесь уместно обратить внимание на то, что подобного рода наблюдения широко используются в корыстных целях шарлатанами и «врачевателями». Каждый из них умеет рассказать о случаях чудесного излечения и показать таких излеченных людей. Слухи о них быстро и широко распространяются среди населения.

Врачи при медицинском обследовании онкологических больных, беседах с ними и их родственниками в зависимости от характерологических особенностей нередко впадают в две крайности. Здесь имеется ввиду неоправданный оптимизм и запугивание, резко пессимистическое отношение врача к возможному исходу болезни. Ни то, ни другое не должно иметь места, особенно при разговорах с больными. Если врач заподозрил у больного злокачественную опухоль, то и пациенту, и его родственникам должна быть сразу дана в незапугивающей форме ориентировка на серьезность положения и необходимость дообследования. Ориентировка на серьезность болезни никак не должна сама по себе вызывать естественную для онкологического больного реакцию страха. К сожалению, это происходит весьма часто.

Женщина 43 лет, профессор-математик. У нее несколько месяцев назад появились небольшие боли в обеих молочных железах, они стали как бы плотнее на ощупь. Минуя обычные этапы обследования, она сразу пошла к известному хирургу, не занимающемуся профессионально заболеваниями молочной железы. Профессор после трехминутного осмотра рекомендовал женщине операцию, поскольку заподозрил двусторонний рак молочных желез. Больной и ее мужу было высказано в довольно прозрачной форме это подозрение и сразу изложен план лечения: двусторонняя мастэктомия, овариэктомия с возможной последующей химиотерапией.

Легко представить степень испуга этой активно живущей и работающей женщины. Она пришла за советом в другое учреждение в состоянии крайней депрессии – производила впечатление приговоренной к смерти. При детальном клиническом обследовании, включавшем, кроме подробного осмотра, рентгенологическое и цитологическое исследование, была диагностирована двусторонняя диффузная мастопатия, требовавшая только длительной лекарственной терапии и регулярных контрольных осмотров.

Прошло 7 лет. Женщина здорова, успешно работает. Этот высококультурный и образованный человек рассказала о тяжелых переживаниях в тот период, когда ее запугали, и сообщила, что она не согласилась на операцию и стала искать другого врача именно из-за мимолетного осмотра и пугающих выводов профессора.

Даже если диагноз рака кажется несомненным, правильнее ориентировать больного на серьезное дообследование и лечение. Это должно вытекать из внимательного, неторопливого осмотра и обследования и столь же серьезной беседы. Поспешный вывод врача порождает либо недоверие к его мнению, либо суждение о полной очевидности далеко зашедшего опухолевого процесса.

Обычно установление диагноза рака не является конечным этапом обследования. Только после того, как рак обнаружен, приходится выяснять важные подробности, определяющие возможность применения специального лечения. Поэтому уже на амбулаторном этапе должен быть составлен план достационарного обследования, который следует разъяснить больному, объяснить, зачем все это необходимо, и неукоснительно в намеченные сроки выполнять.

Например, при раке шейки матки, если намечается сочетанная лучевая терапия, необходимо урологическое обследование. Такие больные часто жалуются на то, что их не госпитализируют для лечения, а «гоняют» по врачам неизвестно зачем. В основе каждой такой жалобы лежит отсутствие правильного контакта между врачом, готовящим больную к лечению, и его пациенткой.

Многие онкологи амбулаторно-поликлинической сети, поставив ориентировочный диагноз злокачественного новообразования, без деонтологической подготовки сообщают больному, что он нуждается в срочной госпитализации и операции. Действительно, онкологические больные не должны более 10 дней ожидать начала

лечения, считая от момента установления диагноза. Но 10 дней – это не экстренная госпитализация. **Гораздо лучше для больного назначить полное обследование в амбулаторных условиях и госпитализировать его в специализированное учреждение,** где ему будет оказана адекватная лечебная помощь.

Будучи ориентирован на необходимость экстренной госпитализации, больной начинает нервничать, обвинять врачей в медлительности или стремится попасть в любое лечебное учреждение, лишь бы сократить срок до начала лечения. В результате возникают жалобы или больной попадает в непрофильное учреждение, из которого его переводят к онкологам со значительной потерей времени. Все эти факты, к сожалению, нередки и дают основание выдвинуть требование об ознакомлении больного с планом его обследования и сроком его госпитализации. Тогда он спокойно будет проходить обследование и ожидать именно то место в стационаре, которое ему необходимо и предназначено. Такое поведение врача правильно и деонтологически обосновано.

Очень часто врач-онколог поликлиники позволяет себе единолично составлять план лечения и объявлять его больному. В частности, это относится к предложению операции, когда обследование еще не закончено. Позже, по окончании обследования, особенно в стационаре, могут быть выяснены дополнительные обстоятельства, исключающие возможность операции.

При этом складывается необыкновенно сложная деонтологическая ситуация. Больной уже пережил и преодолел страх перед операцией, он считает, что только после нее может наступить выздоровление (многие больные думают, что только хирургический метод эффективен при всех формах опухолей). И вдруг в операции ему отказывают. Сейчас же появляются мысли о неизлечимости, приходит отчаяние. Именно исходя из этих деонтологических соображений, **предлагать операцию и обсуждать с больным и его родственниками возможные исходы и последствия операции имеет право только тот врач, который берет на себя личную ответственность за предстоящее лечение.** Только он и никто другой.

Во всех сомнительных случаях, когда могут быть избраны разные способы лечения или предложены комбинированные методы, совершенно необходим консилиум. Абсолютно недопустимо в нашем

деле мнение врача любой квалификации о том, что он может одинаково хорошо знать все методы лечения, применяемые в онкологии: хирургию, лучевую терапию, химиотерапию, иммунотерапию и т. д. Если больному предстоит очень большая и объективно опасная операция, а существуют другие методы лечения, может быть, менее радикальные, но дающие надежду на выздоровление или достаточно длительную ремиссию, то врач обязан подробно рассказать больному и его родственникам обо всех возможных вариантах лечения.

В онкологии есть немало вариантов заболевания злокачественными новообразованиями, когда альтернатива ясна и несомненна: радикальное лечение или смерть. Так обстоит дело, например, при операбельном раке желудка. Однако в подобных случаях решение вопроса о применении относительно опасного для жизни метода лечения выглядит иначе, чем в общей, особенно в экстренной, хирургии. Послеоперационная летальность при больших операциях на легких, прямой кишке, желудке, пищеводе, почке, несмотря на все наши усилия, продолжает оставаться довольно высокой.

Кроме того, при самом тщательном выполнении операции с соблюдением всех принципов онкологической хирургии и комплексном лечении нет гарантии от появления метастазов в ближайшие месяцы. При раке желудка III стадии только 30–35% оперированных живут более 5 лет. Если число умерших в эти сроки принять за 100%, то почти 50% из них умирают в течение первых двух лет, причем основная часть в первый год. Таким образом, у части как будто успешно прооперированных больных средний срок жизни почти не превышает среднего срока жизни неоперированных больных раком желудка. Из этого следует, что решение вопроса об операции при раке желудка совсем непростое и требует учета всех жизненных обстоятельств данного человека и обсуждения этих обстоятельств с его родственниками и близкими.

Неоправданный оптимизм приводит к тому, что через 1–2 года врач, обещавший полное выздоровление, иногда остается лицом к лицу с осиротевшей семьей больного и должен держать перед ней ответ – прежде всего потому, что люди считают: их родственник умер не из-за запущенности болезни, а из-за недостаточного мастерства врача.

Решить эту деонтологическую задачу трудно: вступает в противоречие, с одной стороны, уверенность врача в полной

бесперспективности дальнейшей жизни больного раком (если ему не проведено специальное лечение), с другой – пока еще незначительное число удачных исходов такого лечения.

Это не означает, что нужно отказываться в операции больным с опухолевым процессом III стадии. Огромный опыт онкологической хирургии показывает, что даже при тяжелых формах рака желудка с метастазами в соседние органы и в региональные лимфатические узлы удается в отдельных случаях достигнуть полного излечения. Противоречивость положения онколога и хирурга, обсуждающих вопросы о назначении операции каждому больному, порождает значительные деонтологические трудности. В самом деле, отказ больного от операции вполне обоснованно следует считать следствием деонтологической ошибки. В то же время жалобы родственников на врача, у которого умер больной сразу или через очень короткий срок после большой операции, – также следствие деонтологической ошибки. Выход из этого положения только один. Когда обследование больного завершено и судьба его всесторонне обсуждена на консилиуме, должны состояться две беседы: одна с больным, вторая – обязательно в отсутствие больного – с близкими ему людьми.

Лучше сначала поговорить с родственниками, а потом с больным, потому что большинство людей стремится как можно скорее после предложения сделать операцию обсудить этот вопрос со своими близкими, а они должны быть подготовлены к этому разговору. Больному сообщают, что после всестороннего обсуждения опытными врачами его заболевания и состояния здоровья, с учетом буквально всех обстоятельств, нет другого выхода, кроме операции. Надо сказать, что у него, безусловно, излечимая форма болезни, не называя саму болезнь.

Как это ни странно, но большинство больных и не просят назвать диагноз. Если просят, то следует сказать, что у них пограничная форма болезни, которая в дальнейшем может перейти в рак, если своевременно не удалить заболевший орган. Только если больной отказывается или колеблется, а форма заболевания действительно дает обоснованную надежду на выздоровление, ничего не остается, как сказать пациенту, что у него излечимая форма рака.

При беседе с родственниками тональность должна быть иная. Если решение об операции принято на врачебном консилиуме

безоговорочно, надо об этом сказать родственникам больного, но указать на возможные осложнения и пусть небольшую, но имеющуюся вероятность неблагоприятного исхода. Если операция действительно необходима, рекомендация должна быть категорической, безапелляционной. При наличии у врачей сомнений абсолютно необходимо ввести родственников в курс дела во избежание дальнейших недоразумений.

При этом далеко не безразлично, кто ведет беседы. Нельзя важнейший разговор с больным и его близкими поручать молодому врачу, пусть даже квалифицированному и добросовестному, но по возрасту и служебному положению еще не вызывающему большого доверия у пациентов. Беседовать должен наиболее авторитетный врач отделения, хорошо подготовленный не только врачебным, но и жизненным опытом к решению сложных деонтологических задач. Присутствие лечащего врача при разговоре также обязательно.

Необходимо еще раз подчеркнуть, что вопрос об операции или ином опасном для онкологического больного методе лечения должен решаться коллективно, а беседу с больным и его близкими на эту тему обязан вести наиболее авторитетный для них врач данного коллектива. Это должно стать нормой поведения людей, работающих в онкологическом отделении, и не должно вызывать никаких внутренних разногласий и взаимного недоверия.

То же следует сказать о выборе хирурга. Решение этого вопроса требует от руководителя отделения большого такта. Такой вопрос вообще поднимать не стоит. Обе стороны подразумевают, что больной доверяет всему коллективу отделения, а руководитель отделения гарантирует обеспечить выполнение операции на необходимом оперативно-техническом уровне.

Если больной и его родственники просят, чтобы операцию выполнял определенный врач и операция действительно может быть выполнена данным врачом, то отказывать пациенту нет никаких оснований, даже если этот врач не ведет непосредственно данного больного. Другое решение может привести к отказу больного от операции и потере времени, столь дорогого для самого больного, на уговоры и объяснения.

Только в том случае, когда врач, заслуживший доверие своего пациента, не готов к выполнению операции требуемого объема и

сложности, заведующий отделением в беседе с больным и его близкими должен, подчеркнув уважение к избранному ими доктору, сказать, что в отделении имеется некоторая специализация врачей. Профиль же выбранного врача – несколько иной. Он, заведующий, лично обеспечит качественное выполнение операции.

Бывает и обратная ситуация, когда опытнейший руководитель отделения в силу возраста или состояния своего здоровья не может выполнить данную операцию, а больной доверяет именно ему, узнав от других пациентов, а иногда из печати о его мастерстве и хороших исходах операций, сделанных в прошлые годы.

Каждому опытному хирургу, особенно хирургу-онкологу, делающему сложные многочасовые объемные операции, приходится со временем отходить непосредственно от работы у операционного стола, ограничивать свою оперативную деятельность. Один или несколько учеников обгоняют своего шефа в чисто техническом отношении, но еще не успевают обрести его опыта и мудрости, приходящих с годами.

Мудрость учителя должна проявляться не только в диагностике и выборе тактики лечения, но и в умении сохранить здоровый коллектив, не создавать конкуренции с учениками и на каждом этапе всей врачебной жизни занимать правильное место в руководимом им коллективе. В таком случае ведущий хирург-онколог объясняет пациенту, обратившемуся к нему с просьбой лично оперировать, что он обязательно примет участие в операции.

Расстановка сил у операционного стола, особенно сейчас, когда большинство операций выполняется под наркозом, в конце концов, остается для больного неизвестной. У него должна быть полная уверенность в том, что операцию выполняет «первый состав» операторов, и ни в коем случае не должен иметь место обман. Нигилизм в этих случаях не допустим. Несоблюдение «ритуала» становится известно другим больным и может служить причиной отказов от операций. В тех случаях, когда не соблюдаются эти простые деонтологические правила, неминуемо возникает конфликтная ситуация.

В создании душевной атмосферы важную роль играет средний медицинский персонал как в поликлинике, так и в стационаре. Многие медицинские сестры отлично понимают свое место в системе

онкологической службы, правильно оценивают душевное состояние больных. Все же работа медицинской сестры в онкологическом отделении очень трудна, и далеко не каждая по своему внутреннему складу способна работать в сложной атмосфере онкологического учреждения. С. Б. Корж приводит следующий яркий пример:

Медицинская сестра Х. профессиональные обязанности исполняла хорошо и аккуратно. Ни разу не подвергалась административному взысканию. Но вот факты, свидетельствующие о том, что выбор профессии у нее оказался ошибочным, работает сестра без души.

Больная попросила у сестры порошок от головной боли. Прошел час, а может быть и больше, но порошок сестра так и не дала. Когда больная снова обратилась с просьбой дать ей порошок, сестра рассердилась и сказала: «Подождете, от головной боли не умрете, а умрете от той болезни, с которой пришли сюда». Это было сказано в палате в присутствии еще нескольких больных раком шейки матки.

После такого откровенного заявления медицинской сестры больные были крайне расстроены, плакали и надолго лишились душевного покоя. Месяцем позже эта сестра в другой палате на вопрос больной, какая у нее болезнь, ответила: «Если я скажу, что у Вас, мне доктор язык отрежет». Это было сказано больной, которая за час до этого была в глубоком обмороке... Столь явная жестокость заставила заведующего отделения пригласить сестру для объяснения в свой кабинет. Свое отношение к больным, к своей профессии она выразила одной фразой: «Я им солнцем не буду».

Многие жалобы возникают из-за неполной информации, которую больные и их родственники получают от средних медицинских работников, санитарок и соседей по палате. Причина этого прежде всего в недостаточной деонтологической квалификации некоторых врачей, которые не находят времени или желания для исчерпывающих бесед с заинтересованными лицами. Отсутствие информации при крайней в ней необходимости у больных со злокачественными новообразованиями, переживающих естественный для этой категории пациентов страх, вынуждает их искать новые источники информации, часто совершенно некомпетентные, из которых больные получают извращенную характеристику лечащих их врачей, фантастические сведения о якобы необыкновенно эффективных лекарствах, которые начинают срочно «доставать» и т. д. Начинаются поиски дополнительных

консультантов и иных методов лечения. В результате вокруг больного создается крайне нервная обстановка, мешающая проведению запланированного и тщательно продуманного обследования и лечения.

Для онкологических больных характерны попытки консультироваться со многими врачами в разных учреждениях. При этом ими движет естественное и вполне объяснимое желание преодолеть страх, может быть, обнаружить ошибку в диагнозе и услышать предложение менее нагрузочного, более щадящего лечения. При этом многие больные тщательно скрывают как от консультанта, так и от своего лечащего врача факты обращения к другому врачу, исходя при этом из следующих соображений. Во-первых, они не хотят обидеть своего врача, испортить с ним отношения видимостью недоверия. Во-вторых, больные хотят услышать от консультанта его собственное мнение, не связанное с предшествующим диагнозом.

В таких случаях совсем нетрудно догадаться о том, что происходит. Лечащий врач совершает деонтологическую ошибку, если хоть сколько-нибудь дает понять больному о своей обиде на недоверие, даже если она имеется. В действительности врач может обижаться только на себя, ибо обращение больного к другому врачу за советом свидетельствует о том, что он, врач, недостаточно авторитетен для своего пациента. Значит, он не все сделал убедительно, сам своевременно не понял это и такую консультацию не организовал.

Нормальным положением с деонтологической точки зрения должно быть участие лечащего врача во всех консультациях и консилиумах, касающихся его больного. Он должен сам определить, кому и когда показать больного и своевременно информировать его о своих планах, позаботиться о его душепопечении со стороны Церкви. Тогда не будет поисков опытных врачей на стороне, консультаций исподтишка, противоречивых суждений, порождающих у больного растерянность, неуверенность и ведущих к потере времени и отсрочке начала лечения.

Поведение, деонтологическая подготовка врача, к которому обращаются за консультацией, обычно имеющего большой стаж и обширные научные звания, играют очень большую роль в судьбе больного. Нередко консультант оказывается в сложном положении,

не получая к моменту осмотра комплекса объективных данных, уже собранных к этому времени лечащим врачом.

Учитывая сложность постановки развернутого и обоснованного онкологического диагноза и выработки правильного современного тактического решения, консультант, соглашаясь на осмотр больного, обследуемого в другом учреждении, как правило, должен поставить условие, чтобы больного представил лечащий врач, имея на руках все данные обследования. Тогда консультация сразу приобретает правильный характер и может позволить действительно очень опытному врачу дать полезные советы по уточнению диагноза и выбору адекватного метода лечения. Если участие лечащего врача в консультации невозможно, но он знает о ней, то до осмотра больного консультант по телефону или иным способом должен получить у лечащего врача необходимые сведения, а итог своей беседы с больным обязательно сообщить ему до того, как больной вновь придет на прием. Только такое поведение является деонтологически обоснованным и оправданным.

Являясь представителем, а иногда и руководителем определенного направления в онкологии, утверждая и пропагандируя свою сложившуюся систему взглядов, консультант не должен, не имеет права забывать, что его точка зрения может быть не единственно правильной, а главное, что больному нет дела до научных разногласий. Примером могут служить разногласия по поводу лечения рака молочной железы.

Ленинградская школа онкологов на протяжении многих лет регулярно пропагандировала и практиковала применение послеоперационной химиотерапии при сравнительно ранних формах рака этой локализации. В это же время в МНИОИ им. П. А. Герцена при этих же формах применялось только хирургическое лечение. При анализе отдаленных результатов получены практически одинаковые данные. Следовательно, до тех пор, пока не будут завершены ведущиеся сейчас во многих странах крупные рандомизированные исследования, которые позволят объективно установить действительно оптимальные методы лечения применительно к каждой стадии и форме болезни, никто из врачей не имеет права в разговоре с больными отрицательно отзываться о методах, применяемых в других учреждениях, порождая у пациентов сомнения в правильности рекомендуемого или проведенного лечения.

Вот другой пример. В ряде научных исследований, выполненных на большом, но ретроспективном материале, было доказано, что при меланоме кожи надо производить профилактическую лимфаденэктомию. Это казалось очевидным прежде всего потому, что при исследовании удаленных с профилактической целью лимфатических узлов почти в 1/4 наблюдений обнаруживали метастазы меланомы. Международное рандомизированное исследование, проведенное с участием российских ученых, на очень большом числе тщательно контролируемых наблюдений позволило установить, что профилактическая лимфаденэктомия при меланоме кожи не улучшает результатов лечения, в то время как лечебная лимфаденэктомия при пальпируемых узлах, несомненно, полезна. Какое же основание имели врачи заявлять больным, которым лечение первичного очага проведено без профилактической лимфаденэктомии, о неправильной, ошибочной тактике лечившего их врача?

Оценивая назначенное или проведенное лечение, консультант только тогда имеет право в осторожной форме, да и то не больному, а лечащему врачу, посоветовать изменение тактики или дополнительное лечение, если он уверен в недостаточности, неадекватности лечения, причем не только со своей личной точки зрения, но и исходя из основных, имеющих принципиальное значение факторов прогноза.

Так, например, в онкологии вне зависимости от общих установок конкретной клиники, представляется необходимым проведение комплексной или комбинированной терапии рака молочной железы при наличии регионарных, особенно множественных метастазов. Эта точка зрения на данном этапе развития онкологии является общепринятой, и разногласия касаются только выбора способов дополнительного воздействия (лучевая терапия, химиотерапия и т. д.), а также последовательности их применения. Поэтому, например, если во время консультации больной раком молочной железы стадии T2-N2-M0 лечащий врач решил ограничиться только хирургическим лечением, то консультант должен внести коррективы в план терапии, но сделать это осторожно, не внушая больной мысли о неправильности проводимых мероприятий.

Если же больной назначена химиотерапия, а консультант предпочитает сочетание лучевой и гормональной терапии, он не имеет морального права менять назначение. Можно только при

контакте с лечащим врачом, а отнюдь не с больной, попытаться обосновать рекомендуемые поправки плана лечения. Всякое иное поведение консультанта с деонтологических позиций неверно, ибо ухудшает душевное состояние больной, порождает сомнения в правильности проводимого лечения со всеми вытекающими отсюда последствиями.

Наибольшие деонтологические трудности встречаются при медицинской помощи онкологическим больным IV клинической группы. Как известно, ответственность за этих больных несут участковые терапевты при консультации и помощи районных онкологов. Однако, именно участковые терапевты наименее подготовлены в вопросах деонтологии применительно к онкологическим больным. Чаще всего неправильное поведение врачей заключается в том, что они, встречаясь со значительными психологическими трудностями у постели находящегося дома тяжелого больного без перспективы полного выздоровления, вольно или невольно стремятся ограничить общение с этим человеком, редко посещают его, не умеют создать обстановку борьбы за его здоровье и жизнь. У больного появляются, кроме страха за свою судьбу, ощущение заброшенности, ненужности, отрешенности.

В то же время врач, применяя элементарные приемы психотерапии, регулируя питание и физиологические отправления больного, своевременно перевязывая его или освобождая полости тела от жидкостей (эвакуация асцитической или плевральной жидкости и т. д.), может существенно улучшить общее состояние пациента. Даже самый тяжелобольной при умелом поведении врача и родственников способен верить в успех лечения.

Примером тому может служить история болезни Н. И. Пирогова. В 1881 г. медицинская общественность торжественно отмечала полувековой юбилей врачебной и научной деятельности выдающегося хирурга. В небольшое украинское село Вишня, где жил «старый врач» (так Н. И. Пирогов назвал себя в «Дневнике», над которым работал как раз в те дни), со всех концов России поступали приветственные послания. Различные медицинские общества и институты избрали Н. И. Пирогова своим почетным членом; в его честь открыли мемориальные палаты, были учреждены именные стипендии.

Николай Иванович давно не испытывал такого духовного подъема. И если бы не язвочка во рту, которая иногда саднила и тем давала о себе знать, все было бы великолепно. «Не раковая ли это штука?» – иногда спрашивал жену Пирогов и тут же гнал от себя эту страшную мысль.

Приближалось 21 мая – «круглая» дата и к ульминация торжества. Николай Иванович прибыл в Москву, почетным гражданином которой он стал в эти дни. Его чествовали в университете. Художник И. Е. Репин изъявил желание писать портрет хирурга, и Пирогов несколько раз позировал ему.

Занятый юбилейными торжествами, он совершенно забыл о ранке во рту и только через несколько дней после приезда в Москву показал ее профессору Н. В. Склифосовскому. Язвочка тем временем успела увеличиться. Диагноз не вызывал сомнений: рак верхней челюсти. На следующий же день собрался авторитетный врачебный консилиум, который принял решение об операции знаменитого хирурга.

Весть эта тяжело травмировала Пирогова. С трудом высидев на грандиозном банкете в Дворянском собрании, который проводился в его честь, он по настоянию жены и близких уехал в Вену к знаменитому европейскому хирургу Теодору Бильроту. Осмотрев больного, Бильрот категорически отверг поставленный ранее диагноз и успокоил своего гениального пациента. По свидетельству сопровождавшего Н. И. Пирогова в этой поездке доктора С. С. Шкляревского, «расположение духа Н. И. Пирогова в Вене резко и быстро изменилось: из убитого и дряхлого старика, каким он был во время дороги от Москвы до Вены, он опять сделался бодрым и свежим... Н. И. и сопровождавшие его были полны счастья».

Бильрот подарил на память Пирогову свою фотографию с такой надписью на обороте: «Уважаемому учителю Николаю Пирогову. – Правдивость и ясность мыслей и чувств как в словах, так и в делах являются ступеньками лестницы, которая приближает человека к богам. К Вам, который должен следовать по этому не всегда безопасному пути как надежный вождь, всегда мое ревностное стремление.

Ваш искренний почитатель и друг – Бильрот».

Николай Иванович по возвращении домой выслал ему свой портрет. Бодрое и хорошее настроение, вызванное категорическим заключением Бильрота о доброкачественной природе язвы, продержалось у Пирогова почти до самой смерти.

Ошибся ли Бильрот в диагнозе? Из опубликованных эпистолярных материалов известно, что он знал об истинном характере заболевания. Однако преклонный возраст больного и запущенность процесса не позволяли ему предлагать операцию. «Вряд ли он перенес бы операцию; но даже и при благоприятном исходе ее надо было бы опасаться очень скорого рецидива», – писал он в Россию доктору Выводцеву. Бильрот использовал свой непререкаемый авторитет, чтобы внушить Пирогову надежд у на благоприятный исход болезни и тем самым обеспечил ему душевное успокоение. «...Мне хотелось отвлечь внимание больного от характера его болезни, поддержать в нем твердость духа и терпение... Я поступил так, как мне предписывали мой долг и многолетний опыт...», – объяснял он свое поведение тому же адресату.

Сердцевину медицины составляет милосердие, и если нельзя помочь больному радикально, то надо всеми силами стремиться облегчить его страдания.

Большинство жалоб возникают при отказе в госпитализации больным IV клинической группы. Не редко руководители органов и учреждений здравоохранения не делают различия в понятиях госпитализации «по уходу».

Первое понятие – сугубо медицинское, и для паллиативной терапии больных обязаны госпитализировать безотказно. Имеется в виду госпитализация для наложения противоестественного заднего прохода, ликвидации стеноза дыхательных путей и других важных нерадикальных операций и манипуляций.

Деонтологически правильно определить показания к паллиативному лечению тогда, когда оно не вызвано экстренными показаниями, поговорить с больным и его родственниками о реальном сроке помещения пациента в стационар и объяснить, зачем это делается. Паллиативная терапия почти всегда приносит больным облегчение, и они охотно возвращаются домой, особенно, если находятся в хорошем контакте с участковым врачом и районным онкологом и уверены, что дома будут окружены вниманием и получают всю

необходимую медицинскую помощь. Если же врач ведет себя неправильно, не понимает задач деонтологии, то возникают недоразумения и тогда жалобы неизбежны.

Второе понятие – госпитализация «по уходу» – социальное и означает госпитализацию тех больных, которые не имеют родственников или их бытовые условия не позволяют достаточно полно организовать медицинскую помощь на дому. Опыт показывает, что если таким больным в госпитализации отказывают и они начинают обращаться в вышестоящие инстанции, то рано или поздно все равно их госпитализируют, даже если руководителю учреждения здравоохранения социальная обоснованность требований больного и его близких представляется недостаточной. Поэтому не следует настаивать на отказе и давать советы родственникам больного о реорганизации их быта и труда для обслуживания тяжелого больного на дому.

Врачи обязаны заботиться не только о спасении жизни человека, но и о создании вокруг больного ободряющей моральной атмосферы. Если возникает конфликтная обстановка вокруг больного со злокачественной опухолью, относящегося к IV клинической группе, долг врача найти возможность хотя бы временно изменить эту обстановку. Госпитализация в таких случаях сразу резко все меняет и ликвидирует конфликт.

Излечивается ли рак при совершении Церковных Таинств

Возможно ли излечение онкологических заболеваний при совершении церковных таинств? Возможно, хотя это бывает нечасто. Обычно излечение связано с внутренними изменениями человека, наступающими в Таинстве Покаяния. Очищение души ведет к выздоровлению тела. В результате соборования (Таинство елеосвящения) Господом прощаются человеку грехи, совершенные им по неведению или забытые им в течение жизненного пути за давностью лет. Соборование – таинство, во время или после которого происходит укрепление душевных сил больного и улучшение его физического состояния вплоть до самоликвидации опухоли.

Случаи помощи Божией в виде исцелений возможны после молитв перед иконами Божией Матери, мощами святых угодников Божиих (см. приложения) и другими святынями. Иногда бывает, что после молитв человек не исцеляется от опухоли, а она как бы «застывает»,

«замораживается» в той стадии, на которой человек пришел с просьбой к Богу. Есть группа больных, которые переходили все сроки, у которых должно было произойти и метастазирование, и переход в другую стадию, но все «остановилось». Это проявление действия благодати Божией, укрепляющей душевный и телесный состав человека, по силе его веры и упования на Создателя.

Нередко пациент может получить существенное улучшение своего состояния и даже возможно выздоровление при погружении в воды Святых источников. Около древних русских монастырей и по сей день бьют источники, обладающие, кроме благодатной силы, природными целебными свойствами вследствие уникального химического состава воды, в них находящейся. В каждой епархии, каждой российской губернии есть свои местные святыни, о которых можно узнать и к которым можно и нужно прибегать.

Однако врачу-онкологу и онкологическому больному следует знать, что возможен и другой процесс – быстрое озлокачествление («малигнизация») опухолей. Причиной этому является воздействие экстрасенса, колдуна, биоэнергетика и проч. во время обращения к нему. Проявляется действие другой силы – сатанинской, противной по характеру действию благодати Божией. Расплата за это – малигнизация.

Комментарий специалиста. К вопросу о несвоевременном обращении больных к онкологу

В настоящее время довольно популярен «метод» лечения рака по Шевченко (эмульсией водки и растительного масла), а также лечение интерферонами. Интерфероны действительно применяются в клинической онкологии (Интрон, Роферон, Реаферон и др.), но лишь при злокачественной меланоме в III–IV стадиях как дополнительное к радикальному, либо как паллиативное лечение.

Многие больные пытаются найти «хорошего травника» вместо того, чтобы лечиться у онколога. Нежелание идти к врачу для обследования и лечения вызвано кроме страха еще и коммерциализацией медицины в наши дни. Появились высокотехнологичные методы, не входящие в систему обязательного медицинского страхования, т.е. доступные только платно. Кроме того, зачастую, имеет место прямое преступное вымогание денег за лечение.

В ответ на негативные изменения, происходящие за последние 10–15 лет в российском обществе, упал морально-этический уровень врачей и медсестер. Из-за этого больные неохотно идут к врачу, недобросовестно выполняют рекомендации.

К сожалению, очень часто больные люди, догадывающиеся о наличии у них ракового заболевания, совершают неразумные, просто нелепые действия. Например, отказываются от обследования, назначенного врачом, хотя оно современно, быстро и бесплатно; исчезают из-под врачебного наблюдения, когда их болезнь может прогрессировать; не отвечают на звонки из поликлиники с рекомендацией прийти на прием; не принимают лекарства. Со стороны это выглядит как самовредительство, как скрытая форма самоубийства с помощью болезни. И это не единичные случаи, а причина едва ли не половины всех запущенных случаев рака. Словно люди не хотят жить, может быть, потому, что не видят смысла в жизни.

Положительную роль играет хороший контакт больного с родственниками, которые активно участвуют в обследовании и лечении: консультируются со специалистами, сопровождают больного в медицинское учреждение, оплачивают все расходы, поддерживают психологически. В результате заболевание выявляется и лечится своевременно с хорошим прогнозом на будущее. Развитое чувство долга больного перед другими людьми также способствует скорейшему излечению: «ведь я должен ухаживать за родителями», или «я должен поставить на ноги детей». Воцерковленность больного, по-видимому, играет определенную роль в отношении к болезни и лечению, но врачу сложно оценить ее объективно, это находится в компетенции священника.

*врач-онколог
поликлиники №7 Невского района
М.Ю.Григорьев*

Питание и пост онкологического больного

Проблемы питания давно занимают многие умы, но до сих пор нет единого, общепринятого мнения на этот счет. Некоторые считают, что можно есть все, что хочется. Иные думают, что нерациональное питание – чуть ли не главная причина всех болезней и поэтому пища

должна быть тщательно отобрана. Многие проповедуют принцип: можно все, но понемножку.

Организм человека настроен на восприятие смешанной пищи, то есть содержащей одновременно и белки, и жиры, и углеводы.

Количество съедаемой пищи зависит от аппетита. Одним из его регуляторов служит уровень глюкозы в крови. Когда он повышается, срабатывает центр насыщения, который расположен в гипоталамусе (отдел головного мозга) и аппетит уменьшается.

В среднем и пожилом возрасте чувствительность рецепторов гипоталамуса снижается, и человек успевает съесть больше, чем нужно, пока сработает регулятор аппетита. То же самое происходит во время быстрой еды, когда центр насыщения просто не успевает срабатывать. Отсюда поступление лишних калорий, которые преобразуются в жир. Мы потребляем пищи существенно больше, чем необходимо для жизни и во многом потому, что привыкли к этому.

Вспомним добрым словом аскетов-подвижников, которые вкушают всю жизнь крайне мало, но при этом до конца дней своих сохраняют ясность ума, а зачастую и крепость телесную. Те из читателей, кто хоть раз бывал в монастыре и соприкоснулся с монашеским бытом, трапезой, наверняка могут сделать подобный вывод – мы потребляем всего существенно больше, чем необходимо для жизни, и во многом потому, что просто привыкли к этому. За излишества расплачиваемся здоровьем.

Так как же все-таки питаться правильно? Очевидно, что однозначного ответа на этот вопрос нет. Каждый народ имеет свои кулинарные традиции и питание в этих рамках оценивает как правильное. Причем это касается как подбора продуктов и способов их приготовления, так и кратности приема пищи.

Хорошее самочувствие долгое время – вот единственный критерий правильного питания.

В вопросах питания существует множество мнений, среди которых можно найти и прямо противоположные. В итоге каждый человек, учитывая разные точки зрения, решает для себя, к какому мнению прислушиваться, принимая во внимание то, что питание здоровых людей и людей с различными заболеваниями отличается. Но есть

несколько универсальных правил, следуя которым можно приблизиться к идеалу в том, что касается питания. Эти правила настолько просты, настолько и трудновыполнимы.

1. Есть надо только тогда, когда появится аппетит и кишечник будет свободен от газов.
2. Не следует есть пищу, которая не нравится, так как это выводит организм из равновесия.
3. Есть надо медленно, хорошо пережевывая пищу и подольше держа ее во рту.
4. Прекращать еду нужно до наступления полного насыщения.

В питании, как и в медицине в целом, должен соблюдаться главный принцип: «Не навреди». Поэтому лучше недоесть, чем переесть.

Организм человека приспособлен для потребления и усвоения самой разнообразной пищи, но обязательно ли она должна быть ежедневно настолько разнообразной и каковы истинные нормы потребления, вычислить до конца так и не удалось. Прислушиваясь к своему организму, важно точно знать, что ему нужно.

Часто возникает вопрос – соблюдать ли пост онкологическим больным? Однозначного ответа здесь также дать невозможно. Онкологическое заболевание способно вызвать потерю аппетита, нетолерантность ко многим продуктам питания. Эту проблему надо учитывать, в частности, во время поста. Однако, в целом, уменьшение в рационе питания мясной пищи благотворно для онкобольных. Вопросы длительности и строгости поста, особенно многодневного, необходимо решать не самочинно, а по совету со священником.

В предоперационном периоде необходимо усиленное питание. В операционном и послеоперационном периоде до момента выздоровления пост больному отменяется. В связи с тем, что в дальнейшем проводятся химио и лучевая терапия, вызывающие сильную интоксикацию и ослабление организма, пост послабляется на молочные продукты, рыбу. На всю последующую жизнь пост для онкологического больного носит щадящий характер.

Молитвы об исцелении при онкологических заболеваниях

Наступит выздоровление или нет – все в руках Божиих. Несмотря на то, что в христианской традиции человеку предписывается переносить болезнь мужественно, как «горькое лекарство», как

средство искупления ошибок жизни, не считается грехом просить Бога об исцелении или умиротворении болезненных синдромов. Просьбы и вопрошения человека к Создателю церкви называются молитвами.

Приведем некоторые из них.

Краткая молитва болящего ко Господу

Господи, Ты видишь мою болезнь, Ты знаешь, как я грешен и немощен, помоги мне терпеть и благодарить Твою благодать.

Господи, содейлай, чтобы болезнь эта была в очищение множества грехов моих. Аминь.

Молитва ко Пресвятой Богородице пред чудотворной Ее иконой «Всецарица»

Образ Божией Матери «Всецарица» находится в Афонском монастыре Ватопед и с давних времен привлекает страждущих, ищущих заступничества Пречистой Девы в различных недугах. Особенно известны случаи чудесной помощи, поданной чрез икону «Всецарица» страждущим от рака.

О, пречистая Богомати, Всецарице! Услыши многоболезненное воздыхание наше пред чудотворною иконою Твоею, из удела Афонского в Россию пренесенною, призри на чад Твоих, неисцельными недуги страждущих, ко святому образу Твоему с верою припадающих!

Яко же птица крилома покрывает птенцы своя, тако и Ты ныне, присно жива сущи, покрый нас многоцелебным Твоим омофором. Тамо, идеже надежда исчезает, несумненную Надеждою буди. Тамо, идеже лютыя скорби превозмогают, Терпением и Ослабою явися. Тамо, идеже мрак отчаяния в души вселися, да возсияет неизреченный свет Божества! Малодушныя утеши, немощныя укрепи, ожесточенным сердцам умягчение и просвещение даруй. Исцели болящия люди Твоя, о Всемиловитая Царице! Ум и руки врачующих нас благослови, да послужат орудием Всемощнаго Врача Христа Спаса нашего.

Яко живеи Ты, сущей с нами, молимся пред иконою Твоею, о Владычице! Простри руце Твои, исполненыя исцеления и врачбы,

Радосте скорбящих, в печалех Утешение! Да чудотворную помощь скоро получив, прославляем Живоначальную и Нераздельную Троицу, Отца и Сына и Святаго Духа, во веки веков. Аминь.

Молитва Святому Великомученику и целителю Пантелеимону

Всю жизнь свою на земле святой Пантелеимон посвятил помощи страждущим, больным и убогим. Он лечил людей «безмездно», то есть не брал с них платы. Много претерпел он мучений, но от веры не отрекся, а отдал жизнь за Христа. Святому Пантелеимону молятся об исцелении самых различных недугов.

О, великий угодниче Христов, страстотерпче и врачу многомилостивый, Пантелеимоне! Умилосердися надо мною, грешным рабом, услыши стенание и вопль мой, умилостиви Небеснаго, Верховнаго Врача душ и телес наших, Христа Бога нашего, да дарует ми исцеление от недуга, мя гнетущаго. Приими недостойное моление грешнейшаго паче всех человек. Посети мя благодатным посещением. Не возгнушайся греховных язв моих, помажи тыя елеем милости твоея и исцели мя; да здрав сый душею и телом, остаток дней моих, благодатию Божиею, возмогу провести в покаянии и угождении Богу и сподоблюся восприяти благий конец жития моего. Ей, угодниче Божий! Умоли Христа Бога, да предстательством твоим дарует здравие телу моему и спасение души моей. Аминь.

Молитва Святителю Луке, исповеднику, архиепископу Крымскому

Святой исповедник, архиепископ Лука (в миру известный врач хирург Валентин Феликсович Войно-Ясенецкий, 1877–1961 гг.), явил в своем лице образ доброго пастыря, исцеляющего недуги как душевные, так и телесные, показал пример сочетания служения архипастыря и врача. Его молитвами совершаются многочисленные исцеления. Особо обращаются к его святому заступничеству болящие перед предстоящими операциями.

О, всеблаженный исповедниче, святителю отче наш Луко, великий угодниче Христов. Со умилением приклоньше колена сердец наших, и припадая к раце честных и многоцелебных мощей твоих, якоже чада отца молим тя всеусердно: услыши нас грешных и принеси молитву нашу к милостивому и человеколюбивому Богу, Ему же ты ныне в радости святых и с лики ангел предстоиши. Веруем бо, яко ты

любиши ны тою же любовью ею же вся ближняя возлюбил еси, пребывая на земли. Испроси у Христа Бога нашего да утвердит чад Своих в духе правыя веры и благочестия: пастырям да даст святую ревность и попечение о спасении вверенных им людей: право верующия соблюдать, слабые и немощныя в вере укрепляти, неведущия наставляти, противныя обличати. Всем нам подай дар коемуждо благопотребен, и вся яже к жизни временней и к вечному спасению полезная. Градов наших утверждение, земли плодоносие, от глада и пагубы избавление. Скорбящим утешение, недугующим исцеление, заблудшим на путь истины возвращение, родителем благословение, чадом в страсе Господнем воспитание и научение, сирым и убогим помощь и заступление. Подаждь нам всем твое архипастырское благословение, да таково молитвенное ходатайство имущи, избавимся от козней лукаваго и избегнем всякия вражды и нестроений, ересей и расколов. Настави нас на путь ведущий в селения праведных и моли о нас всесильнаго Бога, в вечней жизни да сподобимся с тобою непрестанно славити Единосущную и Нераздельную Троицу, Отца и Сына и Святаго Духа. Ему же подобает всякая слава, честь и держава во веки веков. Аминь.

Медицинский словарь

IV клиническая группа – больные, не подлежащие радикальному лечению.

Асцит – накопление жидкости в брюшной полости.

Висцеральные локализации – это внутренние локализации (легкое, желудок, толстая кишка, печень, поджелудочная железа и др.)

Гастрэктомия – удаление желудка.

Деонтология – раздел медицины, посвященный долгу медика перед больным и перед обществом, а также нравственным аспектом медицины, духовности, человечности.

Дисфагия – нарушения в процессе приема пищи (жевания, глотания, прохождения по пищеводу).

Канцерофобия – навязчивый страх заболеть раком.

Кахексия – истощение, ослабленность.

Лимфаденэктомия – удаление лимфатических узлов в определенной анатомической области (паховая, подмышечная и др.)

Лобэктомия – удаление доли легкого.

Морфологическое исследование (в т.ч. цитологическое, гистологическое) – исследование опухоли с применением микроскопа.

Паллиативное лечение – это нерадикальное противоопухолевое лечение, направленное на улучшение качества жизни онкологического больного. Проводятся в IV стадии заболевания, либо при наличии противопоказаний к радикальному лечению в других стадиях.

Плевральная жидкость – скапливается в грудной полости между листками плевры.

Пулмонэктомия – удаление всего легкого.

Рандомизированное исследование – научное исследование без специфического отбора материала, без предвзятости.

Ремиссия – уменьшение всех проявлений заболевания, вплоть до их исчезновения.

Симптоматическое лечение в онкологии – лечение направлено на устранение симптомов злокачественного заболевания при невозможности его радикального излечения.

Обращаем ваше внимание, что информация, представленная на сайте, носит ознакомительный и просветительский характер и не предназначена для самодиагностики и самолечения. Выбор и назначение лекарственных препаратов, методов лечения, а также контроль за их применением может осуществлять только лечащий врач. Обязательно проконсультируйтесь со специалистом.